



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. mayo-junio 2012; 16(3):139-160

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Evaluación del seguimiento de mujeres con cáncer cervicouterino en dos policlínicos. Pinar del Río

Follow-up assessment of women suffering from cervical u terine cancer in two polyclinics, Pinar del Rio

José Guillermo Sanabria Negrín¹, Inalvis de la Caridad Cruz Hernández², Leonardo Oriolo Pérez³, Miguel Angel Pérez Herrera⁴, Beatriz Valdés Abreu⁵

¹Especialista de Segundo Grado en Histología. Doctor en Ciencias Biológicas. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Correo electrónico: joseg_50@princesa.pri.sld.cu

²Especialista Primer Grado en Medicina General e Integral. Asistente. Máster en Atención Integral a la Mujer. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Correo electrónico: inalvis70@princesa.pri.sld.cu

³Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia y segundo Grado Embriología. Profesor Titular y Consultante. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río. Correo electrónico: oriolofcm.pri.sld.cu

⁴Especialista segundo Grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado", Pinar del Río Correo electrónico: miglas@princesa.pri.sld.cu

⁵Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Asistente. Policlínico "Luis A. Turcios Lima". Pinar del Río. Correo electrónico: beatrizm@princesa.pri.sld.cu

RESUMEN

Introducción: A pesar de contar con un programa de detección precoz del cáncer cervicouterino de larga duración aún no se logran los resultados esperados.

Objetivo: Caracterizar a las pacientes con cáncer invasor del cuello uterino en dos áreas de salud de Pinar del Río en el quinquenio 2003 -2007.

Material y Método: Estudio observacional, transversal, de cohorte, retrospectivo de mujeres de cualquier edad con diagnóstico de cáncer cervicouterino invasor. La información de las pacientes se tomó de los registros automatizados de las lesiones de cuello uterino de la consulta provincial de Patología de Cuello, del Provincial de Cáncer (Dirección Provincial de Salud), y del de Mortalidad General (Dirección Provincial de Salud) así como de las historias clínicas de la Unidad Oncológica Provincial. Entre las variables estudiadas estuvieron si procedían o no del programa, edad, estadio clínico, tratamiento recibido, incidencia anual y el promedio en la etapa, la mortalidad y la letalidad.

Resultados: Se encontró que el 70,6% de casos no se detectó por programa. La tasa de incidencia promedio fue 29.5 por 100000 mujeres de 15 años y más. Todas las pacientes recibieron el tratamiento oncoespecífico según estadio clínico. Las mayores tasas de mortalidad se encontraron en las pacientes en estadio IIIB al diagnóstico.

Conclusiones: Se detectan fallas en la Atención Primaria de Salud, por falta de detección. Las tasas de incidencia de esta enfermedad no se han logrado disminuir. Y se siguen diagnosticando casos en estadios avanzados de la enfermedad, lo que acorta la supervivencia de estas pacientes.

DeCS: Neoplasias del cuello uterino/diagnóstico/terapia/mortalidad .

ABSTRACT

Introduction: Despite of having a program, for a long time, to the early detection of cervical uterine cancer, the results expected are not as far achieved.

Objective: to characterize the patients suffering from invasive cervical uterine cancer in two health areas in Pinar del Rio province throughout five years (2003 -2007).

Material and Methods: observational, cross-sectional, cohort, retrospective study including women at every age with invasive cervical -uterine cancer. The information concerning the patients was collected from the automated records of cervical uterine at the provincial office for cervix pathology treatment (Provincial Public Health Direction), general death rate (Provincial Public Health Direction) and from the clinical histories of the Provincial Cancer Unit. Among the variables studied were: coming or not from the program, age, clinical stage, treatment followed, and annual incidence, together with the average of mortality and lethality considering the clinical stages.

Results: 70,6% of the cases were not detected by the program. The average incidence rate

was 29.5 per 10 000 women from 15 years old or older. All patients underwent to a specific cancer treatment according to the clinical stage. The greatest mortality rates were found in patients presenting IIIB stage at diagnosis.

Conclusion: errors were observed in Primary Health Care leading to deficiencies in the early detection of this type cancer. The incidence rates of this disease have not diminished; cases suffering from advanced stages of the disease are still detected, shortening the survival rate of these patients.

DeCS: Uterine cervical neoplasms/diagnosis/therapy/mortality.

INTRODUCCIÓN

El cáncer del cuello uterino es una de las causas principales de muerte en las mujeres de mediana edad en los países en vías de desarrollo¹ pero el desencadenamiento de un cáncer cervicouterino (CCU) es un proceso, la mayoría de las veces lento, propiciado en primer lugar por la infección por el virus del papiloma humano^{2, 3} y en el que otros factores tales como otras infecciones virales y bacterianas, el tabaquismo⁴, el cambio en el genoma⁵, y la inmunodepresión⁶ parecen jugar un papel importante en su génesis. Hasta ahora en Cuba, donde solamente se usa el pesquijaje de lesiones premalignas y malignas del cuello mediante el "PapSmear" se han logrado algunos avances en la evitación del desarrollo de cánceres invasores y de la muerte por esta enfermedad, pero no se realiza aún la prevención primaria con las vacunas.^{7, 8}

En el mundo se han obtenido resultados pero todavía no los óptimos y continúan muriendo por cáncer cervicouterino numerosas mujeres, como plantean los autores^{9, 10} y Pinar de Río no escapa a esta problemática.

