

Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. 1997

Dres. Wilson Benia¹, Gabriela Tellechea²

Resumen

El cáncer de mama y de cuello uterino se ubican entre los primeros lugares como causa de muerte por tumores en la población del sexo femenino en nuestro país. El conocimiento de la distribución de los factores de riesgo para ambas enfermedades y la incorporación de intervenciones preventivas en la práctica del equipo de salud, son elemento clave para la disminución de los índices de morbimortalidad.

El presente estudio, de tipo descriptivo, se desarrolló en 1997 en tres policlínicas barriales del Cerro de Montevideo en el marco de la coordinación entre el Programa APEX de la Universidad de la República y la Intendencia Municipal de Montevideo. Estuvo a cargo de médicos integrantes de un equipo multidisciplinario con tareas docente-asistenciales e inserción estable en la zona; participaron estudiantes avanzados de medicina.

Los objetivos fueron conocer la distribución de los factores de riesgo, realizar estudios de detección de cáncer de mama y cuello uterino, y conocer los antecedentes de estudios de tamizaje y detección precoz de carcinoma cervicouterino en las usuarias de las policlínicas. Se aplicó una encuesta a 152 usuarias que concurrieron por primera vez a la consulta de ginecología. Las encuestadas fueron entrenadas en el autoexamen de mama y se les realizó el examen mamario y la toma de Papanicolaou, lo cual forma parte de la actividad asistencial habitual en las policlínicas.

La frecuencia de factores de riesgo para cáncer de mama fue menor a la reportada por el Programa Nacional de Cáncer de Mama (PRONACAM) a nivel nacional. Los factores más frecuentes fueron menarca precoz (12,5%) y antecedentes familiares (5,2%).

El 69% de las encuestadas presentó al menos un factor de riesgo para cáncer de cuello. Los más frecuentes fueron: compañeros sexuales múltiples (46,1%), tabaquismo (28,9%) e inicio precoz de las relaciones sexuales (21,1%).

El 40% de las mujeres nunca se había realizado un Papanicolaou. Entre las que tenían Papanicolaou anterior, la indicación fue realizada por ginecólogo en 92% de los casos, y por médico general solamente en 3,3% de las mujeres.

Se discuten estos resultados comparándolos con datos de nuestro medio y de otros países y analizando su importancia para los diferentes niveles de prevención.

Palabras clave: *Neoplasmas de la mama - prevención y control
Neoplasmas de cuello uterino - prevención y control
Factores de riesgo
Prevención primaria*

1. Médico. Magister en Epidemiología. Prof. Adjunto del Programa de Aprendizaje y Extensión (APEX) de la Universidad de la República. Asistente Dpto. Docencia en Comunidad. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

2. Médica. Ginecotocóloga. Prof. Adjunto del Programa de Aprendizaje y Extensión (APEX) de la Universidad de la República.

Institución responsable: Programa de Aprendizaje y Extensión (APEX-Cerro) de la Universidad de la República.

Correspondencia: Dr. Wilson Benia. Joaquín Requena 1090/603. Montevideo. E-mail: postmast@apexu.edu.uy

Recibido: 1/7/99.

Aceptado: 7/7/00.

Introducción

En nuestro país los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte. En la población femenina el cáncer de mama ocupa el primer lugar como causa de muerte por tumores. El cáncer de cuello que también se ubica en los primeros lugares, en una importante proporción afecta a mujeres jóvenes.

La prevención de ambos tumores puede desarrollarse en diferentes niveles. El nivel primario de abordaje se centra en la identificación y el control de los factores de riesgo; el nivel secundario, en la detección precoz y el tratamiento oportuno.

Los hallazgos epidemiológicos influyen fuertemente la práctica ginecológica; la observación e identificación de factores de riesgo se integran a la práctica permitiendo distribuir a los individuos en diferentes grupos de riesgo, lo cual determina estrategias de seguimiento diversas⁽¹⁾.

Es de gran valor que las mujeres incorporen prácticas preventivas como el autoexamen de mama y la realización periódica del Papanicolaou. Esto solo se logra mediante un proceso educativo que integre y articule la información brindada por el saber médico actual, con las creencias y comprensiones populares de la enfermedad, así como los temores y fantasías que el tema genera. Tanto médicos generales y ginecólogos como personal de enfermería, promotores comunitarios y otros agentes educativos, pueden jugar un papel muy importante en este sentido.

La población de los cinturones de pobreza de la periferia de la ciudad de Montevideo padece diversos niveles de marginación. Las mujeres en particular sufren una mayor postergación en función de componentes culturales y del rol asignado en el entorno familiar y comunitario. Aun así cumplen una función vertebral en el sostén de la dinámica familiar y del entramado social en la mayoría de las comunidades.

El cuidado y la promoción del bienestar y la salud de las mujeres, más allá de un derecho humano inalienable, se nos presenta como un eje fundamental cuando nos planteamos intervenciones de promoción de salud a nivel comunitario.

El presente estudio estuvo dirigido a las mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de la zona del Cerro de Montevideo y adyacencias.

Los servicios se enmarcan en el Programa Apex-Cerro de la Universidad de la República, un programa universitario multiprofesional e interdisciplinario de formación de profesionales de la salud.

