

## *Prevención del cáncer cervicouterino\**

Por el Dr.: ORLANDO CARRERAS RUÍZ\*\*

Carreras, Ruiz, O. *Prevención del cáncer cervicouterino*. Rev. Cub. Med. 13: 2, 1974.

Se estudia la morbilidad y mortalidad cervicouterinas, así como su grado de extensión al diagnóstico, y su distribución por grupos etarios. Se hace un análisis del desarrollo del programa de detección preclínica del cáncer uterino, durante los cinco años transcurridos desde su creación, y se señalan los logros y las deficiencias. Se determina que el cáncer cervicouterino resulta más frecuente después de los 35 años; y se descubre tanto menos extenso, cuanto más cerca de esta edad se hace el diagnóstico. Se establece que es necesario mejorar cualitativamente el programa, a fin de incrementar la confirmación, en general, de las citologías "sospechosas" y "positivas", y en particular, el número de casos confirmados como positivos. Se concluye que el programa ha influido en poder realizar, en muchos casos, un diagnóstico precoz, aunque el gran número de casos con tratamiento radiante entre los confirmados positivos, significa que el descubrimiento no se ha realizado aún con la precocidad requerida.

El cáncer constituye uno de los problemas de mayor importancia en la salud pública, debido a su elevada morbilidad y mortalidad; por la complejidad de factores que pueden intervenir en su inicio y evolución, y la posibilidad de prevenir la enfermedad, disminuyendo así el número de enfermos con cáncer avanzado, el número de defunciones y el número de inválidos.

El carcinoma cervicouterino en la actualidad es una enfermedad perfectamente previsible y curable, siempre y cuando se apliquen adecuadamente los recursos a nuestro alcance.

No es correcto generalizar lo que se puede esperar de un diagnóstico precoz en oncología, ni aplicar medidas preventivas sin analizar epidemiológica

mente la situación existente. El cáncer del cuello uterino puede ser prevenido y además, debe ser prevenido; ya que su incidencia y prevalencia, así como su mortalidad, justifican la prevención.

Esta prevención puede realizarse antes de presentarse las lesiones precancerosas, o en fase de lesión precancerosa. En el primer caso resulta de gran utilidad la divulgación de los factores que incrementan el riesgo de padecer la enfermedad: precocidad en las relaciones sexuales, multiplicidad de cónyuges y existencia de fimosis en los mismos, multiparidad y sus secuelas de lesiones a nivel del cuello uterino, además del factor edad; con esta última el riesgo se incrementa, particularmente después de los 35 años.

Una vez instaladas las lesiones precancerosas, es necesario acudir, además de a la divulgación y a la educación sexual, al empleo de un método de detección que permita descubrirlas y prevenir la extensión del cáncer. El estudio de las células exofoliadas del cérvix

\* Trabajo presentado en la II Jornada Científica Clínicoquirúrgica de la provincial Oriente Sur.

\*\* Profesor auxiliar de cirugía del hospital oncológico docente de Santiago de Cuba. Asesor de oncología en la provincial Oriente Sur.

uterino, constituye el método idóneo para el diagnóstico en fase preclínica del cáncer y de las lesiones premoritarias.

Podemos decir que reúne las condiciones requeridas para un empleo masivo del mismo ya que resulta de fácil realización, de gran confiabilidad, sensibilidad, bajo costo, y no requiere el adiestramiento de gran cantidad de personal ni métodos complicados de control estadístico.

#### MATERIAL Y METODO

El conocimiento de la morbilidad y mortalidad por las neoplasias malignas puede obtenerse de los registros permanentes de cáncer, en los informes de los centros donde son atendidos los pacientes, o en las encuestas realizadas en grupos determinados de población.

Nuestras cifras proceden de los reportes de morbilidad y mortalidad de la

O. M.S.<sup>1,2</sup>; del Resumen de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública<sup>2</sup>; del Registro Nacional del Cáncer<sup>3</sup>; y del Registro de Cáncer del hospital oncológico de Santiago de Cuba.

Se comparan cifras de morbilidad y mortalidad con las de algunos países de América y Europa, analizándose la incidencia del cáncer cervicouterino por grupos de edades en los distintos países y, además, la distribución en etapas clínicas de los casos de nuestra institución.

Para la detección preclínica del cáncer cervicouterino, se utilizó el examen citológico masivo de la población, supuestamente sana, siguiendo los lineamientos del Programa Nacional puesto en marcha en 1967, y readaptado por nuestra provincial en 1971.

Los elementos fundamentales del programa son:

1. La unidad de detección preclínica, donde se toma la muestra para el estudio citológico.

2. El laboratorio de citodiagnóstico, donde se realiza el diagnóstico de las láminas.
3. La consulta de patología de cuello, donde se efectúa el diagnóstico confirmatorio.
4. La unidad de tratamiento de los casos confirmados como positivos.

Estos cuatro elementos, en realidad, constituyen los eslabones de una cadena de hechos fundamentales e invariables en la detección. La mujer que acude a la U.D.P., entra a formar parte de esta cadena, donde cualquier eslabón que resulte violado, dará al traste con la efectividad del método.

Las citologías, para mayor facilidad, se diagnosticaron en negativas (clase I y II de Papanicolaou); sospechosas (clases III y IV); y positiva (clase V).

Las muestras negativas no requieren estudios ulteriores, sólo la repetición de la toma de muestra cada 2 años. Las citologías "no útiles", "sospechosas" y "positivas", sí requieren estudios posteriores. En el primer caso, la repetición de la toma de muestra hasta obtener una prueba citológica útil para diagnóstico; y en los dos casos siguientes, la remisión a una consulta especializada de patología de cuello, con el fin de "confirmar" el caso.

Una vez concluidas las investigaciones, la paciente con una confirmación negativa, recibirá el tratamiento correspondiente en la propia sede de la consulta. Las confirmaciones positivas recibirán el tratamiento de acuerdo con la etapa clínica, los carcinomas "in situ" serán tratados quirúrgicamente y los carcinomas invasores (etapas I, II, III y IV) se someterán a tratamiento radiante.

