

Evaluación del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvicouterino en Bartolomé Masó Márquez

Evaluation of the National Programme for Early Diagnosis of Cervical Cancer in Bartolomé Masó Márquez

Aleida Santamarina Fernández; Damaris Verdecia Tamayo; Misleidis Segura Fajardo; Marcia Santamarina Fernández; Yarelis Verdecia Tamayo; Arbelia Fiallo González

Universidad de Ciencias Médicas de Granma "Celia Sánchez Manduley. Policlínica Docente "Bartolomé Masó Márquez". Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero. Se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, las cuales se suceden en etapas.

Objetivo: evaluar el cumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del cáncer cérvicouterino.

Métodos: estudio descriptivo de corte transversal en el municipio "Bartolomé Masó Márquez", provincia Granma, de 2013 a 2014. El universo de estudio quedó constituido por 6 794 mujeres que se realizaron prueba citológica. Se revisaron los registros de pruebas citológicas para obtener la información sobre las variables edad, tipo de examen (caso nuevo, reexamen), resultado del examen y etapa clínica de diagnóstico del cáncer, fue procesada y analizada mediante técnicas de estadística descriptiva y se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: se cumplió el 96,64 % de la meta planificada, 102,66 % de casos nuevos, 100,0 % Reexámenes, el 5,00 % de las pruebas citológicas fueron no útiles, el 19,22 % de realización de pruebas citológicas prevalece en las mujeres de 40-44 años, el diagnóstico citológico encontrado con mayor frecuencia fue la NIC II (45,83 %) y un carcinoma en 2013.

Conclusiones: el cumplimiento del programa fue evaluado como no satisfactorio, es necesario implementar nuevas acciones de salud encaminadas a modificar y controlar las dificultades, liderado desde la jefa del departamento de citología y cada enfermera como líder conjuntamente con los promotores de salud y médico de la familia.

Palabras clave: neoplasias cervicouterino; neoplasias cervicouterino; diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer is a cellular alteration, which originates in the epithelium of the cervix. It was initially manifested by precursor lesions, slow and progressive evolution, which occur in stages.

Objective: To evaluate the implementation of the National Program for Early Diagnosis of Cervical Cancer.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted in the municipality of Bartolome Maso Marquez of Granma province from 2013 to 2014. The study group was composed of 6794 women cytology were performed. records cytology were revised to obtain information about the variables age, type of test (new case, re-examination) test result and clinical diagnosis of cancer stage was processed and analyzed using descriptive statistical techniques and expressed in absolute frequencies and percentages.

Results: 96.64 % of the planned target, 102.66 % of new cases, Sunset reviews 100.0 %, 5.00 % of cytological tests were not helpful, 19.22 % of the testing is completed cytological prevalent in women aged 40-44 years, the cytological diagnosis was found more frequently IAS II (45.83 %) and carcinoma in 2013.

Conclusions: The implementation of the program was evaluated as unsatisfactory, it is necessary to implement new health measures designed to amend and control difficulties, lidereado from the head of the department of cytology and every nurse leader together with health promoters and Medical family.

Keywords: cervical neoplasia, cervical / diagnosed cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero, se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, las cuales se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, con evolución hacia el cáncer en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a cáncer invasor cuando la afectación traspasa la membrana basal.¹

El cáncer de cérvix es la segunda causa de muerte en mujeres en todo el mundo y su incidencia ha crecido a niveles alarmantes, especialmente en países subdesarrollados. A pesar de que muchos países tienen implementado un programa de detección precoz del cáncer cervicouterino (DPCCU), esta acción no es suficiente, ya que la cobertura sigue siendo muy baja sobre todo en aquellos países donde el nivel educacional es bajo y se ofrece una pobre difusión a este problema de salud.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año se diagnostican 500 000 nuevos casos de cáncer cervicouterino y mueren más de 550 000 mujeres, y que de estas, el 80 % proceden de países subdesarrollados.³

En los países latinoamericanos, más de 30 000 mujeres mueren anualmente por cáncer de cérvix. Los registros de cáncer obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que hay una incidencia relativamente alta en Brasil, Paraguay y Perú; tasas inferiores muestran Cuba y Puerto Rico, no así Canadá, que a escala mundial presenta la tasa de mortalidad más baja por esta enfermedad. De manera general, la tasa de incidencia de este carcinoma es de 20,5 por cada 100 000 mujeres, del cual Chile ha notificado la mayor, con 30 por 100 000 anualmente. En Guanacaste, Costa Rica, la referida tasa es de 32,5 por 100 000 mujeres.⁴