Múltiples pueden ser las causas que propicien la fatal evolución. Entre ellas, se mencionan barreras culturales lo que conlleva a la no realización de la citología orgánica, problemas en la cobertura del programa de detección, no asistencia a las consultas de confirmación diagnóstica y de tratamiento oportuno de las lesiones cervicouterinas^{7,8} por lo que la mujer puede llegar a la consulta ginecológica con un cáncer avanzado cuando ya no tiene solución real, y solamente quedarían los cuidados paliativos⁹ y esperar la muerte.

Las causas de la muerte por cáncer del cuello uterino constituyen un problema de envergadura a nivel nacional y se decidió por el Grupo Nacional de Control de Cáncer de

Cuba, realizar un estudio en las mujeres que fallecieron en el año 2003, cuyos resultados no han sido publicados aún. La participación de la provincia Pinar de Río propició que se desarrollara una investigación de casos en ese año y de otros de años posteriores. El año 2003 se escogió dada la existencia de toda la información en los registros nacionales a todos los niveles.

Se creó un grupo multidisciplinario provincial en el que los autores formaron parte, para buscar las causas de estas muertes evitables. Por lo que el problema a resolver es la detección de las causas y/o condiciones que propiciaron la muerte por cáncer cervicouterino en Pinar del Río en el período comprendido entre 2003-2007 y el objetivo principal es evaluar el proceso de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres con cáncer invasor del cuello uterino en dos áreas de salud de Pinar del Río en el quinquenio 2003-2007.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio observacional, transversal, de cohorte, retrospectivo de mujeres con cáncer cervicouterino con el objetivo de evaluar su seguimiento en los policlínicos universitarios "Luis Augusto Turcios Lima" y "Hermanos Cruz" de la cabecera provincial de la provincia Pinar del Río, en el quinquenio 2003-2007.

Universo: Mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino, de cualquier edad diagnosticadas en período mencionado anteriormente o reportadas como portadoras de cáncer cervicouterino al registro provincial de cáncer.

Muestra: Intencional, de mujeres con las mismas características anteriores, de los policlínicos antes mencionados.

Fuentes: La información de las pacientes se tomó del registro automatizado de lesiones de cuello uterino de la consulta provincial de Patología de Cuello, del Registro Provincial de Cáncer (Dirección Provincial de Salud), y del Registro de Mortalidad General (Dirección Provincial de Salud), así como de los registros e historias clínicas de la Unidad Oncológica Provincial.

Variables y su operacionalización: Detección por el programa, etapa clínica al diagnóstico, tratamiento definitivo (histerectomía, quimioterapia, radioterapia,

hormonoterapia), diagnóstico histológico, edad al diagnóstico, sintomatología al diagnóstico, seguimiento, envío al registro de cáncer, seguimiento y sobrevida.

Las variables cualitativas se resumieron mediante frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Se calculó además la incidencia anual y la mortalidad por 100 000 mujeres. Se utilizó la comparación de frecuencias mediante el estadígrafo X^2 para detectar cambios entre las dos áreas de salud al 95 % de certeza. Las comparaciones de media se verificaron mediante la prueba de la T de Student para muestras independientes previa detección de homocedasticidad, también al 95 % de certeza.

Bioética: Toda la investigación estuvo basada en registros previos y en la base automatizada de la Consulta Provincial de Patología de Cuello. Se siguen los preceptos del documento de Helsinki para las investigaciones con seres humanos.

RESULTADOS

En el período 2003-2007 asistieron a la Consulta de Patología de Cuello 2309 pacientes de esos dos policlínicos (1471 del "Hermanos Cruz" y 838 del "Luis A. Turcios Lima". En total el municipio Pinar del Río tenía 4345 mujeres asistiendo a consulta ambulatoria especializada de patología cervical. De esos totales, la distribución de casos con diagnóstico de cáncer cervicouterino anualmente fue variable. En total fueron 38 del Policlínico Universitario "Hermanos Cruz" y 30 del Policlínico Universitario "Turcios Lima", tabla 1.

Tabla 1. Total de casos con cáncer del cuello uterino según estadio clínico por años en ambos policlínicos y tasas de incidencia por 100 000 mujeres de 15 años y más.

Diagnóstico	2003		2004		2005		2006		2007	
	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL
I A	1	1	2	1	-	1	2	1	3	2
I B	2	-	1	1	-	7	3	1	4	2
II A	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1
II B	2	-	-	-	1	-	-	-	2	2
III A	-	1	-	1	1	-	-	-	1	1
III B	-	3	2	-	2	-	-	1	1	-
AE.	2	-	-	-	1	2	1	-	2	1
Total	7	5	5	3	5	10	7	3	14	9
Tasas	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL
I A	3,8	5,1	7,6	5,1	-	5,2	7,5	5,1	11,1	10,1
I B	7,6	-	3,8	5,1	-	36,3	11,3	5,1	14,9	10,1
II A	-	-	-	-	-	-	3,8	-	3,7	5,1
II B	7,6	-	-	-	3,7	-	-	-	7,4	10,1
III A	-	-	-	5,1	3,7	-	-	-	3,7	5,1
III B	-	5,1	7,6	-	7,4	-	-	5,1	3,7	-
AE.	7,6	15,3	-	-	3,7	10,4	3,8	-	7,4	5,1
Total	26,7	25,7	19,1	15,4	18,6	51,9	26,3	15,2	52,0	45,5

Leyenda: HC: Policlínico Hermanos. Cruz. TL: Policlínico Turcios Lima. .