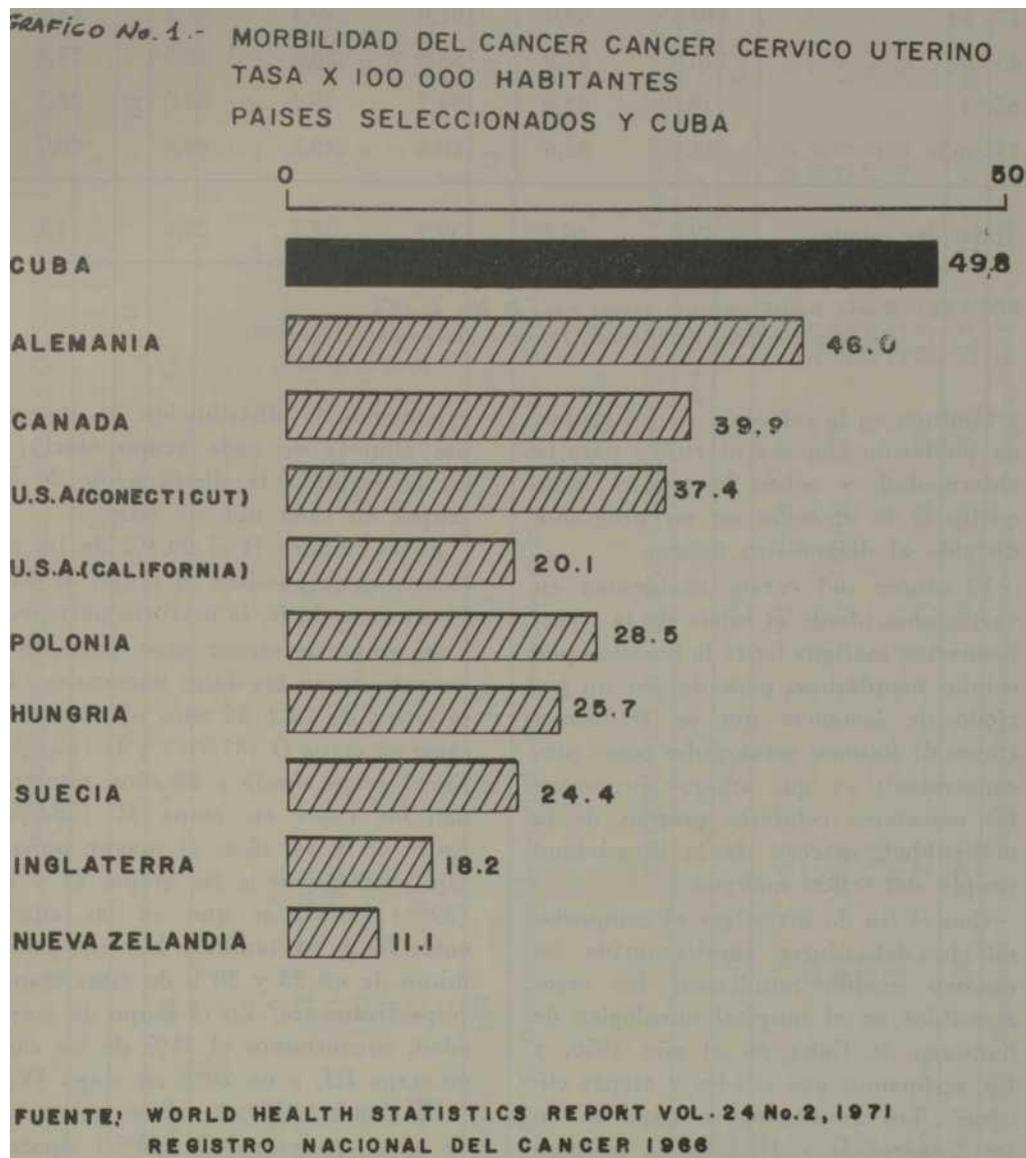
#### RESULTADOS

Revisando la incidencia en algunos países con Registros de Cáncer (Grá

fico 1), encontramos que en Cuba la tasa es ríe 49,8 por caria 100 000 mujeres; en Alemania, 46; en Canadá, 39,9; en Estados Unidos, 37,4; en Polonia, 28,5; en Hungría, 25,7; en Suecia, 24,4; Inglaterra, 18,2; Nueva Zelandia, 11,1. Carecemos de datos referentes a otros países de América Latina, Asia y Africa, que seguramente muestran cifras elevadas de incidencia de cáncer cervicouterino.

Al analizar las tasas de incidencia en las distintas edades, encontramos que en América del Norte estas neoplasias son más frecuentes en el grupo de 35 a 44 años; en Europa, en el de 45 a 54; y en nuestro país, la mayor incidencia ocurre entre las edades de 55 a 64 años, igual que en Nueva Zelandia (Cuadro I).

La edad es un factor importante en la aparición del cáncer cervicouterino,



CUADRO I  
INCIDENCIA DEL CANCER CERVICOUTERINO POR GRUPOS ETARIOS

Edades	TASA X 100 000 MUJERES					
	Cuba	U.S.A.	Canadá	Hungría	Suecia	N. Zelandia
0-14	0,07	—	—	—	—	—
15-24	2,4	14,2	5,3	0,1	0,8	—
25-34	33,4	77,2	50,6	7,3	15,8	8,6
35-44	85,6	80,8	153,4	35,1	49,0	22,5
45-54	149,0	59,0	101,0	59,3	51,3	23,9
55-64	196,0	37,9	58,0	56,6	42,5	27,2
65-74	18,0	43,6	39,7	49,1	32,0	26,3
75 - más	32,4	35,6	38,5	39,2	23,3	26,7
Todas las edades	49,8	30,2	39,9	25,7	24,4	11,1

FUENTE: *World health statistics* repon Vol. 24 No. 2, 1971.

y también en la selección de los grupos de población con mayor riesgo para la enfermedad, y sobre los cuales debe centrarse la atención en un programa dirigido al diagnóstico precoz.