El cáncer cervicouterino constituye una de las entidades con más impacto y repercusión sobre la salud femenina, particularmente importante en las mujeres jóvenes, es considerada una enfermedad emergente desde hace escasos años, lo que pudiera explicar que muchos profesionales todavía no disponen de una información suficiente y obliga a un proceso de formación continuada, a fin de estar a la altura que las circunstancias epidemiológicas requieren. Las consecuencias sociales, humanas y económicas del cáncer cervicouterino lo convierten en un problema importante para la salud pública y la humanidad.⁵

El cáncer ocupa el segundo lugar entre las diez primeras causas de muerte, solo precedido por las enfermedades cardiovasculares, y es la primera causa de años de vida potenciales perdidos (AVPP) en el país.^{6,7}

Según datos obtenidos del Anuario Estadístico Cubano del 2014, la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el 2013 representó un total de 452 defunciones para una tasa 100 000 habitantes de 8,1. En el 2014 se observó un aumento, con una tasa de 8,4 con 471 defunciones, prevaleciendo el grupo etario 40-59 (42 %) con 198 defunciones de un total de 471.⁸

Dada la importancia que reviste la detección precoz del cáncer cervicouterino, problema de importancia práctica y real que impide lograr el mantenimiento de la salud y la capacidad de trabajo de la mujer, así como la repercusión que reviste para la sociedad, se realizó este estudio, con el objetivo de evaluar el cumplimiento del Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el municipio "Bartolomé Masó Márquez" de la provincia Granma en el período 2013-2014. El universo de estudio quedó constituido por las 6 794 mujeres que se realizaron prueba citológica del cérvix, de las 7030 que debían habérsela realizada según el programa nacional de detección precoz de cáncer cervicouterino.

Se revisaron los registros de pruebas citológicas en el policlínico para obtener la información sobre las variables: edad, tipo de examen (caso nuevo, reexamen), resultado del examen y etapa clínica de diagnóstico del cáncer.

Se tuvo en cuenta la clasificación de las etapas clínicas de la evolución del carcinoma de cuello, partiendo de la etapa cero, que correspondería al carcinoma *in situ* (CIN-III o HSIL):⁹

Estadio I: confinado al cuello del útero.

Estadio II: se extiende más allá del cuello pero no se extiende a la pared de la pelvis; afecta a la vagina en su parte superior sin afectar el tercio inferior.

Estadio III: se extiende a la pared pelviana, en la exploración al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y la pared pelviana; el tumor se extiende además al tercio inferior de la vagina.

Estadio IV: puede infiltrar la pared de la vejiga urinaria o el recto; esta forma incluye diseminación con metástasis.

La información fue procesada y analizada mediante técnica de estadística descriptiva, los datos se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes, que fueron resumidos en tablas de distribución de frecuencias.

Esta investigación es no invasiva, está basada en recolección de información de los registros de pruebas citológicas. El estudio se efectuó conforme a las reglamentaciones y principios éticos de no divulgación de nombres de personas, diagnósticos o cualquier dato personal de los pacientes utilizados para la investigación en humanos y estudios clínicos.

RESULTADOS

En el periodo de estudio, según el programa le correspondía la realización de la prueba citológica a 7030 mujeres, las pruebas citológicas realizadas en el periodo de estudio alcanzaron la cifra de 6 794 (96,64 %). Se lograron diagnosticar 463 casos nuevos (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de mujeres según años y cumplimiento de realización de exámenes citológicos

Año	Metas Pruebas citológicas	Pruebas citológicas realizadas	%	Casos Nuevos	Casos Nuevos Realizados	%
2013	3447	3322	96,37	229	259	113,10
2014	3583	3472	96,90	222	204	91,89
Total	7030	6794	96,64	451	463	102,66

Fuente: Registro de Pruebas Citológicas del Policlínico "Bartolomé Masó Márquez".

En la [tabla 2](#) se muestra que se cumplió el 100 % de Reexamen de Pruebas Citológicas planificadas, el grupo de edad de 40-44 aportó el mayor número de casos (1306).

Tabla 2. Distribución porcentual de mujeres según edad y Reexamen de Pruebas citológica por años

Grupo de Edades	Reexamen 2013		Reexamen 2014		Total	
	No	%	No	%	No	%
25-29	428	12,88	323	9,30	751	11,05
30-34	424	12,76	398	11,46	822	12,10
35-39	493	14,84	436	12,56	929	13,67
40-44	609	18,33	697	20,07	1306	19,22
45-49	501	15,08	574	16,53	1075	15,82
50-54	369	11,11	484	13,94	853	12,55
55-59	304	9,15	341	9,82	645	9,49
60 y más	194	5,84	219	6,31	413	6,08
Total	3322	48,90	3472	51,10	6794	100,0

Fuente: Registro de Pruebas Citológicas del Policlínico "Bartolomé Masó Márquez".