Fuente: Registro automatizado de la Consulta de Patología de Cuello, Registro provincial de cáncer.

Por el tipo de lesión histológica, la más frecuente fue el carcinoma escamoso invasor en estadio IB, que representó 10/38 (26.3 % del total de invasores en el "Hermanos Cruz") y 11/30 (36.7 % en el "Luis A. Turcios Lima"), tabla 1.

Al analizar la procedencia de los casos, si eran de programa o no, en ambos policlínicos se encontró que en los Policlínicos "Hermanos Cruz" 9/38 (23.6 %) eran mujeres fuera de programa según su edad, y en el "Turcios Lima" eran 4/30 (13.3 %). Es decir, mujeres menores de 25 años y mayores de 64 años. La comparación de estas dos frecuencias no mostró diferencias significativas. ($X^2 = 1.73$; gdl = 1; $p = 0.19$), tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia de mujeres con cánceres invasores del cuello uterino detectados por el programa de pesquisaje o no en ambos policlínicos. 2003 -2007.

	Hnos. Cruz		T. Lima		Total	
Pertenencia	No.	%	No.	%	No.	%
Programa	9	23,7	11	36,7	20	29,4
F. Programa	29	76,3	19	63,3	48	70,6
Total	38	100	30	100	68	100

$$X^2 = 1.36; \text{ gdl} = 1; p = 0.24$$

Fuente: Registro automatizado de datos de la Consulta de Patología de Cuello. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado".

La edad de las pacientes del "Hermanos Cruz" mostró un rango entre 22 a 80 años, y en el "Turcios Lima" de 17 a 71 años, mientras la media $\pm$ desviación estándar era de 43 ± 15.2 años para el "Turcios Lima" y de 48.3 ± 15.6 años, para el "Hermanos Cruz"; diferencias que no resultaron significativas ($F = 0.025$; $p = 0.87$, $t = 1.36$, gdl = 66; $p = 0.18$) , tabla 3.

Tabla 3. Distribución de las pacientes según grupos de edad y tasas de incidencia anuales por cáncer invasor del cuello uterino en los Policlínicos Universitarios “Hermanos. Cruz” y “Turcios Lima”. 2003–2007.

Frecuencias absolutas

	2003		2004		2005		2006		2007		promedio	
Edad	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL
15-24	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-	0,2	0,2
25-34	-	1	2	-	-	2	2	3	2	3	1,2	1,8
35-44	3	-	-	-	1	2	1	-	6	2	2,2	0,8
45-54	2	-	-	2	1	3	-	-	3	2	1,2	1,4
55-64	-	4	1	-	2	1	1	-	2	1	1	0,4
65-74	2	-	1	-	-	2	1	-	1	1	1	0,8
75 y más	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	0,4	-
Total	7	5	5	3	5	10	7	3	14	9	7,2	5,4

Tasas por 100 000 mujeres

	2003		2004		2005		2006		2007		promedio	
Edad	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL
15-24	-	-	24,7	33,3	-	-	24,0	-	-	-	9,6	6,4
25-34	-	26,5	39,3	-	-	53,5	40,8	82,4	42,9	86,6	23,3	48,9
35-44	50,3	-	-	-	16,7	44,9	16,4	-	98,7	44,3	36,6	17,9
45-54	47,1	-	-	63,5	24,6	98,9	-	-	69,1	62,1	28,3	44,4
55-64	-	163,0	30,3	-	61,8	41,5	29,3	-	57,5	38,7	35,8	48,2
65-74	99,3	-	49,7	-	-	139,8	47,8	-	40,8	62,6	47,6	39,7
75 y más	-	-	-	-	76,1	-	63,7	-	-	-	26,5	-
Total	26,7	25,7	19,1	15,4	18,6	51,9	26,3	15,2	52,0	45,5	28,6	30,7
X ²	0.05		1.01		56.58		8.22		1.98		0.26	
p	0.82		0.31		<0.001		0.004		0.16		0.61	

Leyenda: HC = Policlínico “Hermanos. Cruz”, TL = Policlínico “Luis Augusto Turcios Lima”.

Fuente: Registro automatizado de la Consulta de Patología de Cuello, Registro provincial de cáncer.