Son atendidos por el equipo volante, un equipo de salud interdisciplinario (médico general, ginecóloga, pediatra, psicóloga, asistente social y médico epidemiólogo), con funciones docente-asistenciales en el marco del subprograma Practicante de Salud Familiar (PSF). El equi-

po volante surgió a partir de un convenio entre la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) y la Universidad de la República.

Las actividades desarrolladas se ubican entre los ejes prioritarios del Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM) de la IMM: maternidad elegida y oportuna, captación precoz y control del embarazo, y prevención de cáncer de mama y cuello uterino. Es un programa de la División Salud de la IMM, en coordinación con la Comisión de la Mujer de la comuna capitalina.

El objetivo general del presente estudio fue contribuir a la prevención del cáncer de mama y cuello uterino, mediante el conocimiento de aspectos del perfil epidemiológico de las usuarias de las policlínicas barriales.

Los objetivos específicos fueron:

1. Conocer la frecuencia y distribución de factores de riesgo para cáncer mamario y cervicouterino.
2. Entrenar a las mujeres en el autoexamen de mama.
3. Realizar el despistaje preclínico y clínico de cáncer de mama e implementar los estudios pertinentes en cada caso.
4. Realizar el despistaje clínico y citológico de cáncer de cuello e implementar los estudios pertinentes en cada caso.
5. Realizar el tratamiento de las enfermedades genitales encontradas.
6. Conocer la vinculación previa de las mujeres a programas de tamizaje y detección precoz de cáncer de cuello uterino.
7. Conocer la influencia de la consulta con médicos generales y ginecólogos en la realización del Papanicolaou (PAP).

Marco teórico

La consideración de datos epidemiológicos resulta fundamental para la prevención o el diagnóstico temprano, o ambos, de los cánceres de origen genital, ejerciendo una marcada influencia en la práctica ginecológica habitual⁽²⁾.

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más común en las mujeres de las sociedades occidentales. Las tasas de incidencia se han visto incrementadas en los últimos años, al tiempo que las tasas de mortalidad han permanecido relativamente constantes⁽¹⁻³⁾.

Uruguay presentó en el año 1991 una tasa de incidencia ajustada por edad de 112 por 100.000. En la ciudad de Montevideo la tasa ascendió a 139,5 por 100.000. Estos índices son superiores a los reportados en países de diferentes latitudes (tasas por 100.000 habitantes): Canadá, 71,1; Brasil (Porto Alegre), 78,5; Argentina (Concordia), 49,3; Argentina (Bahía Blanca), 93,7; Cuba, 35⁽⁴⁾.

En Uruguay se diagnostican aproximadamente 2.400 casos nuevos por año. Aproximadamente 600 mujeres

mueren por año en nuestro país por esta causa.

Las tasas de mortalidad por cáncer de mama, en el quinquenio 1989-1993, fue de 24,7 por 100.000 con 2.946 casos. En Montevideo la tasa fue de 28,1 por 100.000⁽⁵⁾. En 1995, Uruguay se ubicaba en el noveno lugar a nivel mundial con una tasa de mortalidad de 26,4 por 100.000⁽⁶⁾.

En cuanto a las edades su presentación coincide con la de los países desarrollados, con una curva bimodal que presenta un primer pico a los 45 años y el segundo entre los 60 y 65 años, en la etapa posmenopáusica. El segundo es el que alcanza mayores niveles de incidencia.

Con respecto al cáncer mamario resulta por el momento muy difícil su prevención primaria. La quimiopprofilaxis está aún en etapa de evaluación. Se debe apuntar a la corrección de los escasos factores de riesgo que son modificables⁽⁷⁾.

En la disminución de la mortalidad ha jugado un papel prioritario el aumento de la detección temprana, lo que requiere la participación del personal de salud que está a cargo de la atención de la salud de las mujeres^(1,2).

Clásicamente se ha afirmado que los mejores resultados se basan en la implementación de tres medidas: la enseñanza y práctica del autoexamen de mama, examen clínico médico de la mama y de las regiones ganglionares satélites, y el estudio radiológico de la mama. El *screening* mamográfico ha resultado muy eficiente, identificando tumores más pequeños y en estadios más tempranos.

Sin embargo, algunos autores plantean más recientemente que en las mujeres menores de 50 años, solo serían eficaces la combinación de la mamografía con el examen clínico de la mama. En el grupo mayor de 50 años, sólo la mamografía ha resultado eficaz⁽⁶⁾.

El carcinoma cervicouterino representa un grave problema de salud pública en numerosos países, entre ellos Uruguay.

A nivel nacional la tasa de mortalidad ajustada por edad, en el quinquenio 1989-1993 fue de 5,05 por 100.000 y en Montevideo de 4,3 por 100.000⁽⁵⁾.

La tasa de incidencia ajustada por edad para el año 1991 en todo el país fue de 32,8 por 100.000, y en Montevideo de 28,9 por 100.000. Estos índices son superiores a los de Israel (4,2), Canadá (10,2), Cuba (19,9) y algunas ciudades de Argentina (Bahía Blanca: 23,2). Algunos países latinoamericanos han presentado tasas de incidencia similares (Brasil: 31,2; Argentina, ciudad de Concordia: 31,1) o superiores: Perú (Trujillo: 54,6)⁽⁴⁾.

Estos tumores se caracterizan a nivel mundial por una fuerte variación geográfica, afectando mayoritariamente a mujeres de sector rural con bajo nivel socioeconómico.