El cáncer del cérvix evoluciona en varios años, desde el inicio de la transformación maligna hasta la invasión por células neoplásicas, pasando por un período de lactancia que se traduce a través de lesiones catalogadas como precancerosas<sup>4</sup>; ya que, aunque presentan los caracteres celulares propios de la malignidad, carecen de la invasividad propia del tejido maligno.

Con el fin de investigar el comportamiento del cáncer cervicouterino en nuestro medio, estudiamos los casos atendidos en el hospital oncológico de Santiago de Cuba, en el año 1970, y los agrupamos por edades y etapas clínicas. Los resultados se exponen en los Cuadros II y III. En 1 a primera

exponemos la distribución de las etapas clínicas de cada grupo etario; y en la segunda la distribución de los grupos en cada una de éstas.

En el Cuadro II el 29,4% de las pacientes correspondían al grupo de 45 a 54 años; es decir, la mayoría pertenecía a un grupo de menor edad que todo lo encontrado en los datos nacionales. En el grupo de 25 a 34 años sólo aparecen casos en etapa O (37,5%) y II (62,5%). En el grupo de 35 a 44 años, predominan los casos en etapa II (38,2%). Entre 45 y 54 años, el mayor porcentaje corresponde a las etapas II y III (39%); mientras que en las edades entre 55 y 64, también hay un predominio de un 33 y 30% de estas etapas, respectivamente. En el grupo de mayor edad, encontramos el 53% de los casos en etapa III, y un 20% en etapa IV.

El Cuadro III, el mayor porcentaje de casos en etapa O (50%) aparece

CUADRO II

DISTRIBUCION POR EDADES Y ETAPAS CLINICAS DEL CANCER CERVICOUTERINO

		ETAPAS CLINICAS											
		0		I		II		III		IV		S. Clasif.	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	5,1	3	27,5	—	—	5	62,5	—	—	—	—	—	—
34	24,4	—	—	8	25,5	13	38,2	8	23,7	4	11,1	1	2,9
41	29,4	2	4,8	5	12,2	16	39,0	16	39,0	2	4,8	—	—
30	2,15	1	3,5	5	16,6	10	33,0	9	30,0	4	13,0	1	3,3
11	7,8	—	—	5	45,0	3	27,0	2	18,0	1	9,0	—	—
15	10,7	—	—	1	4,0	2	13,0	8	53,3	3	20,0	1	6,0
139		6	4,3	24	17,2	49	53,2	43	31,0	14	10,0	3	2,1

E: Departamenao de estadística del hospital oncológico de Santiago de Cuba (1970).

CUADRO III

DISTRIBUCION POR ETAPAS CLINICAS Y EDADES DEL CANCER CERVICOUTERINO

		0-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75-más	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
6	4,3	—	—	3	50,0	—	—	2	33,3	1	16,0	—	—	—	—
24	17,2	—	—	—	—	—	33,3	5	20,0	5	20,0	5	20,0	1	4,1
49	35,2	—	—	5	10,0	13	26,5	16	32,5	10	22,4	3	6,1	2	4,0
43	31,1	—	—	—	—	8	18,6	16	37,2	9	20,9	2	4,6	8	18,6
14	10,1	—	—	—	—	4	28,7	2	14,2	4	28,7	1	7,1	3	21,4
3	2,1	—	—	8	5,1	34	33,3	—	—	1	33,3	—	—	1	33,3
139	100,0	—	—	8	5,1	34	24,4	41	29,4	30	21,5	11	7,8	15	10,7

E: Departamento de estadística del hospital oncológico de Santiago de Cuba (1970).

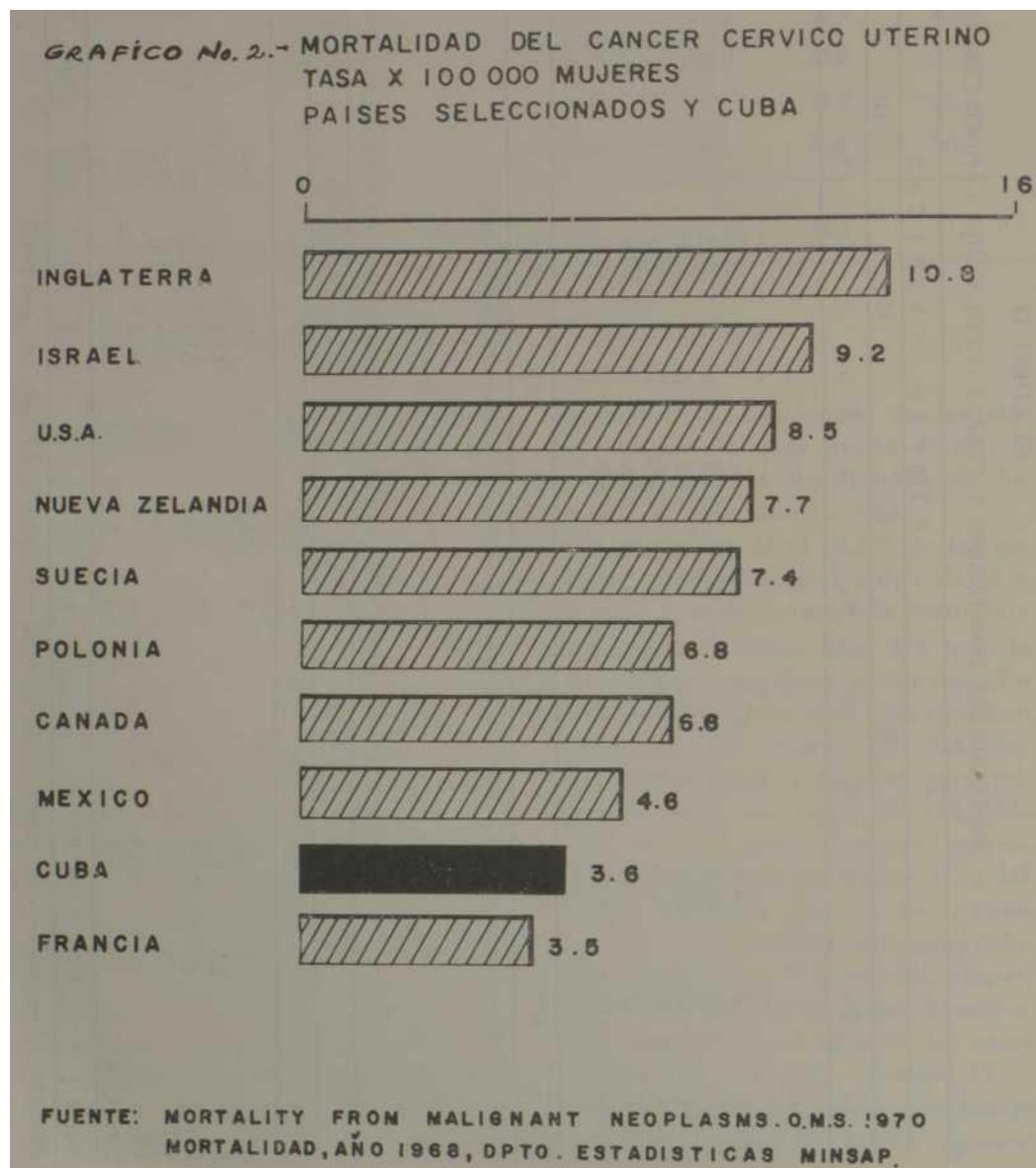
en el grupo de 25 a 34 años. El mayor porcentaje de etapas I (33,3%) se diagnosticó en el grupo de 35 a 44 años.