Las tasas de incidencia según la edad (tabla 3) no mostraron diferencias importantes entre los dos policlínicos, aunque hubo momentos (2005 y 2006) donde estos cánceres fueron más incidentes en uno u otro policlínico, por lo que al final del período la diferencia no resultaba significativa (Incidencia promedio anual de 28.6 x 100 000 mujeres en el "Hermanos Cruz" y de 30.7 por 100 000 mujeres en el "Turcios Lima" ($X^2 = 0.26$; $p = 0.61$), por lo que se puede hablar de una tasa promedio de incidencia anual de cáncer cervicouterino de 29.5 por 100000 mujeres de 15 años y más, para el quinquenio 2003 - 2007.

Observe en el gráfico 1, el canal de la incidencia anual de morbilidad por cáncer cervicouterino para ambos policlínicos.

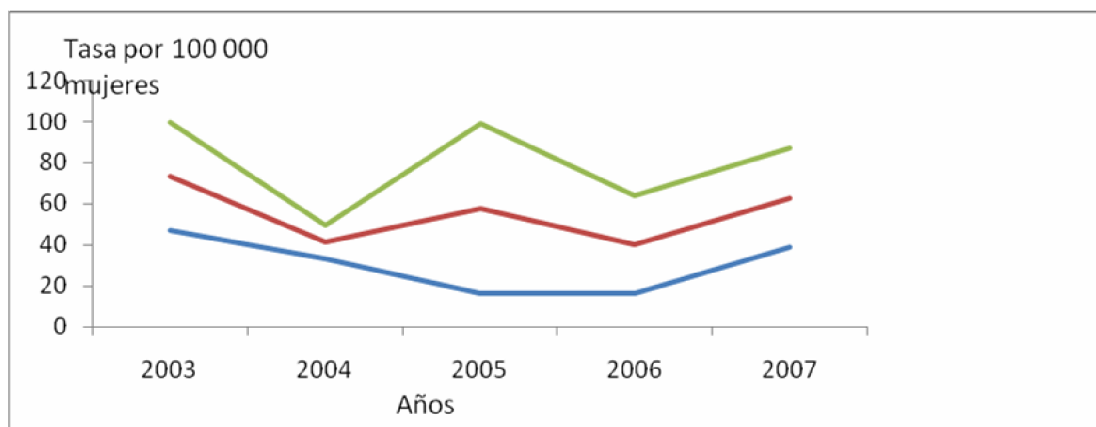


Gráfico 1. Canal endémico de la incidencia de cáncer cervicouterino para los policlínicos "Hermanos. Cruz" y "Turcios Lima" de Pinar del Río en el quinquenio 2003-2007.

En cuanto a la mortalidad en el período hubo 21 fallecidas, 14 del "H ermanos. Cruz" y 7 del "Turcios Lima", en las mujeres con estadio IB en adelante, sin diferencias prácticamente en las tasas de mortalidad en cada año estudiado, excepto en el año 2005 cuando todas las fallecidas fueron del "Hermanos Cruz". No se produjeron fallecidas en mujeres con cáncer diagnosticados como IA. En cuanto al resto de los estadios, las mayores tasas se observaron en las que tenían estadios I IIB. (Tabla 4)

Tabla 4. Frecuencias absolutas y tasas de mortalidad por 100 000 mujeres de 15 años y más por cáncer cérvicouterino según el estadio clínico. Policlínicos Universitarios “Hermanos Cruz” y “Turcios Lima”. 2003-2007.

Frecuencias absolutas de fallecidas

	2003		2004		2005		2006		2007	
Estadio	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL
I B	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-
II A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II B	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III A	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-
III B	-	3	2	-	2	-	-	1	1	1
AE.	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-
Total	4	4	2	1	4	-	2	1	2	1
Tasas por 100 000 mujeres										
I B	7,6	-	-	-	-	-	3,8	-	-	-
II A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II B	7,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III A	-	5,1	-	5,1	3,7	-	-	-	-	-
III B	-	15,4	7,6	-	7,4	-	-	5,1	3,7	5,1
AE.	-	-	-	-	3,7	-	3,8	-	3,7	-
Total	15,3	20,6	7,6	5,1	14,8	-	7,5	5,1	7,4	5,1
X ²	2.21		1.11		31.42		1.11		1.08	
p	0.14		0.29		<0.0001		0.29		0.3	

Nota: FA Frecuencia absoluta.

Fuente: Registro automatizado de la Consulta de Patología de Cuello, Registro provincial de mortalidad.

Según las edades hubo fallecidas en todos los grupos, con un poco más en el grupo de 55 – 64 años, tabla 5.

Tabla 5. Fallecidas y tasas de mortalidad específicas por grupos de edades en los Policlínicos Universitarios “Hermanos Cruz” y “Turcios Lima”. 2003-2007.

Fallecidas	2003		2004		2005		2006		2007	
Edad	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL
15-24	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
25-34	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
35-44	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-
45-54	1	-	-	1	-	-	-	-	1	1
55-64	-	4	1	-	2	-	1	-	-	-
65-74	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
75 y más	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Total	4	4	2	1	4	-	2	1	2	1
Tasas	2003		2004		2005		2006		2007	
Edad	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL	HC	TL
15-24	-	-	24,7	-	-	-	-	-	-	-
25-34	-	-	-	-	-	-	-	27,5	-	-
35-44	33,6	-	-	-	16,7	-	-	-	-	-
45-54	23,6	-	-	31,8	-	-	-	-	23,0	31,0
55-64	-	163,0	30,3	-	61,8	-	29,3	-	-	-
65-74	49,7	-	-	-	-	-	-	-	40,8	-
75 y más	-	-	-	-	76,1	-	63,7	-	-	-
Total	15,3	20,6	7,6	5,1	14,8	-	7,5	5,1	7,4	5,1

Fuente: Registro automatizado de la Consulta de Patología de Cuello, Registro provincial de mortalidad.