Es ampliamente aceptado que el carcinoma de cuello invasor de tipo epidermoide (el más frecuente y que aparece más en edades más tempranas), constituye la etapa final de un espectro continuo de enfermedades intraepite-

liales que precede en años a la etapa final mencionada. La colpocitología oncológica o estudio de PAP es una técnica sensible y económica que detecta las lesiones precursoras, cuyo tratamiento oportuno genera un gran impacto sobre la morbilidad y mortalidad.

Tanto en países desarrollados como subdesarrollados, las mujeres de bajo nivel socioeconómico tienen mayor riesgo de cáncer cervical y, paradójicamente, son quienes menos participan en los programas de *screening*. Esta diferencia en la respuesta a los programas tiende a disminuir cuando se promueve la participación, cuando se remueven las barreras económicas y culturales, y cuando se ofrece un soporte social⁽⁸⁾.

La erradicación de las lesiones precursoras ha precedido a la disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cervical, en zonas donde el *screening* ha sido amplio y prolongado en el tiempo⁽²⁾.

Un estudio llevado a cabo entre 1991 y 1993, en el partido de La Matanza, cono urbano de Buenos Aires, con 779 mujeres de entre 20 y 69 años, sin síntomas ginecológicos, mostró que 13,2% de las encuestadas nunca se había realizado un Papanicolaou⁽⁹⁾.

En 1987, un estudio transversal realizado en el municipio de San Pablo con 967 mujeres de entre 15 y 59 años, mostró 30% de encuestadas que nunca se había realizado Papanicolaou en su vida⁽¹⁰⁾.

Un estudio hecho en Barcelona y publicado en 1997 sobre mujeres que habían migrado hacia esa ciudad, evidenció que 30% de las mismas nunca se habían realizado un test de Papanicolaou⁽¹¹⁾.

En Florida (Estados Unidos) durante 1994 fueron encuestadas 2.059 mujeres, revelando que 14,7% de las mujeres de habla hispana no habían participado anteriormente en programas de *screening* de cáncer de cuello con esta técnica⁽¹²⁾.

Material y método

Se estudió una muestra de conveniencia constituida por 152 pacientes, que incluyó a todas las mujeres que concurren por primera vez a la consulta ginecológica en las policlínicas Tito Borjas, La Capilla y Covicenova, entre el 18 de junio y el 19 de diciembre de 1997.

Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de los datos. Los referidos a cáncer de mama se consignaron en el formulario individual propuesto por el Programa Nacional de Cáncer de Mama (Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública [MSP]) (figura 1). Los datos vinculados a cáncer de cuello uterino se registraron en un formulario elaborado a tales efectos que incluye: datos identificatorios, antecedentes de realización de Papanicolaou, existencia de factores de riesgo, descripción clínica del cervix, clasificación de Papanicolaou.

ginales.

- Inicio precoz de las relaciones sexuales: primera relación sexual a los 15 años o antes.
- Compañeros sexuales múltiples: más de dos compañeros sexuales en los últimos tres años.
- Antecedentes de papiloma virus humano (HPV): constatación de infección por HPV previa a través de documentación de estudios citológicos o colposcópica, brindada por la paciente.

Los resultados obtenidos se compararon con los datos nacionales disponibles, y con datos de otros países cuando fue posible y conveniente.

Resultados

La procedencia de las mujeres estudiadas se distribuyó con una frecuencia similar en las tres policlínicas, predominando la policlínica Tito Borjas con 37,5% (tabla 1).

La distribución por edades (tabla 2) mostró 10,5% de adolescentes. Entre los 20 y los 39 años se ubicó 60% de las encuestadas. El período de la perimenopausia (40 a 49 años) concentró 23% y en la posmenopausia (definida

como mayores de 49 años a los efectos de una descripción aproximativa) se ubicó 6,6% de las usuarias.

Los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama que se identificaron con más frecuencia (tabla 3) fueron menarca precoz (12,5%) y antecedentes familiares de cáncer de mama (5,2%). El 78% de las mujeres estudiadas no estaban expuestas a ningún factor de riesgo.

Todas las pacientes fueron instruidas en el autoexamen de mama por los estudiantes y la ginecóloga, y realizaron un ensayo del mismo durante la consulta. Se suministró folletería ilustrativa.

En cuanto a la impresión clínica de las mamas al examen físico, se observó que era dudosa en 3,9% de los casos (tabla 4).

La conducta adoptada en 76,3% de las encuestadas fue la indicación del control periódico de mamas; en 19% de los casos se indicó mamografía (tabla 5).

En cuanto a la presencia de factores de riesgo para cáncer de cuello (tabla 6), eran fumadoras 28,9% de las mujeres y el antecedente de compañeros sexuales múltiples estuvo presente en 46%. La multiparidad se observó en 13,2% de las usuarias y antecedentes de HPV en 3,7%.

El 69% de las encuestadas presentó al menos un factor de riesgo para cáncer de cuello.

