

El tamizaje del cáncer cervicouterino en Brasil¹

Actualmente el panorama sanitario del Brasil se caracteriza por una mezcla de enfermedades crónicas y degenerativas propias de las sociedades desarrolladas, y de enfermedades nutricionales y transmisibles asociadas con el subdesarrollo. Entre las primeras se encuentran los cánceres de todo tipo, que invariablemente figuran entre las cuatro causas principales de muerte en el país (1). El cáncer de cuello de útero en particular es el más común en mujeres de países pobres, donde se producen 80% de los casos diagnosticados en el mundo entero (2), y constituye un problema de salud muy importante en Brasil (1).

El cáncer del cérvix uterino es prevenible, gracias a las pruebas de tamizaje citológico y a los tratamientos disponibles en la actualidad. Debido a la estrecha relación entre este trastorno y las prácticas sexuales (3, 4), es posible que los programas educativos sobre las enfermedades de transmisión sexual también ayuden a reducir la mortalidad por esta causa. La magnitud del problema en países en desarrollo obliga a tomar medidas de control. Son tres las posibilidades que se han propuesto: hacer la prueba de Papanicolaou a toda la población en riesgo; someter a colposcopia a todas las mujeres con pruebas citológicas anormales; y remitir a estas mujeres a centros de referencia para tomar biopsias de la lesión.

Situación actual en Brasil

En el cuadro 1 se presenta la distribución de carcinoma in situ y de cáncer invasor de cuello de útero en Brasil de 1976 a 1980, por grupos de edad. En 1993 se realizaron 146 308 pruebas de Papanicolaou y los resultados, en mujeres de todas las edades, mostraron la siguiente distribución: neoplasia intraepitelial grado I, 29%; neoplasia intraepitelial grado II, 17%; neoplasia intraepitelial grado III, 17%; carcinoma escamoso, 7%; y adenocarcinoma, 2%. De todos los cánceres en hombres y mujeres, el del cuello de útero ha venido ocupando desde 1976 el primer o segundo lugar entre los 10 cánceres primarios más comunes en Brasil, como indica la figura 1.

En Porto Alegre, ciudad del estado de Rio Grande do Sul, la incidencia de cáncer de cuello uterino fue de 23,7 por 100 000 mujeres en 1979 y 1982 y de 23,8 por 100 000 en 1990. La mortalidad asociada con la enfermedad en la ciudad y en el estado se presenta en el cuadro 2, por años seleccionados entre 1970 y 1992.

Obstáculos al establecimiento de un programa de tamizaje nacional

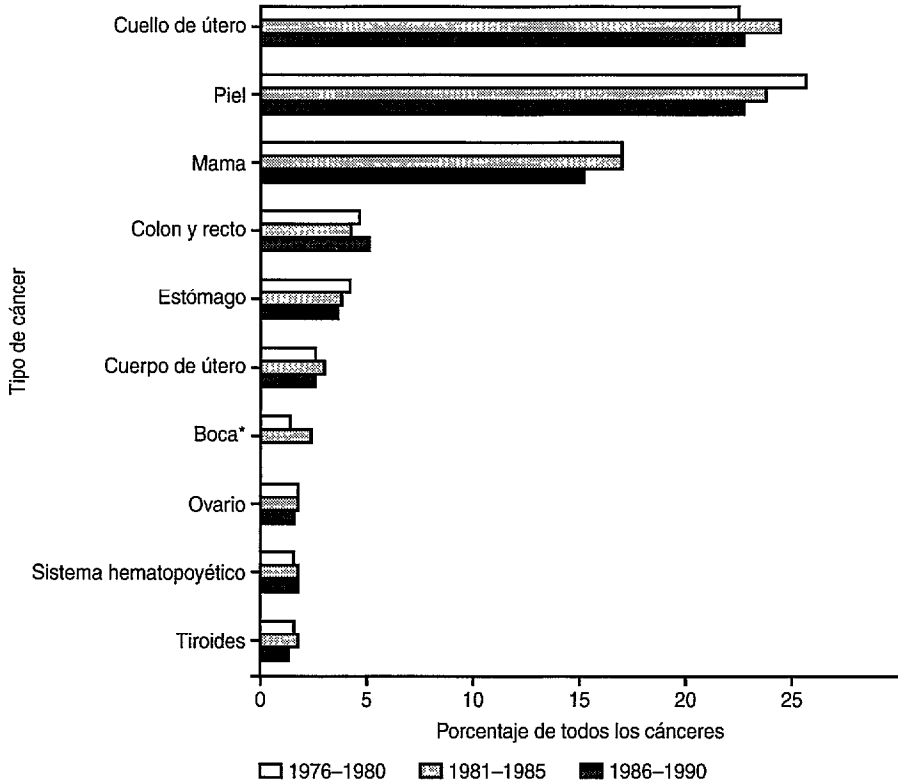
En Brasil, la confiabilidad de los registros de morbilidad y mortalidad varía de un lugar a otro y ello afecta directamente al análisis de los datos estadísticos (5). El subregistro, que es el fenómeno más común, interfiere con la efectividad de cualquier programa de tamizaje generalizado. Por otra parte, cada estado

¹ Extraído de un estudio efectuado por P. Naud en colaboración con M. Buseti, E. Becker, A. Camozzato, R. Siegler, J. Cavagnoli, E. Machado, G. Bender Lima y A. R. Timm, de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul y del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil.