A pesar de las diferencias observadas en algunos de los años para el quinquenio estudiado, las tasas de mortalidad por CCU en ambos policlínicos no resultaba diferente (10.5 por 100 000 mujeres en el “Hermanos Cruz” vs 7.2 por 100 000 mujeres en el “Turcios Lima”, $X^2 = 1.5$; gdl = 1; $p = 0.22$).

La letalidad por cáncer cervical en el Policlínico Universitario "Hermanos Cruz" fue de 14/38 (36,8%) y en el "Turcios Lima" fue de 7/30 (23.3 %), diferencias que no resultaron significativas ($X^2 = 1.43$, gl = 1; $p = 0.23$), tabla 6.

Para los cánceres escamosos invasores la letalidad fue de 11/32; 34.4 % en el "Hermanos Cruz" y 7/27; 25.9 % en el "Turcios Lima", sin diferencias significativas entre ambos centros de salud ($X^2 = 0.49$; gdl =1; $p = 0.48$), ni tampoco entre los adenocarcinomas endocervicales (Probabilidad exacta de Fisher = 0.46).

Tabla 6. Letalidad (%) por cánceres escamosos según los estadios y adenocarcinomas endocervicales y área de salud. 2003-2007.

	Hnos. Cruz			Turcios Lima		
Estadio	Casos	Fallecidas	Letalidad	Casos	Fallecidas	Letalidad
IA	8	-	-	6	-	-
IB	9	2	22,2	12	-	-
II O SUPERIOR	15	9	60	9	7	77,8
Subtotal escamosos	32	11	34.4	27	7	25.9
AE	6	3	50	3	-	-
Total	38	14	36,8	30	7	23,3

Leyenda: AE. Adenocarcinoma endocervical.

Fuente: Registro automatizado de la Consulta de Patología de Cuello, Registro provincial de mortalidad.

Con relación a la frecuencia de reportes al registro de cáncer las diferencias encontradas no resultaron significativas (52.6 vs 73.3) ($X^2 = 3.04$; gdl =1; $p=0.08$). La proporción de sólo registrados al momento de la defunción (DCO) tampoco resultó significativa ($X^2_Y = 0.00$; gdl = 1; $p = 0.98$). Sin embargo, había diferencias en cuanto a los no registrados ($X^2 = 4.76$, gdl =1; $p = 0.03$) con peor situación para las mujeres del "Hermanos Cruz", tabla 7.

Tabla 7. Frecuencias de casos de cáncer reportados al registro provincial de cáncer.

Policlínicos	CON RNC		DCO		SIN RNC	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hnos. Cruz	20	52.6	4	10.5	14	36.8
T. Lima	22	73.3	4	13.3	4	13.3
Total	42	61.8	8	11.8	18	26.5

Leyenda: Con RNC son los casos que están en el Registro Provincial de Morbilidad por Cáncer. DCO (según las siglas en inglés, deathcertificateonly). Sin RNC, no aparecen en el registro.

Fuente: Sistema automatizado de la Consulta Provincial de Patología de cuello, Registro Provincial de Cáncer, Registro de Mortalidad de la Dirección Provincial de Salud de Pinar del Río.

Cuando se analizó esta situación por años de detección se encontró que solamente en el 2003 no había subregistro para ambos policlínicos; sin embargo, en el Hermanos Cruz ya desde el 2004 existía sub-registro de casos al sistema, que luego se ha incrementado para llegar a un máximo en el 2007 con 50 % de casos sin registrar en este policlínico. Para el "Turcios Lima", aunque en menor cuantía, el máximo se observó en el 2006, tabla 8.

Tabla 8. Frecuencia de casos no registrados en el Registro Provincial de Cáncer por año en ambos policlínicos.

Años	Hnos. Cruz			Turcios Lima		
	Total	No RNC	%	Total	No RNC	%
2003	7	-	-	5	-	-
2004	5	1	20.0	3	-	-
2005	5	1	20,0	10	-	-
2006	7	5	71,4	3	1	33.3
2007	14	7	50,0	9	3	33,3
Total	38	14	36.8	30	4	13.3

Fuente: Registro provincial de cáncer y registro automatizado de la consulta de Patología de Cuello.

El motivo de consulta de estas pacientes fue mayoritariamente el sangrado vaginal anormal: ya en forma de sangrado postmenopáusico, sinusorragia, o metrorragias , tabla 9.

Tabla 9. Distribución de frecuencias de los motivos de consultas en patología de cu ello en ambos policlínicos. 2003-2007.