Las etapas II y III predominan en el grupo de 45 a 54 años (32,5 y 37,2/4), respectivamente; mientras que la etapa IV apareció con más frecuencia en el grupo de 55 a 64 años, con un 28,7%.

Estos datos confirman lo señalado anteriormente. En la historia natural de esta neoplasia, existe una relación

estrecha entre la edad en que se diagnostica y el grado de extensión de la enfermedad.

Es obvio que la mayor incidencia se encuentra en las mujeres mayores de 35 años (el 95% de esta serie); y se hace lógico el pensar que mientras más próximo a esta edad se descubre la enfermedad, mayor será la posibilidad de hallar una lesión insipiente.



En lo que a la mortalidad se refiere, la nuestra está entre las más bajas, con 3,6 por cada 100 000 mujeres. Las más elevadas, entre los países estudiados (gráfico 2), es la de Inglaterra con 10,8; y la menor corresponde a Francia, con 3,5%.

El cáncer representa una causa importante de muerte en nuestro país, correspondiéndole el 14,8 % de las defunciones en el informe del departamento de estadística del Ministerio de Salud Pública, perteneciente a 1968, y resumido en el Cuadro IV. El cáncer cervicouterino provoca el 0,2% de las defunciones, para una tasa de 1,8 por cada 100 000 habitantes.

La justificación de un programa de detección en esta neoplasia, está basada en las siguientes consideraciones:<sup>5</sup>

1. Existencia de una lesión premaligna, que precede al tumor invasor.

2. Evolución progresiva de la enfermedad.
3. Localización accesible.
4. Mejores resultados con el tratamiento aplicado oportunamente.
5. Pronóstico favorable con un diagnóstico precoz.

El establecimiento de un programa de detección preclínica, no sólo permite el descubrimiento de neoplasias incipientes y asintomáticas, sino que alerta a la población femenina para que preste atención a los síntomas en esfera genital; esto se traduce en el descubrimiento de la neoplasia lo más cerca posible de su comienzo. En el cérvix uterino puede afirmarse que el diagnóstico precoz equivale a curación, siempre que el tratamiento sea oportuno, bien seleccionado y correctamente aplicado.

CUADRO IV  
PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES EN CUBA

Causa de muerte*	Porcentaje	Tasa X 100 000 Hab
Enfermedades del corazón	22,9	152,9
Tumores malignos	14,8	99,1
Estómago	1,3	8,4
Intestino (Exc. recto)	1,0	6,4
Recto	0,3	2,3
Tráquea, bronquios y pulmón	3,0	0,2
Piel	0,2	1,2
Mama	0,8	54
Cuello del útero	í 0,2	1,8 <sub>i</sub>
Tej. linf. y org. hematop.	1,3	8,4
Otras localizaciones	6,7	45,0
Enfermedades cerebrovasculares	10,2	67,9

*Detección preclínica del cáncer uterino*

En el año 1967 comenzó el programa de diagnóstico temprano del cáncer del cérvix uterino en la provincial Oriente Sur, mediante el estudio de la colpoeitología. Desde entonces observamos (Cuadro V) que el porcentaje de cánceres "in situ" se ha incrementado de 0,7 a 6,4, 5,6, 11,9 y 4,3; y la etapa I de 7,5 a 23,6, 22,4, 24 y 17,2; en tanto que las etapas III y IV disminuyeron, principalmente, cuando se les comparaba con las cifras anteriores a 1966, ya que en este año el porcentaje de casos en etapa IV resultó excepcionalmente bajo. La reducción del cáncer "in situ", en 1970, es aparente y debido a que, por el desarrollo de los hospitales regionales y el incremento de la cirugía ginecológica en los hospitales Ginecobstétricos, estos casos no fueron remitidos al hospital oncológico.