La descripción clínica del cervix uterino fue normal en 73,7% de las mujeres estudiadas; 17,8% presentó una lesión roja periorificial y la sospecha de lesión precursora de cáncer de cuello se consignó en 1,9% de los casos

Tabla 1. Distribución de las mujeres estudiadas según policlínica. Policlínicas equipo volante APEX-Cerro. Montevideo. 1997

<i>Policlínica</i>	<i>Frecuencia absoluta</i>	<i>%</i>
Covicenova	45	29,6
La Capilla	50	32,9
Tito Borjas	57	37,5
Totales	152	100,0
N = 152		
FRacum: frecuencia relativa acumulada. Edad promedio del primer PAP: 27,1 DS (desvío estándar) = 12		

Tabla 2. Distribución de las mujeres estudiadas por edad. Policlínicas equipo volante APEX-Cerro. Montevideo. 1997

<i>Grupo etario</i>	<i>N"</i>	<i>%</i>	<i>FR acumulada</i>
10-19	16	10,5	10,5
20-29	45	29,6	40,1
30-39	46	30,3	70,4
40-49	35	23,0	93,4
50-59	5	3,3	96,7
60-69	2	1,3	98,0
70 y más	3	2,0	100,0
Totales	152	100,0	
N = 152			

Tabla 3. Distribución de las mujeres según factor de riesgo presente para cáncer de mama. Policlínicas equipo volante APEX-Cerro. Montevideo. 1997

<i>Factor de riesgo</i>	<i>N"</i>	<i>%</i>
Menarca precoz	19	12,5
Nuliparidad o primigestación tardía	3	2,0
Antecedentes familiares	8	5,2
Mastopatía crónica	3	2,0
Obesidad androide	5	3,3
N = 152		

Tabla 4. Distribución de las mujeres según descripción clínica de la mama. Policlínicas equipo volante APEX-Cerro. Montevideo. 1997

<i>Descripción clínica</i>	<i>N"</i>	<i>%</i>
Normal	139	91,5
Dudoso	6	3,9
Sin consignar	7	4,6
Totales	152	100,0
N = 152		

Tabla 5. Distribución de las mujeres según conducta de prevención adoptada en relación a las mamas. Policlínicas equipo volante APEX-Cerro. Montevideo. 1997

Conducta adoptada	N°	%
Control periódico	116	76,3
Mamografía	29	19,1
Sin consignar	7	4,6
Totales	152	100,0
N = 152		

Tabla 6. Distribución de las mujeres según factor de riesgo presente para cáncer de cuello. Policlínicas equipo volante APEX-Cerro. Montevideo. 1997

Factor de riesgo	N°	%
Fumadora	44	28,9
Multiparidad	20	13,2
Compañeros sexuales múltiples	70	46,1
Inicio precoz de relaciones sexuales	32	21,1
Antecedentes de HPV	4	3,7
N = 152		

Tabla 7. Distribución de las mujeres según descripción clínica de cervix. Policlínicas equipo volante APEX-Cerro. Montevideo. 1997

Descripción clínica	N°	%
Sano	112	73,7
Lesión roja periorificial	27	17,8
Sospechoso	3	1,9
Otras	1	0,6
Sin consignar	9	6,0
Totales	152	100,0
N = 152		

Tabla 8. Distribución de las mujeres por antecedente de Papanicolaou anterior. Policlínicas equipo volante APEX-Cerro. Montevideo. 1997

Papanicolaou anterior	N°	%
S	91	59,9
No	61	40,1
Total	152	100,0
N = 152		

Tabla 9. Mujeres con factores de riesgo para cáncer de cuello por factor de riesgo presente según antecedente de Papanicolaou anterior. Policlínicas equipo volante APEX-Cerro. Montevideo. 1997

Papanicolaou anterior	Factor de riesgo identificado			
	Multiparidad		Compañeros sexuales múltiples	
	N°	%	N°	%
S	14	70	44	63
No	6	30	26	37
Total	20	100	70	100

(tabla 7). Ninguna paciente presentó lesiones en cuello pasibles de ser tipificadas macroscópicamente como altamente sugestivas de cáncer.

En cuanto al antecedente de realización de estudio de Papanicolaou, se destacó el hecho que en 40% de las mujeres nunca se había realizado el despistaje citológico de cáncer de cuello (tabla 8).

Se observó que entre las mujeres que estaban expuestas a los factores de riesgo de multiparidad y compañeros sexuales múltiples, el antecedente de Papanicolaou anterior fue dos veces más frecuente que entre las no expuestas (tabla 9).

Considerando la trascendencia que tiene el antece-

dente de realización de Papanicolaou, a continuación se presentan los resultados del análisis de diversas variables en los dos grupos por separado: con antecedente y sin antecedente de PAP anterior.

En relación a la edad de las mujeres que se había realizado por lo menos un PAP anteriormente, se observó una concentración entre los 30 y 49 años con 67% (tabla 10). Por debajo de los 29 años se ubicó en 24,2%.

En los casos en que las encuestadas presentaban el antecedente de PAP anterior, éste había sido indicado por ginecólogo en 92,3% de los casos. La indicación estuvo a cargo del médico general sólo en 3,3% (tabla 11).