Motivo de consulta	Hnos. Cruz	%	T Lima	%
Sangrado vaginal anormal	25	65,7	13	43.3
Citología anormal	9	23.7	11	36.7
Enrojecimiento cervical	2	5.3	5	16.7
Lesión exofítica	2	5.3	1	3.3
Total	38	100	30	100

Nota: Es de destacar que no se puede aplicar la prueba de ji cuadrado dado que el 50 % de las celdas tiene valores esperados menores de 5.

Fuente: Sistema automatizado de la Consulta Provincial de Patología de cuello, Registro Provincial de Cáncer.

En cuanto al tratamiento empleado las mujeres con carcinoma microinvasor del cuello uterino (IA) fueron sometidas a tratamiento quirúrgico, y ya desde IB en adelante los tratamientos fueron más enérgicos: a las mujeres con IB se les practicó tratamiento quirúrgico y radioterapia, y solamente 13/21 recibieron quimioterapia. Las mujeres diagnosticadas en estadio IIa en adelante el tratamiento de elección fue la radioterapia , tabla 10.

Tabla 10. Tipos de tratamientos recibidos según estadio clínico en ambos pol iclínicos.

Frecuencias absolutas

Estadio	Quirúrgico	Radioterapia	Quimioterapia	Total
IA	14	-	-	14
IB	21	21	13	21
IIA	2	3	3	3
IIB	1	7	7	7
IIIA	-	5	4	5
IIIB	-	9	6	9
AE	9	9	-	9
Total	47	54	33	68
Frecuencias relativas porcentuales				
Estadio	Quirúrgico	Radioterapia	Quimioterapia	Total
IA	100	-	-	100
IB	100	100	61,9	100
IIA	66,7	100	100	100
IIB	14,3	100	100	100
IIIA	-	100	80	100
IIIB	-	100	66,7	100
AE	100	100	-	100
Total	69,1	79,4	48,5	100

Fuente: Sistema automatizado de la consulta provincial de patología de cuello.
Registro Provincial de Cáncer.

El seguimiento se verificó hasta el año 2007, por lo tanto , puede haber mujeres diagnosticadas que hayan fallecido fuera de esta fecha y no son objeto del estudio. Del Hermanos Cruz de los 38 casos con cáncer invasor sobreviven 25, y del T. Lima, 23.

Por supuesto, las mujeres diagnosticadas en la última parte del período no han sido seguidas la misma cantidad de años que las del principio de período, y el análisis de sobrevivencia no se pudo llevar a examen estadístico con curvas de sobrevivencia.

DISCUSIÓN

El cáncer cérvicouterino invasor aparece como consecuencia de lesiones cervicales pre-existentes, que detectadas a tiempo tienen solución.¹ Estas lesiones cervicales son producidas principalmente por el VPH, lo que unido a otros factores de riesgo o cofactores producen la transformación maligna de las células, dando lugar al cáncer invasor. Pero esta progresión puede demorar hasta 10 años. Es por ello que es necesario el pesquiasaje y detección de lesiones premalignas, para evitar que al diagnóstico sea ya un carcinoma invasor, lo que acarrearía tratamientos oncospecíficos y disminución de la sobrevivencia. En nuestro caso, Cuba, ese pesquiasaje se realiza mediante la citología cervicovaginal.¹¹

Por lo tanto, cuando se diagnostica el cáncer invasor, cabe pensar que hubo irregularidades en el programa de detección precoz: No se realizó la citología, mala toma de la muestra, citologías no útiles sin repetir, deficiente diagnóstico citológico, inasistencia a consulta de patología de cuello entre otras, lo que constituye un aspecto negativo, pues esas pacientes, de haberse diagnosticado a tiempo alguna lesión no hubieran llegado a estadios más avanzados, lo que resulta en peor pronóstico. A pesar de todo ello se plantea que hay que poner a disposición de la población femenina mejores programas de prevención, ya que el hecho de existir el cáncer invasor y la muerte por esa causa es suficiente para organizar mejores programas para la lucha contra este flagelo.¹²

Estos resultados demuestran fallos en el programa de detección. No se concibe un programa instaurado con más de 40 años de ejecución que tenga todavía estos errores, o es que quizás, el frotis citológico por la técnica de papanicolaou como único sistema de pesquiasaje no sea suficiente. Se ha planteado el uso de las pruebas de detección de ADN viral para los virus de alto riesgo, pero su costo y eficacia todavía no muestran seguridad,¹³ o aún más aplicar nuevamente un método de "downstaging", la inspección visual con ácido acético y lugol¹⁴ que ya se ha usado en Pinar del Río, en un asentamiento alejado de la capital provincial con excelentes resultados.¹⁵

La aparición de las lesiones cancerosas por tipo coincide con lo planteado en la literatura¹⁶ en la que el carcinoma invasor de células escamosas (CCE) es el más común (90 %) de los tumores malignos del cuello uterino, con incidencia disminuida gracias al pesquiasaje con la prueba citológica; y más frecuente que el de células pequeñas o que el adenocarcinoma.

Las mujeres con cáncer invasor en ambos policlínicos detectadas fuera de programa se debieron, primero a la edad (Ver tablas 2 y 3 según otras que estaban en edad del programa de detección que no son detectadas por la citología.

Al analizar la proveniencia de las pacientes a Consulta de Patología de Cuello se detectó que las frecuencias de casos fuera de programa eran más de 3 veces que las detectadas por el programa, sin diferencia significativas entre los dos policlínicos.