En el primer año de trabajo del programa, se realizaron 17 061 pruebas citológicas (Cuadro VI). Después de un incremento del total de pruebas, en el año 1968 (37 010), hubo una tendencia a la disminución en los años 1969 y 1970. En el año 1971, con una mejor organización, se logró un incremento notable mediante la realización de 78 323 pruebas citológicas, estableciéndose una meta de 112 200. Esto comenzó a cumplimentarse en el mes de marzo. Se tomaron, en realidad, 83 450 pruebas citológicas, de las cuales fueron diagnosticadas 78 323, para un procesamiento de un 95% (Cuadro VII)

No solamente se aumentó el total de pruebas citológicas tomadas en la provincial, sino que hubo un incremento sustancial en todas las regiones. Santiago sobrecumplió su meta en un 16%, duplicando la cifra del año 1970; Palma, con un 70% de cumplimiento, la septuplicó; Bayamo, con sólo un 44% de cumplimiento de su meta, casi cua-

**CUADRO V**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL CANCER CERVICOUTERINO POR ETAPAS**

Etapas	1963		1964		1965		1966		1967		1968		1969		1970	
	No.	%														
0	11	11,7	4	3,1	—	6,8	10	0,7	7	6,4	6	5,6	24	13,4	6	4,3
I	28	29,7	49	37,0	9	53,7	82	7,5	26	23,6	24	22,4	45	25,8	24	17,2
II	37	39,3	60	46,5	71	29,5	39	61,2	56	51,0	54	50,5	62	34,7	49	53,2
III	18	19,1	16	12,4	13	9,8	2	29,1	17	15,4	18	16,8	30	16,8	43	31,0
IV	—	—	—	—	—	—	—	1,5	4	3,3	5	4,7	17	9,5	14	10,0
No Clasif.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2,1
Total	94	99,8	129	99,0	132	99,8	134	100	110	100	107	110	178	100	139	117,8

*FUENTE: Dpto. Estadística del hospital oncológico de Santiago de Cuba.*

duplicó la cifra anterior; Manzanillo cumplimentó en un 78%, y casi quintuplicó la cifra precedente; Guantánamo, con un 49% de cumplimiento, duplicó la cifra de 1970; y Baracoa, con un 61%, la triplicó.

Entre los años 1961 y 1971, se realizaron 189 581 pruebas citológicas de un universo de 413 101 mujeres en edad fértil, lo cual representa el indicador más próximo a la cifra real de la población que debe someterse a este examen preventivo. Se ha examinado al 46% de la población en riesgo y se ha

CUADRO VI  
PRUEBAS CITOLÓGICAS REALIZADAS  
(1967-1971)

Año	No.
1967	17061
1968	37010
1969	29081
1970	28106
1971	78323
<b>Total</b>	<b>189581</b>

CUADRO VII

ANÁLISIS DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN LOS AÑOS 1970- 1971

Región	Meta	1971	Porcentaje Cumplimiento	1971	Porcentaje Incremento
Santiago	27600	31851	116	15881	200
Palma	18000	12534	70	1862	670
Bavamo	18000	8098	44	2294	350
Manzanillo	21600	16935	78	3426	490
Guantánamo	21600	10739	49	3652	260
Baracoa	5400	3293	61	991	330
Provincial	112200	83450	74	28106	290

hecho obvio lo bajo de la cifra y la necesidad de continuar el incremento en la toma de muestras, fundamentalmente entre las mujeres a las que nunca se les ha realizado la prueba.

Contamos, en la actualidad, con 31 auxiliares técnicas de citodiagnóstico, que, con una productividad de 30 casos diagnosticados por día laborable, nos permiten tamizar anualmente 248 000 casos; y esta cifra debe ser nuestra meta inmediata.

Las citotécnicas están ubicadas en 8 laboratorios regionales de citodiagnóstico, que reciben las láminas de 78 unidades de detección preclínica (Cuadro viiD).

En estos laboratorios se realiza el tamizaje citológico inicial. Las citotécnicas diagnostican las láminas sin patología el 10% son revisadas por el patólogo, a fin de descartar falsos negativos y controlar la calidad del tra-

### CUADRO VIII

#### PRUEBAS OTOLOGICAS INO UTILES

Año	Total	No. No útiles	%
1967	17061	2753	16,0
1968	37010	1254	3,3
1969	29081	463	1,6
1970	28106	683	2,4
1971	78323	2982	3,8
Total	189581	8135	4,3

bajo técnico. Las láminas patológicas son diagnosticadas por el patólogo.

Las unidades de detección preclínica, los laboratorios y el programa en general, han contado con los recursos materiales necesarios para recoger y registrar la información, así como la recolección, fijación y transporte de la muestra, la coloración y el diagnóstico de las láminas.

La prevención del cáncer uterino, y específicamente su control bien organizado, basado en el estudio masivo de la colpocitología, ha demostrado ser posible y con resultados positivos. La experiencia cubana es la primera en este tipo de pesquisa permanente en la población supuestamente sana, o sin síntomas relacionados con el cáncer, que ha utilizado a una organización de macas, los Comités de Defensa de la Revolución, como elemento de divulgación y de movilización de las mujeres hacia las U.D.P.

Como en toda tarea nueva, sin experiencia anterior, hemos confrontado dificultades que van superándose al mejorar la calidad del programa, desde la toma de muestra, hasta el tratamiento del caso detectado.

Las cifras de citología "no útiles" para diagnosticar, se han mantenido

en los últimos años por debajo de la tasa de 50 citologías no útiles para cada 1 000 citologías realizadas, que es el indicador que hemos adoptado en base a las cifras obtenidas por nosotros en los años de trabajo en el programa.

### CUADRO IX

#### PRUEBAS (OTOLOGICAS SOSPECHOSAS)

Año	No	%
1967	64	3
1968	411	10
1969	673	23
1970	327	11
1971	658	8
Total	2133	11

En el Cuadro IX observamos cómo, después de una cifra elevada en el primer año 160 cada mil, ha disminuido a 33, 16, 24 y 38, respectivamente, para una tasa global de 43 por cada mil en los 5 años. Debe señalarse la tendencia al incremento de estas cifras en los últimos dos años, aunque siempre por debajo del 50 por cada mil.

Las citologías "sospechosas" tuvieron una cifra baja en el primer año 3 por cada mil, se incrementaron más tarde y alcanzaron la cifra mayor en el año 1969, con 23 por cada mil, y una tasa global de 11 por cada mil para los 5 años (Cuadro X).

Las citologías "positivas" fluctúan entre 0,01 y 0,5 por cada mil para una tasa de 0,3 por cada mil citologías en los cinco años de duración del programa.

**CUADRO X**

ANALISIS DE LAS CITOLOGIAS SOSPECHOSAS Y POSITIVAS Y DE LOS CASOS CONFIRMADOS POSITIVOS (AÑO 1971).