Se observó que 78% de las mujeres que tenían PAP

Tabla 10. Distribución de las mujeres por antecedente de Papanicolaou (PAP) anterior según variables seleccionadas. Policlínicas equipo volante APEX-Cerro. Montevideo. 1997

Variables	Con antecedente PAP			Sin antecedente PAP		
	N ^o	%	FRA	N ^o	%	FRA
Edad						
10-19	1	1,1	1,1	15	24,6	24,6
20-29	21	23,1	24,2	24	39,3	63,9
30-39	33	36,3	60,4	13	21,3	85,2
40-49	28	30,8	91,2	7	11,6	96,7
50-59	4	4,4	95,6	1	1,6	98,4
60-69	2	2,2	97,8	0	0,0	98,4
70 y más	2	2,2	100,0	1	1,6	100,0
Totales	91	100,0		61	100,0	
<i>Factor de riesgo presente</i>			N ^o	%	N ^o	%
Fumadora			28	30,8	16	26,2
Multiparidad			14	15,4	6	9,8
Compañeros sexuales múltiples			44	48,3	26	42,6
Inicio precoz de relaciones sexuales			18	19,8	14	22,9
Antecedentes de HPV (papiloma virus humano)			4	4,4	-	-
<i>Descripción clínica del cuello</i>			N ^o	%	N ^o	%
Sano			68	74,7	44	72,2
Lesión roja periorificial			17	18,7	10	16,3
Sospechoso			1	1,1	2	3,3
Otras			1	1,1	-	-
Sin consignar			4	4,4	5	8,2
Totales			91	100,0	61	100,0

N = 152

Tabla 11. Mujeres con Papanicolaou anterior según técnico que indicó el estudio. Policlínicas equipo volante APEX-Cerro. Montevideo. 1997

Técnico	N ^o	%
Ginecologo	84	92,3
Médico general	3	3,3
Otro	3	3,3
Sin dato	1	1,1
Total	91	100,0

N = 91

anterior, se lo habían realizado antes de los 35 años (tabla 12). Antes de los 25 años sólo se lo había realizado 48,4% de las usuarias. La edad promedio de realización del PAP fue 27 años, con un desvío estándar de 10,1.

En cuanto a los factores de riesgo para cáncer de cuello, en el grupo de mujeres con PAP anterior se observó la presencia de los mismos en una mayor proporción que en

el total de la muestra. La excepción fue el inicio precoz de las relaciones sexuales que se presentó en 19,8 % (tabla 10).

En el mismo grupo el aspecto clínico del cervix era sano en 74,7% de las mujeres. Se constató lesión roja periorificial en 18,7%, y resultaron sospechosas 1,1% de las observaciones (tabla 10).

Las mujeres sin antecedente de Papanicolaou anterior, se ubicaron por debajo de los 29 años en 64% de los casos (tabla 10).

Las encuestadas de este grupo presentaron los factores de riesgo de cáncer de cuello en una proporción menor a la observada en el total de la muestra (tabla 10). El factor de riesgo más frecuente fue compañeros sexuales múltiples que alcanzó 42,6%.

La descripción clínica del cuello uterino se consignó como sano en 72,2% de los casos. El 3,3% impresionó como sospechoso de lesión precursora de cáncer de cuello. Se observó lesión roja periorificial en 16,6% de las mujeres de este grupo (tabla 10).

Tabla 12. Mujeres con Papanicolaou (PAP) anterior según edad del primer PAP. Policlínicas equipo volante APEX-Cerro. Montevideo. 1997

Edad	N°	%	FRAcum.
10-14	1	1,1	1,1
15-19	20	22,0	23,1
20-24	23	25,3	48,4
25-29	16	17,6	66,0
30-34	11	12,1	78,1
35-39	11	12,1	90,1
40-44	3	3,3	93,4
45-49	0	0,0	93,4
50-54	0	0,0	93,4
55-59	1	1,1	94,5
60-64	3	3,3	97,8
Sin consignar	2	2,2	100,0
Totales	91	100,0	

N = 91
FRAcum: frecuencia relativa acumulada. Edad promedio del primer PAP: 27,1 DS (desvío estándar) = 10,1

Discusión

El predominio de consultas en la policlínica Tito Borjas puede ser atribuido a una larga trayectoria del servicio en la zona, previo a la llegada del equipo volante. La demanda existió desde la primera consulta pues la población conocía la existencia del servicio y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el mismo. Esto nos sugiere la importancia de la estabilidad y la continuidad de los equipos de salud en las comunidades, para lograr una interrelación adecuada con la población que permita conocer y satisfacer sus necesidades.

El hecho que 70% de las consultas corresponda a mujeres adolescentes y en edad reproductiva, reafirma la importancia de contar con un ágil mecanismo para la reali-

zación de Papanicolaou y colposcopia.

Llama la atención la baja proporción de mujeres posmenopáusicas (7%). Esto resulta muy preocupante a la luz de la experiencia clínica que nos ha mostrado que las pocas mujeres de este grupo que consultan lo hacen para resolver alguna enfermedad, sin solicitar ningún control ginecológico de tipo preventivo. Ello hace necesario profundizar las actividades tendentes a sensibilizar y captar a las mujeres de este grupo. Sobre todo considerando que están inmersas en un entorno socioeconómico de pobreza e inseguridad por las necesidades básicas inmediatas. Una lectura desde la perspectiva de género sugiere una baja preocupación por el autocuidado, con un posible correlato de baja autoestima y de "vivir para los demás". Estos aspectos nos exigen un elevado nivel de comprensión de la realidad de las usuarias, para articularla con las prioridades identificadas desde el punto de vista médico.