De todos es sabido que los cánceres invasores, con necrosis local, producen abundantes hemorragias locales, y no descaman células malignas, y es una de las causas de falsos negativos de la prueba citológica en este grupo de mujeres.¹⁶⁻¹⁹

Se conoce que las lesiones intraepiteliales cervicales son más comunes en edades jóvenes, mientras el cáncer invasor es más común en las más viejas.^{19, 20}

La edad de presentación del CCU, mundialmente, se sitúa entre los 45 -55 para el 95 % de las mujeres, con variaciones entre países, y dentro de un mismo país, datos similares a los encontrados por nuestro grupo en el período. Es decir, no se han producido variaciones con respecto a lo planteado.²¹ Esto pudiera traducirse como que el programa tampoco ha logrado alejar la edad de presentación del cáncer cervical en la mujer pinareña.

La incidencia encontrada en ambos asentamientos urbanos está dentro de los límites reportados de mayor de 1 y menor de 50 por 100 000 para el mundo²¹ y dentro del rango reportado por los autores²² para el período de 2000-2004 en la provincia de Pinar del Río que estaba a su vez en segundo rango en la incidencia entre las provincias cubanas para ese período.²² Es decir, no se ha logrado disminuir las tasas de incidencia del cáncer invasor del cuello uterino.

En cuanto a la mortalidad, todo indica que existen problemas en el diagnóstico precoz, que no se efectúa correctamente en la Atención Primaria de Salud, quizás debido a barreras culturales aún, ya que muchas mujeres que ya no están más en edad de procreación no concurren a la consulta de Ginecología y mucho menos a realizarse el pesquiasaje cervical.

Hay que señalar que en la casuística estudiada hubo 1 fallecida menor de 25 años, en el policlínico "Hermanos Cruz" y que no entra en el Programa de Pesquiasaje, pero que pudo

haber sido remitida si se hubiese detectado a tiempo alguna conducta de riesgo para padecer el mismo. Es decir, al parecer el riesgo tampoco fue identificado.

En cuanto al reporte al registro de cáncer (RNC), ya no es un error de la APS, sino de la Atención Secundaria de Salud, ya que todas estas mujeres son diagnosticadas en los hospitales de referencia y cuando el resultado de invasor, son remitidas a la consulta central de Oncoginecología, donde se debe realizar el reporte al Departamento de Estadísticas de la Dirección Provincial de Salud para enviar al RNC.

En cuanto al tratamiento, fue utilizado el preconizado el programa ¹¹ para cada diferente estadio, y en relación con el seguimiento, en los casos de IB en adelante se realiza en la Unidad Oncológica Provincial; sin embargo, no se puede realizar un análisis de sobrevida total, ya que se están estudiando casos muy recientes, y es necesario esperar más tiempo para ello.

Las mujeres diagnosticadas con cáncer invasor del cuello uterino en los dos policlínicos en el período 2003-2007 mostraron deficiencias en su diagnóstico. Continúan existiendo fallas en el diagnóstico precoz de CCU en la Atención primaria de Salud, pues el mayor por ciento de casos no se detectó por el programa. Las tasas de incidencia de esta enfermedad no se han logrado disminuir en relación a años anteriores. Y se siguen diagnosticando casos en estadios avanzados de la enfermedad, lo que acorta la sobrevida de estas pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agrawal P. Reducing the burden of cervical cancer in the developing world. Current Women's Health Reviews feb 2011; 7(1):59-68. Disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/content/ben/cwhr/2011/00000007/00000001/art00011> [Access 22-04-11]
2. Schiffman M, Kjaer SK. Chapter 2: Natural history of anogenital human papillomavirus infection and neoplasia. J Nat Cancer Inst Monogr 2003;(31):14-19. Disponible en: <http://jncimonographs.oxfordjournals.org/content/2003/31/14.long> [Access 25-04-11]
3. Tábor N, Ferrera A, Bakkers JMJE, Massuger L FAG, Melchers WJG. High HPV 16 Viral Load is Associated with Increased Cervical Dysplasia in Honduran Women. Am. J. Trop.