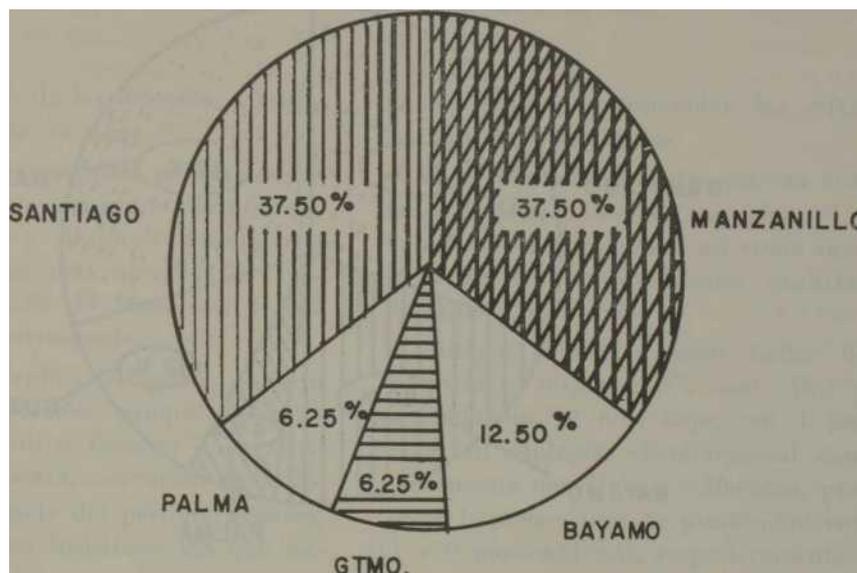
Regiones	Sospe- chosas Tasa x niil	positivas Tasa x mil	Confir- madas positivos Tasa x mil
Santiago	12	0,4	0,3
Palma	7	0,1	0,1
Bayamo	10	0,4	0,7
Manzanillo	4	0,7	0,5
Guantánamo	1	0,1	0,1
Baracoa	6	0,0	0,0
Provincial	9	0,4	0,3

Analizando el total de citologías positivas en 1971 y su distribución regional (Gráfico 3), encontramos que Santiago y Manzanillo presentan el mayor número de citologías de este tipo, anillas con el 37,5% del total; Raima y Guantánamo, con 0,25% cada uno, exhiben las cifras más bajas, en tanto que Bayaino, con 12,5% presenta también una cifra baja de citologías positivas.

La Comisión Nacional del Programa ba tomado como indicadores las cifras de 8 a 15 por cada mil para las citologías “sospechosas”, y 3 a 5 por cada mil para las citologías “positivas”.

*Ftco K/O.3*

**PROGRAMA DE DETECCION PRECLINICA DEL CANCER  
UTERINO PORCENTAJE DE POSITIVOS POR REGIONES PROV.  
ORIENTE SUR  
- 1971-**



De acuerdo con estos datos, nuestro índice de citologías "sospechosas" es aceptable, en tanto que el índice de positividad está por debajo del indicador.

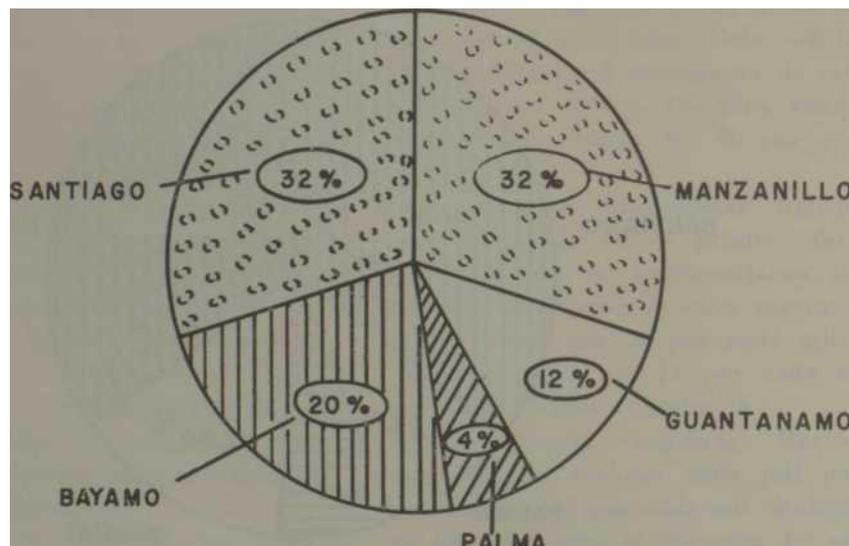
Al analizar por regionales el total de cánceres uterinos detectados en 1971, el mayor porcentaje correspondió a Manzanillo con un 37% seguido de Santiago con un 29%, Bayaino con un 22%; Guantánaino con un 7% y Palma con un 4%, tuvieron los porcentajes más bajos. En Baracoa no se detectó ningún caso en el año (Gráfico 4).

Las cifras bajas de cánceres detectados, constituyen un motivo perma

nente de análisis por la comisión provincial, y requieren la adopción de medidas tendientes a mejorar la calidad del trabajo.