Como se muestra en la [tabla 3](#), se consideraron no útiles 357 (5,25 %) y útiles 6437 (94,74 %).

Tabla 3. Distribución porcentual de mujeres según año y utilidad de Pruebas citológicas

Año	Pruebas citológicas realizadas	No útiles para el diagnóstico		Útiles para el diagnóstico	
		No	%	No	%
2013	3322	170	5,12	3152	94,88

Fuente: Registro de Pruebas Citológicas del Policlínico "Bartolomé Masó Márquez".

Al evaluar las etapas clínicas en las que se detectó la enfermedad se obtuvo: ninguna en etapa 0, 27 (37 %) en etapa I, 33 (46 %) en etapa II, 12 (17 %) en etapa III y un carcinoma en el 2013. ([Tabla 4](#)).

Tabla 4. Distribución porcentual de mujeres según año y Etapa clínica en que se detectó el cáncer

Año	Etapa I		Etapa II		Etapa III		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
2013	20	74,07	31	93,94	11	91,67	62	86,11
2014	7	25,93	2	6,06	1	8,33	10	13,89
Total	27	37,5	33	45,83	12	16,67	72	100,0

Fuente: Registro de Pruebas Citológicas del Policlínico "Bartolomé Masó Márquez".

En la [tabla 5](#) se muestra que, de acuerdo con los grupos de edades, se diagnosticaron 72 casos alterados, predominó grupo de edad de 40-44 21 % en las tres etapas, el diagnóstico citológico encontrado con mayor frecuencia fue en la Etapa NIC II (representativo el grupo de edad 35-39, 46 %).

Tabla 5. Distribución porcentual de mujeres según edad y Etapa clínica que se detectó en el cáncer

Año	Etapa I		Etapa II		Etapa III		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
25-29	5	18,52	6	18,18	2	16,67	13	18,05
30-34	1	3,71	5	15,15	0	0,00	6	8,33
35-39	3	11,11	7	21,21	1	8,33	11	15,28
40-44	5	18,52	6	18,18	4	3,33	15	20,83
45-49	5	18,52	4	12,12	2	2,40	11	15,28
50-54	4	18,41	2	6,06	2	2,40	8	11,11
55-59	4	18,41	1	3,03	1	8,33	6	8,33
60 y más	0	0,00	2	6,06	0	0,00	2	2,79
Total	27	37,5	33	45,83	12	16,67	72	100,0

DISCUSIÓN

El enfrentamiento al cáncer cérvicouterino en la Atención Primaria de Salud tiene como propósito el 100 % de cobertura de la pesquisa citológica y la óptima calidad de la muestra para aspirar a reducir en un 20 % la mortalidad por esta enfermedad para el año 2015, como plantea la Unidad Nacional para el Control del Cáncer en Cuba. Existe esta dificultad con el cumplimiento de la meta (cobertura), refleja que la labor de educación sanitaria aun es insuficiente,¹⁰ se produjo un sobrecumplimiento de los casos nuevos (102 %) debido a ingresos de pacientes en el programa después de trazadas las metas.

Se cumplió el reexamen, siendo representativo el grupo de edad de 40-49. El Registro Nacional de cáncer muestra la mayor incidencia de cáncer cervicouterino invasor en las edades de 41 a 59 años.⁶

El 5 % resultaron muestras no útiles, esta cifra es aceptable en el programa nacional, se encuentra en el criterio de medida de este indicador. No coincidiendo con el criterio de *Rodríguez Villavicencio y cols.* en su estudio realizado en Santa Clara en 2010, obtuvieron un resultado de 2,55 % y plantean "La calidad de la muestra continúa presentando dificultades; esto se comprueba en el resultado obtenido al evaluar este indicador, [...], y debería ser de cero para considerarlo un indicador de calidad".

La citología cérvico vaginal sigue siendo el método diagnóstico de mayor valor para detectar neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y carcinoma en estadio precoz en grandes masas de población, por la sencillez en su realización y su alta eficacia. Lo realmente eficaz ante el diagnóstico del cáncer de cérvix es establecerlo en una etapa precoz.¹¹

Un motivo de preocupación en este estudio fue el diagnóstico del 83,33 % de las pacientes con enfermedad localmente avanzada (etapas I (37 %), II (46, %)). Estas pacientes tienen ya una apreciable disminución en la esperanza de vida a cinco años. Sin embargo, cuando las pacientes se diagnostican como etapa 0 o *in situ*, ellas tienen posibilidad de tener 100 % de curación. Este resultado muestra una ineffectividad del programa de pesquizaje diagnosticadas con cáncer invasivo. Similar preocupación expresan *Martínez Pinillo y cols.*,⁶ al obtener en su estudio un diagnóstico de

aproximadamente 50 % de las pacientes con enfermedad localmente avanzada (etapas IIa, IIb y IIIb).