- Med. Hyg., 78(5), 2008, pp. 843-846 In: <http://www.ajtmh.org/content/78/5/843.long> [Access 21-12-08]
4. Alam S, Conway MJ, Chen HS, Meyers C. The cigarette smoke carcinogen benzo a pyrene enhances human papillomavirus synthesis. J Virol 2008 Jan, 82 (2): 1053 -1058. In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2224590/>. [Access 21-12-08]
 5. Bonassi S, El-Zein R, Bolognesi C, Fenech M. Micronuclei frequency in peripheral blood lymphocytes and cancer risk: evidence from human studies. Mutagenesis 2010; 26 (1): 93-100. In: <http://mutage.oxfordjournals.org/content/26/1/93.full> [Access: 21-12-08]
 6. Denis F, Hanz S, Alain S. Clearance, persistence and recurrence of HPV infection. GynecolObstetFertil. 2008 Apr; 36(4):430-40. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18417407> . [Access 13-06-08]
 7. Monsonego J. Prevention of cervical cancer (II): prophylactic HPV vaccination, current knowledge, practical procedures and new issues. Presse Med. 2007 Apr;36(4 Pt 2):640 - 66. In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17350792> . [Access 26-09-2007]
 8. Franco EL, Cuzick J. Cervical cancer screening following prophylactic human papillomavirus vaccination. Vaccine. 2008 Mar 14;26Suppl 1:A16 -23. In: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X07013849> [Access 26-09-2007]
 9. Arbyn M, Primic-Zakeus M, Raifu AO, Grce M, Paraskeva E, Diakomanolis E, Kesić V, Nicula FA, Suteu O, von Karsa L. The burden of cervical cancer in south -east Europe at the beginning of the 21st century. CollAntropol. 2007 Apr; 31 Suppl 2:7-10. In: <http://www.hrcak.srce.hr/.pdf> . [Access: 26-08-07]
 10. Brawley OW. Avoidable cancer deaths globally. CA Cancer J Clin 2011; 61: 67 -68. In: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20108/full> [Access 14-06-2011.]
 11. MINSAP. Cuba. Programa de Detección Precoz del Cáncer Cérvico -Uterino. 2001.
 12. Flores BP, Volker DL. Cervical cancer screening and older Mexican American women. Res GerontolNurs 2011 Jan; 4 (1): 3-8. doi: 10.3928/19404921-20101201-04. In: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21210574> . [Access 30-05-11]
 13. Xi LF, Hughes JP, Castle PE, Edelstein ZR, Wang C, Galloway DA, Koutsky LA, Kiviat NB, Schiffman M. Viral load in the natural history of HPV Type 16 infection: a Nested case - control study. J InfectDis 2011;203:1425-33 In: <http://www.jid.oxfordjournal.org> [Access 16-04-11]
 14. Belinson, J.L., Pretorius, R.G., Zhang, W.H., Wu, L.Y., Qiao, Y.L., and Elson, P. Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid. Obstetrics and Gynecology

- 2001 Sep; 98(3):441-444. In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11530126> .
[Access 22-05-07]
15. Sanabria Negrin JG, Salgueiro Medina VE, Abreu Mérida MB, Vólquez C. Incremento de la detección de las lesiones cervicales por medio del examen visual en Puerto Esperanza, , 2008. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2011 Dic 18]; 15(3): 81-98. In: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561 - 31942011000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000300009&lng=es)
 16. Kirschner B, Poll S, Rygaard C, Wåhlin A, Junge J. Screening history in women with cervical cancer in a Danish Population-based screening program. Gynecol Oncol 2011 Jan; 120 (1): 68-72. In: <http://web.ebscohost.com/ehost/21035171> . [Access 15-04-11]
 17. Cantor SB, Cárdenas-Turanzas M, Cox DD, Atkinson EN, Nogueras -González GM, Beck JR, Follen M, Benedet JL. Accuracy of colposcopy in the diagnostic setting compared with the screening setting. ObstetGynecol. 2008 Jan;111(1):7-14. In: <http://www.sggg.ch/files/Garland2007intrabib30004.pdf> [Access 01-04-08.]
 18. Castro-Jiménez MA, Londoño-Cuellar PA, Vera-Cala LM. Uso y determinantes del Papsmear en un municipio rural de Colombia 1998 -1999. Rev Salud Pública (Bogotá). 2006 Sep-Dic; 8 (3): 248-57. In: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124 - 00642006000300010&script=sci_arttext&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642006000300010&script=sci_arttext&tlng=pt) [Access 24-01-07]
 19. Davey DD, Cox JT, Austin RM, Birdsong G, Colgan TJ, Howell LP, Husain M, Darragh TM. Cervical cytology specimen adequacy: patient management guidelines and optimizing specimen collection. J Low Genit Tract Dis. 2008 Apr; 12(2):71-81 In: http://journals.lww.com/jlgt/Abstract/2008/04000/Cervical_Cytology_Specimen_Adequacy_Patient.2.aspx . [Access 26-06-08]
 20. Cucick J Routine audit of large -scale cervical cancer programs. Editorial JNCI; 2008 May 7; 100 (9):604-6. In: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/100/9/605.full> [Access 20-07-2008]
 21. Andrae B, Kemetli L, Sparén P, Silfverdal L, Strander B, Ryd W, Dillner J, Törnberg S. Screening-preventable cervical cancer risks: evidence from a nationwide audit in Sweden. J Natl Cancer Inst. 2008 May 7;100 (9):622-9. In: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/100/9/622.full> [Access 25-7-08]
 22. Galán Y, Fernández L, Torres P, García M. Trends in Cuba's Cancer Incidence (1990 to 2003) and Mortality (1990 to 2007). MEDICC Review, Summer 2009, 11 (3): 19 -26. In <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=9&id=101&a=va> [Access 31-07-2009]

Recibido: 21 de febrero de 2012.
Aprobado: 29 de mayo de 2012.

Dr. José Guillermo Sanabria Negrín. Especialista de Segundo Grado en Histología. Doctor en Ciencias Biológicas. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.
Correo electrónico: joseg_50@princesa.pri.sld.cu