Desde esta perspectiva también podemos analizar el elevado porcentaje de consultas de usuarias en edad reproductiva, que si bien comparten la realidad antes mencionada, se vinculan al servicio en función de la resolución efectiva de uno de los problemas inmediatos que tienen estas mujeres: la anticoncepción.

Si comparamos la presencia de los diferentes factores de riesgo para cáncer de mama en la muestra estudiada con la frecuencia identificada a nivel nacional por el Programa Nacional de Cáncer de Mama (PRONACAM)⁽¹⁴⁾ (tabla 13), se observa que los índices son menores en las mujeres incluidas en el presente estudio. Esto podría explicarse parcialmente por el hecho de que la población evaluada por el PRONACAM incluye solamente mujeres de 30 a 65 años, con una mediana de 52 años, mientras que la muestra estudiada incluye un rango de edades entre 14 y 70 años, con una mediana de 31 años. Son mujeres jóvenes nacidas de mujeres jóvenes que quizá no han alcanzado aún la edad de los picos de incidencia del cáncer de mama. Esto influye claramente en la baja frecuencia de antecedentes familiares, sobre todo de primer grado, que se ubicó en este grupo por debajo de la mitad de los índi-

Tabla 13. Frecuencia de factores de riesgo para cáncer de mama. Policlínicas APEX-Cerro 1997/PRONACAM 1997-1998

Factor de riesgo	Policlínica APEX-Cerro %	PRONACAM %
Antecedentes familiares de cáncer de mama	5,2	13,6
Menarca precoz - Menopausia tardía	12,5	33,1
Nuliparidad - Primoparición tardía	2,0	29,2
Mastopatías crónicas	2,0	16,6
Antecedentes personales de cáncer mama, ovario o endometrio	-	3,3
Obesidad androide	3,3	4,2

ces nacionales.

Llama la atención que la primoparición tardía y la nuliparidad solo aparecen en 2% de las mujeres, mientras que el PRONACAM tiene registrado 29,2%. Esto podría ser considerado como un marcador sociocultural de la población asistida. Es notoriamente conocido que la edad asignada para la reproducción es postergada en medios socioeconómicos medios y altos en pro de adquirir preparación formativa que permita el acceso a trabajos mejor remunerados y oportunidades sociales mejores⁽¹⁵⁾. Por el contrario, en medios socioeconómicos carenciados la maternidad representa una forma –en algunos casos la única– de búsqueda de realización personal y de marcar el pasaje a la vida adulta.

En cuanto al número de mamografías solicitadas, fue superior a la cantidad de pacientes con examen clínico mamario dudoso debido a que fueron solicitadas según las pautas con criterio preventivo: se solicitó mamografía de diagnóstico cuando había un examen clínico dudoso; se solicitó mamografía de *screening* a todas las mujeres de 40 años o más, que no tenían mamografías realizadas en el último año⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Las cifras de frecuencia de algunos factores de riesgo para cáncer de cuello en la población parecen elevadas, si bien no tenemos datos nacionales para comparar. El 46%, prácticamente la mitad de las mujeres estudiadas, presentaron compañeros sexuales múltiples, factor de riesgo vinculable al principal elemento carcinogénico: el papiloma virus humano (HPV).

En cuanto a la frecuencia de antecedentes de HPV (3,7%), debemos señalar que es un dato muy relativo dado que muchas de estas mujeres carecían de una valoración cervical previa citológica y colposcópica, que permitiera arribar a ese diagnóstico.

Se constata con preocupación que 40% de las mujeres encuestadas carecían de al menos un estudio previo de Papanicolaou. Debemos señalar que no contamos con cifras nacionales con las cuales comparar nuestros hallazgos. Sin embargo, la proporción de mujeres que nunca fueron estudiadas con la técnica de Papanicolaou fue superior a la encontrada en estudios de diferentes países, aun aquellos con un perfil socioeconómico y cultural similar al nuestro. Resultó tres veces mayor que en las mujeres estudiadas en el partido de La Matanza del conurbano bonaerense⁽⁹⁾ o las mujeres de habla hispana de Florida⁽¹²⁾, y 25% más elevado que en las mujeres de San Pablo o Barcelona^(10,11).

Estos resultados son aun más preocupantes si tomamos en cuenta otros datos:

- son mujeres jóvenes; 64% se ubicó por debajo de los 29 años;
- son mujeres expuestas a diversos factores de riesgo; recordemos, 42% de ellas con antecedentes de múlti-

ples compañeros sexuales y 23% con inicio precoz de relaciones sexuales;

- se constata que casi 10% de estas mujeres son multíparas que han tomado contacto con el sistema de salud en reiteradas oportunidades; esta falla del sistema admite diversas interpretaciones, desde cierta desaprensión de los técnicos por el tema, la carencia de un dispositivo institucional eficaz para sensibilizar e informar a las usuarias que se acercan a los servicios, hasta la imposibilidad de las mujeres de incorporar la información por tener su atención centrada en otras preocupaciones o las limitaciones burocráticas que encuentran al tratar de realizarse el estudio.

En esta misma línea debemos destacar que entre las mujeres que contaban con Papanicolaou anterior, éste había sido indicado por médico general sólo en 3,3%. Incluso teniendo presente la baja frecuencia de consulta de estas mujeres a este efector de salud, podría pensarse que es un recurso subutilizado a los efectos de la prevención en este tema.