CUADRO 1. Frecuencia de carcinoma in situ y de cáncer invasor del cuello de útero en Brasil, por grupos de edad. 1976 a 1980

Edad (en años)	Carcinoma in situ		Cáncer invasor		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-19	28	58,3	20	41,7	48	100
20-24	313	61,7	194	38,3	507	100
25-29	1025	56,1	802	43,9	1827	100
30-34	1531	46,9	1734	53,1	3265	100
35-39	1737	36,8	2977	63,2	4714	100
40-44	1634	30,5	3728	69,5	5362	100
45-49	1400	25,7	4037	74,3	5437	100
50-54	809	17,7	3756	82,3	4565	100
55-59	482	14,0	2955	86,0	3437	100
60-64	298	11,2	2369	88,8	2667	100
Total	9257	29,1	22572	70,9	31829	100

FIGURA 1. Distribución porcentual de los 10 cánceres primarios más comunes en hombres y mujeres. Brasil, 1976 a 1990



*No figuró entre los 10 cánceres más comunes en 1986-1990.

CUADRO 2. Mortalidad por cáncer del cuello de útero en la ciudad de Porto Alegre y en todo el estado de Rio Grande do Sul, Brasil, años seleccionados de 1970 a 1992

Año	Mortalidad (por 100 000 mujeres)	
	Porto Alegre	Rio Grande do Sul
1970	4,95	2,18
1980	7,23	4,41
1990	6,30	5,22
1991	5,64	5,82
1992	7,78	5,85

brasileño coordina sus propias actividades de salud pública y las grandes discrepancias que esto ocasiona dificultan enormemente el establecimiento de un programa de alcance nacional. En Rio Grande do Sul, la Secretaría de Salud es la encargada del programa de tamizaje, pero muchos exámenes se realizan en clínicas y hospitales privados. A este problema se suma la falta de estandarización de las pruebas. El estado posee su propio laboratorio, cuyas normas pueden diferir de las observadas por otros servicios públicos o privados.

Recomendaciones del Ministerio de Salud de Brasil

El Ministerio de Salud de Brasil recomienda que a partir de los 25 años, todas las mujeres sexualmente activas se sometan a un tamizaje citopatológico anual que deberá repetirse cada 3 años después de dos resultados negativos. Como consecuencia, sin embargo, de la alta prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, de la corta edad en que se suele iniciar el coito y del bajo nivel socioeconómico de la población, algunos expertos opinan que los programas de prevención deben dirigirse a las mujeres con vida sexual activa a partir de los 15 años de edad. Es necesario, en todo caso, realizar una cuidadosa evaluación del beneficio en función del costo antes de poner en práctica esta recomendación. Los autores del presente estudio proponen iniciar el tamizaje a partir de los 35 años de edad y, más tarde, extender la cobertura a las mujeres mayores de 24 años.

Requisitos para los programas de tamizaje

Al establecer un programa de tamizaje para el cáncer de cuello de útero, es preciso tener pruebas epidemiológicas de que este tipo de cáncer constituye un problema de salud pública. También hay que conocer las características éticas y conductuales de la población; definir los grupos destinatarios; establecer las condiciones en que se deben tomar, examinar e interpretar los frotis de Papanicolaou; poseer las condiciones y los recursos adecuados para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento; y disponer de un buen sistema de información.

Objetivos del tamizaje

Cualquier programa de tamizaje de cáncer de cuello uterino debe tener por objetivo general reducir la incidencia de la enfermedad y la mortalidad

que esta produce. También deberá tener los siguientes objetivos específicos: 1) estudiar a las mujeres en riesgo de cáncer cervicouterino; 2) idear estrategias para mantener una tasa de participación adecuada y garantizar el seguimiento; 3) determinar la prevalencia de lesiones premalignas en mujeres en alto riesgo; 4) tratar adecuadamente todas las lesiones que puedan convertirse en cáncer; 5) evaluar el impacto del programa en la morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino; 6) determinar la efectividad de un programa de tamizaje por inspección visual, comparándola con la del tamizaje citológico; 7) evaluar el efecto del programa de tamizaje en los costos hospitalarios asociados con el tratamiento del cáncer cervicouterino; 8) hacer recomendaciones para la política nacional de prevención basadas en los resultados de estudios piloto; 9) promover y difundir programas de detección oportuna en la población en general y también entre los profesionales de la salud (ginecólogos, médicos de familia y personal de enfermería) que trabajen con la población en riesgo.

Referencias

1. Brumini R, ed. *Cancer no Brasil: dados histopatológicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1982:480.
2. Muñoz N, Bosch FX. *Epidemiology of cervical cancer*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1989.
3. Clarke EA, Hatcher J, MacKeown-Eyssen GE, Lickrish GM. Cervical dysplasia: association with sexual behavior, smoking, and oral contraceptive use? *Am J Obstet Gynecol* 1985;151: 612–616.
4. Brinton LA, et al. Sexual and reproductive risk factors for invasive squamous cell cervical cancer. *J Natl Cancer Inst* 1987;79:23–30.
5. Brasil, Ministério da Saúde. *Cancer no Brasil: dos registros da base populacional*. Rio de Janeiro: MS; 1991.