

CIÓN CONTINUADA sobre sexo y reproducción a lo largo de los períodos de estudios básicos y medios. Y finalmente el **Centro de Planificación Familiar** propiamente dicho, con los medios humanos (ginecólogo, asistente social, psicólogo, sexólogo, abogado, etcétera), y con los medios materiales suficientes, para continuar informando en general y para asesorar y tratar a cada pareja individualmente.

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER (D.P.C.).—En el apartado anterior nos encontrábamos con algo que «no existe» y que se demanda masivamente. En el apartado que nos ocupa ahora, que tampoco «existe» como tal en nuestra área, nos encontramos con el agravante de que no tiene demanda o de que ésta es muy escasa (3'13%). Todos nosotros sabemos que el cáncer se cura, y se cura en unos porcentajes distintos dependiendo de una serie de factores pronósticos que están más o menos bien establecidos para cada tumor. El factor más conocido y mejor estudiado, es sin lugar a dudas, el tamaño y la extensión tumoral, que se refleja en las clasificaciones como estadíos. Para un mismo tipo de tumor, el diagnóstico en un estadío (tamaño y diseminación) menor, tiene siempre unas mejores expectativas de supervivencia y de curación, que si se diagnostica en un estadío más avanzado. Teniendo en cuenta ésto, y la inevitable secuencia cronológica de los estadíos tumorales, se viene repitiendo desde hace muchos años ya que «**EL MEJOR TRATAMIENTO DEL CANCER ES SU DIAGNOSTICO MAS PRECOZ**». Lo decimos todos, especialistas, no especialistas, responsables de la salud mundial, responsables de la salud nacional, etcétera. Pero evidentemente no lo decimos todo lo que sería necesario, a tenor de la incidencia que nosotros encontramos en nuestra consulta. Creemos que son necesarios planteamientos nuevos que propaguen mejor la información y la acerquen a la población interesada, especialmente a los sectores rurales como el nuestro.

Para el D. P. C. del cáncer genital son imprescindibles la práctica sistemática de los estudios complementarios: La COLPOSCOPIA o visualización mediante una lente de aumento del cervix uterino y la CITOLOGIA (triple toma cervicovaginal y toma endometrial con cánula de Medhosa). No disponemos de colposcopio (aunque ha sido repetidamente solicitado en las necesidades de este servicio), así que nosotros basamos el D. P. C. en la citología. La lectura e interpretación de las citologías que nosotros tomamos corresponde a citólogos o anatomopatólogos. Los «nuestros» se encuentran en Sevilla en comisión de servicio por no tener medios en ninguna de las tres Residencias a las que deben atender para realizar su trabajo. Entre la distancia y el exceso de trabajo que tienen estos compañeros, los informes de las citologías se dan a los dos, tres y hasta cuatro meses de realizada la toma.

Hemos realizado 806 tomas citológicas desde el 15-2-82 hasta el 31-12-82.

Si como ya dijimos, hemos visto unas 2.000 mujeres durante todo el año 1982, podemos decir que aproximadamente al 45% de estas mujeres se les ha realizado un control del D. P. C., mínimo control, es verdad, pero la mayoría de ellos no lo solicitaban. Existe una correlación entre este 45% y las mujeres de más de 30 años (vercuadro de distribución por edades) a las que dirigimos más en especial, nuestro modesto y deficiente D. P. C.

V

ACTIVIDAD QUIRURGICA

1.º—**Actividad Quirúrgica Ambulatoria.**—En el cuadro III, se reflejan las intervenciones realizadas ambulatoriamente. Salvo las marsupializaciones de