Conclusiones

Las características de este trabajo determinan que las conclusiones se refieran exclusivamente a los individuos estudiados. Aun así, el presente estudio nos ha permitido aproximarnos a aspectos del perfil epidemiológico de la población asistida en nuestras policlínicas, que contribuyen a definir una práctica centrada en la prevención, reorientando esfuerzos y recursos.

Los factores de riesgo para cáncer de mama mostraron una frecuencia menor que la encontrada a nivel nacional por el PRONACAM; debe recordarse que son poblaciones diferentes, particularmente en su distribución etaria. Los más frecuentes fueron menarca precoz (12,5%) y antecedentes familiares de cáncer mamario (5,2%).

Los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino presentaron una elevada frecuencia. El 69% de las mujeres presentó por lo menos un factor de riesgo, destacándose la multiplicidad de compañeros sexuales (46%) e inicio precoz de las relaciones sexuales (21%).

El 3,9% presentó un examen mamario dudoso. Se indicó mamografía en 19% de las encuestadas según las pautas actuales.

El 1,9% de las encuestadas presentó un cervix con aspecto clínico sospechoso. En ningún caso recibimos informes de Papanicolaou sospechosos o altamente sugestivos de malignidad.

El 40% de las mujeres nunca se había realizado un Papanicolaou.

Las usuarias sin Papanicolaou anterior resultaron ser más jóvenes (64% menores de 30 años) respecto al grupo

con antecedente de PAP anterior. La distribución de la presencia de factores de riesgo para cáncer cervicouterino fue similar en ambos grupos; resultó destacable que 10% de la mujeres sin PAP anterior eran multíparas, lo que evidenció su contacto con el sistema de salud en reiteradas oportunidades.

Entre las que se habían efectuado el estudio de Papanicolaou, este había sido indicado por ginecólogo en 92% de los casos y por médico general en 3%.

La experiencia de realizar este estudio nos ha dejado enseñanzas múltiples:

- * Ejecutar proyectos de investigación en el primer nivel de asistencia resultó a la vez muy motivador y dificultoso, dadas algunas carencias de infraestructura.
- * Permitió revalorizar los registros de la práctica médica en orden a generar nuevos conocimientos.
- * Favoreció el conocimiento de la realidad de las mujeres que se acercan a los servicios, en lo que tiene que ver propiamente con los datos relevados, y con otros aspectos que se pudieron visualizar a partir de una reflexión de los mismos.
- * El conocimiento de la frecuencia de los factores de riesgo para los dos tipos de cáncer, nos señaló que en nuestras comunidades debemos aumentar aun más los esfuerzos en la prevención de cáncer de cuello uterino.
- * La baja captación de mujeres adultas nos indica también la prioridad de sensibilizar y trabajar con esta población sobre la importancia de los controles ginecológicos preventivos.
- * Se hace necesario estimular a los diferentes integrantes del equipo de salud, particularmente ginecólogos y médicos generales, para incorporar en forma sistemática los componentes e intervenciones preventivas en su práctica asistencial.
- * Se constató una vez más que conocer la realidad en la que se desarrolla la práctica es sustancial para definir las estrategias adecuadas para la prevención en sus diferentes niveles. Ello se presenta con particular claridad cuando del cáncer de cuello y el cáncer de mama se trata, pues allí está en juego la vida y la calidad de vida de nuestras pacientes.

Summary

Breast and uterine cervix cancers occupy the first places among death causes from neoplasm in Uruguayan female population. Diminution of morbimortality indices require knowledge of risk factors distribution for both pathologies as well as incorporating preventive interventions in health team practices.

This descriptive study was performed during 1997 in three health centers of the neighborhood Cerro de Montevideo as a result of a coordination program between the

APEX Program (Universidad de la República) and the central government of Montevideo (Intendencia Municipal de Montevideo). It was run by physicians members of a multidisciplinary team and advanced medical students participated as part of the program.

The objectives of the study were as follow: to determine distribution of risk factors, to perform studies for detection of both breast and uterine cervix neoplasms, and to establish history of screening and early detection of uterine cervix carcinoma in users of the centers.

A hundred and fifty two users who attend gynecologist office for the first time were surveyed. All of them received breast self-examination training and underwent routine breast examination and cervical Pap smear.

Frequency of risk factors for breast cancer was lower to national level data reported by the National Program of Breast Cancer (Programa Nacional de Cáncer de Mama - PRONACAM). Early menarche (12.5 percent) and family history (5.2 percent) were the most frequent risk factors.

Sixty nine percent of the women carried at least one risk factor for cervix cancer. The most frequent were: multiple sexual partners (46.1 percent), smoking (28.9 percent), and early first sexual relation (21.1 percent).

Forty nine percent of the patients had never had prior Pap smear. Among those who had had prior Pap smear, gynecologists recommended an additional Pap smear in 92 percent as compared to 3.3 percent recommended by general clinicians.

These findings are discussed and compared with data of our country and other countries analyzing their importance in prevention levels.

Résumé

Le cancer du sein et de col de l'utérus, se situent parmi les premières causes de mort pour des tumeurs dans la population de sexe féminin dans notre pays. La connaissance de la distributon des facteurs de risque pour les deux pathologies et l'incorporation des opérations préventives dans la pratique de l'équipe de santé sont un élément clé pour la diminution de morbidomortalité.