El antiguo concepto de que esta lesión comenzaba como una displasia leve (NIC-I, lesión de bajo grado) que evolucionaría indefectiblemente hasta un cáncer invasor y finalmente con la muerte de la paciente, no tiene en la actualidad un basamento científico. Por el contrario, se ha demostrado que un alto número de NIC regresan espontáneamente a la normalidad, no progresan o invierten varios años en progresar.⁵

La mayoría de las pacientes con citologías orgánicas positivas se encontraban entre 40-44 años identificadas en las tres etapas. En su estudio del 2012, *Espín Falcón*¹² plantea "La edad promedio de las mujeres que por primera vez reciben un diagnóstico de cáncer cervicouterino es entre 50 y 55 años". El riesgo de desarrollar este cáncer es muy bajo entre las mujeres menores de quince años y aumenta entre la adolescencia hasta mediados de los treinta. Al contrario de muchos otros tipos de cáncer que afectan con poca frecuencia a los adultos jóvenes, el cáncer cervical puede afectar a las mujeres jóvenes de entre veinte y treinta años. Resultados que coinciden con el estudio realizado por *Salvent Tames y cols.*² en Guantánamo, la mayoría de las pacientes con citologías orgánicas positivas se encontraban entre 36-45 años, pero no es similar el diagnóstico citológico encontrado con mayor frecuencia, la NIC I.

En conclusión, en la evaluación del programa, en el 2014 existió una disminución de citologías alteradas con respecto al 2013, lo que representa un logro, de igual manera se cumplieron los casos nuevos y reexámenes, a pesar de ello fue evaluado como no satisfactorio, por lo que es necesario implementar nuevas acciones de salud encaminadas a modificar y controlar las dificultades de este programa, liderado por la jefa del departamento de citología y cada enfermera conjuntamente con los promotores de salud y el médico de la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walter Sánchez V, López Hung E, Joa Ramos C, Gainza Mesa O. Cervicomed: multimedia de apoyo a la docencia sobre cáncer cervicouterino. MEDISAN. 2014 Jul [citado 17 Sep 2015]; 18(7):1032-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700020&lng=es
2. Salvent Tames A, Rodríguez Lara O, Leyva Lambert M, Gamboa Rodríguez M, Columbié Gámez M. Comportamiento del cáncer cervicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012 [citado 17 Sep 2015]; 38(2):190-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000200006&lng=es
3. Sureda Peña M, Martínez Cárdenas D. Una alerta para la mujer: factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Revista Medicentro. 2014 [citado 17 Sep 2015]; 18(1):12-5. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/issue/view/91>
4. Díaz Mc Nair AG, Cedeño Arroyo M, González Heredia E, Beltrán Bahades J. Acciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino en la adolescencia. MEDISAN. 2011 [citado 17 Sep 2015]; 15(2):209-14. Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000200010&lng=es

5. Sansó Soberats JF, Alonso Galbán P, Torres Vidal RM. Mortalidad por cáncer en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2010 [citado 29 Ene 20115]; 36(1): 18-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

6. Martínez Pinillo A, Díaz Ortega I, Carr Pérez A, Varona Sánchez JA, Borrego López JA, de la Torre AI. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010 [citado Sep 28 2015]; 36(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_01_10/gin08110.htm

7. Vázquez Márquez A, González Aguilera JC, de la Cruz Chávez F, Almirall Chávez AM, Valdés Martínez R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2008 [citado 28 Sep 2015]; 34(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin07208.htm

8. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2014.

9. La Enciclopedia Libre. Cáncer cervical. [actualizado 15 Jun 2015; citado 3 Sep 2015]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_cervical

10. Rodríguez Villavicencio M, Portieles Sánchez L, Quirós Hernández JL. Evaluación del Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. Rev. Medicentro. 2014 [citado 28 Sep 2015]; 18(1):32-9. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1628/1339> Vol 18, No 1 (2014)

11. Cabezas Cruz E, Cutié León E, Santisteban Alba S. Diagnóstico y conducta en el cáncer de cuello uterino. En: Manual de procedimientos en Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 162-8.

12. Espín Falcón JC, Cardona Almeida A, Acosta Gómez Y, Valdés Mora M, Olano Rivera M. Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. Rev Cubana Med Gen Integr. 2012 [citado 17 Sep 2015]; 28(4): 735-46. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400016&lng=es

Recibido:

Aprobado:

Correspondencia

Aleida Santamarina Fernández. Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Granma "Celia Sánchez Manduley". Policlínico Docente "Bartolomé Masó Márquez". Granma, Cuba.