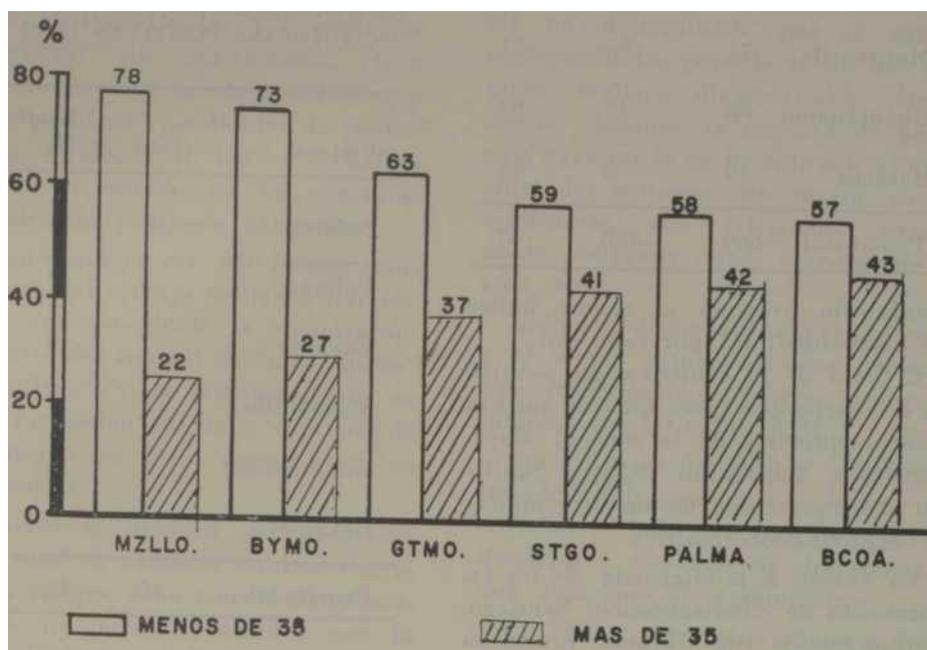
Si tenemos en cuenta que la incidencia del cáncer uterino comienza a incrementarse en el grupo de 21 a 30 años, y alcanza su acmé entre 41 y 50, para luego declinar, es obvio que el examen debe realizarse a mujeres de 35 años, a fin de que podamos detectar un número mayor de cánceres. Durante el año 1971, desglosamos por edades las tomas de muestras y los informes de los laboratorios. En el Gráfico 5 se exponen los resultados correspon-

## PROGRAMA DE DETECCION PRECLINICA DEL CANCER UTERINO PORCENTAJE DE CANCERES DETECTADOS POR REGIONES PROV. ORIENTE SUR



**PROGRAMA DE DETECCION PRECLINICA DEL CANCER  
UTERINO PRUEBAS CITOLOGICAS REALIZADAS POR  
REGIONES DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDADES PROV.  
ORIENTE SUR**

- 1971-



dientes al 64% de las muestras a mujeres menores de 35 años.

En todas las regiones predominaron las citologías en este grupo etario; Santiago, Palma y Baracoa presentaron los porcentajes más elevados de mujeres mayores de 35 años, con 41, 42 y 43% respectivamente.

Este dato explica, en parte, el bajo índice de detección, aunque intervienen también otros factores como: calidad de la muestra, coloración de las láminas y eficiencia del personal técnico, sobre los cuales insistimos sin que ha

yamos logrado incrementar las cifras de cánceres detectados.

En el Cuadro XI realizamos un análisis de las citologías "sospechosas" y "positivas" por regiones, así como también de las confirmaciones positivas durante el año 1971.

Santiago presenta mayor índice de citologías "sospechosas", con 12; y Guantánamo, el más bajo, con 1 por cada mil citologías. Esta regional, conjuntamente con Palma y Baracoa, presenta la menor tasa de positividad con 0,1 y 0 por cada mil, respectivamente.

**CUADRO XI**

ESTADO DE LA CONFIRMACION DE LAS CITOLOGIAS SOSPECHOSAS (AÑO 1971).

Regional	Total	Confirmadas	
		No.	%
Santiago	304	227	75
Palma	93	15	16
Bayamo	94	40	42
Manzanillo	71	36	51
Guantánamo	88	72	82
Baracoa	19	8	42
Provincial	669	398	57

Manzanillo presentó el mayor índice de positividad: 0,7 por cada mil.

El dato de la confirmación positiva no es concluyente pues quedan muchos casos pendientes de la misma. Bayamo (0,71, Manzanillo (0,5), y Santiago (0,3), presentan los mejores índices de confirmación positiva.

En cuanto a la eficiencia de los laboratorios de citodiagnóstico; Santiago, conjuntamente con Bayamo, presentan el mayor índice de citologías "sospechosas", en tanto que Manzanillo aparece con el mayor índice de citologías positivas. Los laboratorios de Palma y Guantánamo muestran cifras bajas en ambos tipos de citologías. Llama a la atención que, en los laboratorios de Santiago, Bayamo y Manzanillo, existe una mejor supervisión del trabajo técnico debido a la presencia del patólogo.

La confirmación de las citologías "sospechosas y "positivas, y el tratamiento de los casos con confirmación positiva, son los aspectos más importantes del programa. Lamentablemente,

la labor de confirmación no ha estado a la altura que deseamos, y cada año al quedar caso sin confirmar (con el riesgo consiguiente de dejar cánceres no detectados), se afecta la productividad del programa.

La situación del año 1971 se expone en los Cuadros XII y XIII. Las regio-

**CUADRO XII**

ESTADO DE LA CONFIRMACION DE LAS CITOLOGIAS POSITIVAS (AÑO 1971).

Regional	Total	Confirmadas	
		No.	%
Santiago	12	5	42
Palma	2	2	100
Bayamo	7	6	86
Manzanillo	12	7	58
Guantánamo	4	2	50
Baracoa	—	—	—
Provincial	35	22	63

nes de Guantánamo (82%), y Santiago (75 %), tienen un buen trabajo de confirmación de las citologías "sospechosas", en tanto que el de Manzanillo ha tenido resultado aceptable, con un 51% de confirmación. La de Palma ha sido muy deficiente (16%), y Bayamo y Baracoa no han alcanzado el 50%. La cifra global de un 57% de casos confirmados, la estimamos pobre si entramos a valorar la importancia de este aspecto en el programa.

La confirmación de las citologías positivas (60%>) es también deficiente. Palma con el 100% y Bayamo con 83%), presentan las cifras más altas.

La consulta de patología de cuello resulta de gran importancia en el trabajo de confirmación, pero lo fundamental es la motivación a nivel de la U.D.P., para localizar y garantizar la asistencia del caso a patología de cuello, y el control permanente de esta tarea por la dirección regional.

Es alentador destacar que un número considerable de las citologías "sospechosas" y "positivas", se encuentran estudiándose en las consultas de patología de cuello. De las 271 citologías "sospechosas" sin confirmación, 71, o sea el 26%, están siendo estudiadas, y las 14 "positivas" pendientes de confirmación, es decir, el 100%, se hallan también en estudio en las consultas regionales de patología de cuello.