L'étude ci-dessus, de type descriptif, a été menée en 1997 dans trois policliniques de quartier du Cerro de Montevideo dans le cadre de la coordination entre le programme APEX de l'Uuniversité de la République et la Mairie de Montevideo. Elle a été à la charge de medecins qui font partie d'une equipe multidisciplinaire qui ont assurent des tâches d'enseignement, d'assistance médicale, et d'insertion dans cette zone. On a compté aussi sur la participation d'étudiants avancés en medecine.

Les objectifs poursuivis ont été de connaître la distribution des facteurs de risque, réaliser des études de dépistage de cancer du sein et du col de l'utérus, et

connaître les antécédents d'études de tamassage et détection précoce du carcinome cervicoutérin chez les usagères de ces polycliniques. L'enquête a été menée sur 152 usagères qui se rendaient en consultation gynécologique pour la première fois. Les enquêtées ont été entraînées à l'autoexamen de sein et on leur a effectué l'examen des seins et la prise de PAP, ce qui fait partie de l'activité assistantielle de routine dans les polycliniques.

La fréquence de facteurs de risque pour le cancer du sein a été mineure à celle rapportée par le Programme National du Cancer de Sein (PRONACAM) au niveau national. Les facteurs les plus fréquents ont été le début précoce des règles (12,5%) et des antécédents familiaux (5,2%).

69% des enquêtées a présenté au moins un facteur de risque pour le cancer du col. Les plus fréquents ont été: partenaires sexuels multiples (46,1%), tabagisme (28,9%) et le début précoce des rapports sexuels (21,1%).

40% des femmes n'avait jamais fait faire un Papanicolaou. Parmi celles qui avaient un Papanicolaou précédent, l'ordonnance avait été dressée par un gynécologue, dans 92% des cas, et par un médecin généraliste seulement dans 3,3% des cas.

Ces résultats sont discutés en les comparant à des données de notre milieu et d'autres pays, et, en analysant leur importance pour les différents niveaux de prévention.

Bibliografía

1. **Donegan W.** Cáncer of the Breast. Phyladelphia: W.B. Saunders, 1995: 116-41.
2. **Brinton L, Hoover R.** Epidemiology of gynecology cancer. In: Hoskins WJ., Perez C, Young RC. Principles and Practice of Gynecologic Oncology. Philadelphia: Lippincott, 1992: 3-26.
3. **Breeders MJ, Verbeck AL.** Breast Cancer Epidemiology and risk factors. QJ Nucl Med 1977; 41(3): 179-88. University of Nijmegen. The Neetherlands.
4. **De Stefan E, Ronco A, Vassallo JA, Barrios A.** Incidencia del Cáncer en el Uruguay. 1991. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, 1996: 132-5.
5. **Vassallo JA, Barrios E.** Atlas de Mortalidad por Cáncer en el Uruguay. Período 1989-1994. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, 1995: 244-50.
6. **Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.** Boletín (Montevideo) 1995; 2(2): 4-9 / 19-20.
7. **Mc Credie M, Hopper JL, Cawson JL.** Risk factors and preventive strategies for breast cancer. Med J Aust (Sydney) 1995; 163(8): 435-7 / 439-40.
8. **Segman N.** Socioeconomic status and cancer screening. Italy: IARC-Sci-Publ 1997; (138): 412 pp.
9. **Klimovsky E, Matos E.** El Uso de la prueba de Papanicolaou por una población de Buenos Aires. Bol Of Sanit Panam 1996; 121(6): 502-10.
10. **Murta C, Eluf-Neto J, Rego R.** Cobertura de test de Papanicolaou no municipio de Sao Paulo e características das mulheres que realizan o teste. Bol. Of Sanit Panam 1996; 121(6): 491-501.
11. **Sánchez V, Rohlfis I, Borrás JM, Borell C.** Cáncer Prevention and Control Unit. Catalán Institute of Oncology. (Spain). Eur J Cancer Prev 1997; 6(1): 31-7.
12. **Vincent AL, Greene JM, Hoercherl S, Mc Taugue D.** Women at risk: Papanicolaou smear screening in Florida. J Fla Med Assoc. 1997; 84(5): 302-7.
13. **Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer de Mama.** Información al cuerpo médico nacional. Montevideo: 1996: 3-6.
14. **Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer de Mama.** Evaluación de sus avances a los 7 años de desarrollo. Montevideo: MSP 1998: 33 pp.
15. **Ministerio de Educación y Cultura (Uruguay). Instituto Nacional de la Familia y de la Mujer.** Uruguay Adolescente. Maternidad Adolescente y reproducción intergeneracional de la pobreza. Montevideo: Trilce, 1995: 58-9.
16. **Kopans D.** The Breast Cancer Screening Controversy: Lessons to be Learned. J Surg Oncol 1998; 67: 143-50.
17. **National Cancer Institute.** Statement from the National Cancer Institute on the Nacional Cancer Advisory Board recommendations on mammography. Cancer Net Press release. March 27. 1997. <http://cancernet.nci.nih.gov/news/klausnerstm.htm>. (visto en abril de 2000).
18. **American Cancer Society.** American Cancer Society statement on mammography quidelines. <http://www.pslgroup.com/dg/196ba.htm>. (visto en abril de 2000).