Creemos que en este año recogeremos los frutos del trabajo realizado durante el año anterior, desde la organización en la base del control de "sospechosos" y "positivos", y el mantenimiento de una información exacta y continua de la situación de estos casos, hasta su confirmación.

Medimos la utilidad del programa por el total de cánceres uterinos descubiertos, aunque debe tenerse en cuenta, además, los logros obtenidos por la divulgación que conlleva a la mujer a interesarse por sus síntomas y signos ginecológicos, lo cual se traduce en una mejor atención a esta patología, en la prevención de trastornos más serios y en el diagnóstico de cánceres en etapas más tempranas. Según cifras de la O.M.S., son detectados entre uno y cinco cánceres, por cada mil citologías realizadas en programas de este tipo.<sup>15</sup>

En el período 1967-1971, fueron detectados 100 cánceres cervicouterinos, para una tasa de 0,5 por cada mil. Dentro del indicador de la O.M.S. se obtuvieron cifras en 1967 y 1969 (6

y 1 por cada mil, respectivamente). Nuestras cifras no son totalmente comparables con las de esta última institución, ya que la población sometida a examen comprende mujeres supuestamente sanas, que acuden espontáneamente a someterse al examen preventivo; aquellos que asisten a una consulta de cuidados prenatales, de aplicación de métodos contraceptivos, o a una consulta ginecológica por síntomas relacionados con la esfera genital no determinada por el cáncer, excluyendo las portadoras de una neoplasia maligna diagnosticable clínicamente. Además, la muestra de población examinada no ha sido seleccionada entre las mujeres con mayor riesgo: multíparas, con relaciones sexuales desde temprana edad, mayores de 35 años, etc.

Los casos detectados por el programa y el estado actual de estas pacientes con confirmación positiva, están resumidos en el Cuadro XIII.

Los 11 casos del primer año fueron tratados; ocho pacientes se hallan controladas y bajo seguimiento; dos fallecieron a consecuencia del tumor, y una abandonó el seguimiento.

En 1968 se detectaron 19 casos; todos fueron tratados y, excepto dos pacientes que abandonaron el seguimiento, la enfermedad ha sido controlada en las restantes.

En 1969 se detectó el mayor número de cánceres (32); una de estas pacientes rehusó el tratamiento y falleció a consecuencia de la enfermedad; de las 31 restantes que recibieron tratamiento, una falleció y las demás no presentan actividad tumoral.

Los 11 casos detectados en 1970, fueron tratados y están controlados.

Los 27 cánceres cervicouterinos descubiertos en 1971, han sido tratados y se encuentran en seguimiento. Hay

### CUADRO XIII

ESTADO ACTUAL DE LOS CASOS CONFIRMADOS POSITIVOS (1067-1971 >

Año	Casos detectados			Tratamiento			Estado actual		
	To al P.C.	No.	%	Cirugía	Radiac.	No	Control.	Fallec.	No cont.
1967	17061	11	6	5	6	—	9*	2	—
1968	37010	19	0,5	8	11	—	19**	—	—
1969	29081	32	1	13	18	1	30	2***	—
1970	28106	11	0,4	7	4	—	11	—	—
1971	28323	27	0,3	15	12	—	26	—	1
Total	189581	100	0,5	48	51	1	95	4	1

♦ Una paciente abandonó el seguimiento.

\*\* Dos pacientes abandonaron el seguimiento. Incluye la paciente que rehusó el tratamiento.

20 pacientes sin actividad tumoral, y una con recidiva después de la irradiación.

En suma, resulta conocido el tratamiento del 99% de las pacientes; 48% fueron operadas y 51% tratadas con radiaciones, lo cual equivale a decir que la mayor parte de los cánceres detectados eran invasores.

Se dejó de tratar el 1% de los casos, por rehusarlo la misma paciente.

El 95% de éstas se hallan libres de enfermedad después del tratamiento; y el 1%, con actividad tumoral.

El 4% de las pacientes han fallecido; todas a consecuencia de neoplasia.

El 3% de éstas abandonaron el seguimiento postratamiento.

### SUMMARY

Carreras Ruiz, O. *Prevention of cervix cancer*. Rev. Cub. Med. 13: 2, 1974.

Morbidity and mortality for cervix cancer, the possibility of its early diagnosis, as well as its distribution by age groups are studied. An analysis is made on the development of cervix-cancer preclinical detection program during the five years elapsed since its creation, and the achievements and deficiencies are pointed out. It is made evident that cervix cancer occurs more frequently after 35 years old and is found all the less extensive the nearer to the age the diagnosis is made. The need of the purpose of increasing the confirmation of "suspicious" and "positive" cytology tests and, particularly, the number of cases proven as positive is established. It is concluded that the program has allowed us to perform, in many cases, an early diagnosis, although the great number of cases with radiotherapy treatment among those confirmed as positive means that the discovery has not yet been made with the required precocity.

### RESUME

Carreras Ruiz, O. *Prevention du cancer cervico-utérine*. Rev. Cub. Med. 13: 2, 1974.

La morbilidad et la mortalité cause du cancer cervico-utérine, ainsi que son degré d'extension dans le diagnostic et sa distribution par groupes d'âge's sont étudiés. Il s'est même à bien l'analyse du développement du programme de détection préclinique du cancer utérine dans les 5 années depuis sa création; les succès et les déficiences sont signalés. Le cancer

#### BIBLIOGRAFIA

1. World Health statistic reports, Vol. 24 No.
- 2.—Mortality from malignant neoplasms. *W.*
3. Resumen de estadísticas vitales (mortalidad),  
Ministerio de Salud Pública, 1968.
4. *Robbins S.* Tratado de Patología, 3ra. Ed.  
pp. 1 003. Ed. Revolucionaria, 1968.
5. —Detección precoz de cáncer, Org. Mund  
Salud Serv. Inf. Técn. 276, 1964.
6. ~Profilaxis del cáncer. Org. Mund. Salud  
Serv. Inf. Técn. 422. 1969.