

El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial

Cervical cancer: a global social problem

O câncer de colo do útero: um problema social mundial

Maria Angélica Arzuaga-Salazar, Maria de Lourdes de Souza, Vera Lucia de Azevedo Lima

Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el cáncer de cuello de útero como problema social.

Metodos: Estudio transversal con datos poblacionales, fundamentado en la epidemiología descriptiva. Los datos fueron recolectados en la base de datos Globocan-2008. En el análisis es aplicada la clasificación de desarrollo de los países, de la Organización de las Naciones Unidas, y los niveles de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino, de la Agencia *Internacional para la Investigación en Cáncer*.

Resultados: Para el año 2008 fue estimada la ocurrencia de 529.828 casos nuevos y 275.128 muertes en el mundo, de los cuales 85 % y 88 % respectivamente ocurrieron en países en desarrollo, en estos países la tasa de incidencia por CCU fue de 17,8 por 100.000 mujeres, la tasa de mortalidad fue de 9,8 por 100.000 mujeres y el riesgo de una mujer ser afectada por esa neoplasia antes de los 75 años es de 1,87 % y el de morir es de 1,10 %. En los países desarrollados, la tasa de incidencia por CCU es de 9,0 por 100.000 mujeres, la tasa de mortalidad es de 3,2 por 100.000 mujeres y el riesgo de una mujer ser afectada por esa neoplasia antes de los 75 años es de 0,85 %, y el de morir es de 0,33 %.

Conclusiones: El CCU es un problema social mundial, que afecta a las mujeres de los países en desarrollo como de los países desarrollados. Las proyecciones de la enfermedad en el período 2010 a 2030 revelan tendencia en el aumento de casos nuevos, siendo mayor el riesgo de enfermar por CCU en mujeres de países en desarrollo.

Palabras clave: Cáncer de cuello uterino; incidencia; mortalidad; desigualdades en la salud.

ABSTRACT

Objective: To analyze cervical cancer as a social problem.

Method: Cross sectional study with population data, based in descriptive epidemiology. Data were collected using the Globocan 2008 database. The United Nations classification of countries based on their level of development, the mortality rates due to cervical cancer from the *International agency for research on cancer* were applied to the analysis.

Results: In 2008 the cervical cancer incidence was calculated in 529.828 new cases and 275.128 deaths in the World, from which 85 % and 88 % were from developed and developing countries respectively. In the developing countries the incidence rate of CUC was 17.8 % per 100.000 women, the mortality rate was 9.8 % per 100.000 women, the risk for a women of being affected by the neoplasia before the age of 75 years old is 1.87 % and the risk of dying is 1.10 %. In developed countries the incidence rate of CUC was 9.0 per 100.000 women, the mortality rate was 3.2 % per 100.000 women and the risk for a women of being affected by the neoplasia before the age of 75 years old is 0.85 % and the risk of dying is 0.33 %.

Conclusion: CUC is a social problem Worldwide; it affects women from developing countries as well as women from developed countries. Disease projections for the period between 2010 and 2030 reveal a tendency of increasing the number of new cases, being the highest risk of falling ill with CUC for women from developing countries.

Key words: Uterine cervical neoplasms; incidence; mortality; health inequalities.

RESUMO

Objetivo: Analisar o câncer de colo de útero como problema social.

Metodologia: Estudo transversal com dados populacionais, fundamentado na epidemiologia descritiva. Os dados foram coletados na base de dados Globocan-2008. Na análise são aplicadas a classificação de desenvolvimento dos países, da Organização das Nações Unidas, e os níveis de incidência e mortalidade por câncer do colo uterino, da *International Agency for Research on Câncer*.

Resultados: Para o ano de 2008 foi estimada a ocorrência de 529.828 casos novos e 275.128 mortes no mundo dos quais 85 % e 88 % respectivamente nos países em desenvolvimento, nos quais a taxa de incidência por CCU é de 17,8 por 100.000 mulheres, a taxa de mortalidade é de 9,8 por 100.000 mulheres e o risco de uma mulher ser acometida por essa neoplasia antes dos 75 anos é de 1,87 %, e o de morrer é de 1,10 %. Nos países desenvolvidos, a taxa de incidência por CCU é de 9,0 por 100.000 mulheres, a taxa de mortalidade é de 3,2 por 100.000 mulheres e o risco de uma mulher ser acometida por essa neoplasia antes dos 75 anos é de 0,85 %, e o de morrer é de 0,33 %.

Conclusões: O CCU é um problema social mundial, que afeta as mulheres em países em desenvolvimento tanto quanto dos países desenvolvidos. As projeções da doença no período 2010 a 2030 revelam tendência de aumento de casos novos, sendo maior o risco de adoecer por CCU m mulheres de países em desenvolvimento.

Palavras chave: Câncer de colo do útero; incidência; mortalidade; desigualdades em saúde.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Cuello de Útero (CCU) constituye un problema social porque afecta la salud individual y colectiva en el contexto mundial. Es el segundo cáncer más común entre mujeres y corresponde al 10 % del total de nuevos casos de cáncer.¹ Esa neoplasia refleja las desigualdades entre países pobres y ricos y las diferencias de acceso a los servicios de salud.² En el contexto mundial, las tasas de incidencia y mortalidad por CCU son respectivamente de 15,2 y 7,8 por 100.000 mujeres.³

Las estadísticas publicadas sobre CCU muestran mayor proporción en mujeres originarias de grupos poblacionales pobres y con escolaridad mínima, residentes en países en desarrollo.^{2,3} Tales aspectos son factores de riesgo para esa neoplasia, bien como el inicio de la vida sexual y el primer parto antes de los 18 años.⁴ Además de eso, son también factores de riesgo: la utilización de anticonceptivos orales, la multiparidad, la baja ingestión de vitaminas y las coinfecciones por agentes infecciosos, como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) y Chlamydia Trachomatis.⁵ La infección por el Virus del Papiloma Humano (HPV) es considerada como desencadenadora o causa primaria en la génesis del CCU, pero no determina, por sí solo, el apareamiento de la enfermedad.^{5,6}

El CCU interfiere en las condiciones de salud y en la calidad de vida de las mujeres, porque las afecta en su totalidad, incluyendo sexualidad, trabajo y producción económica y cultural, comprometiendo inclusive las relaciones familiares y sociales.²

La manera como el CCU afecta las mujeres puede ser observada en las diferencias de las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad, así como en las oportunidades de tratamiento y sobrevivida para las mujeres con ese diagnóstico en las diferentes regiones. La Organización Mundial de Salud (OMS) reconoce que es necesario mejorar los programas de detección y tratamiento del CCU, sin los cuales podrán ocurrir, en las próximas dos décadas, 2.072.136 muertes por esa causa, siendo cerca de 80 % de ellas en regiones en desarrollo,³ de las cuales aproximadamente 70 mil muertes en América Latina e en las Islas del Caribe.² Considerando ese contexto, se desarrolló un estudio con el objetivo de analizar el cáncer de cuello de útero como problema social.

El CCU puede ser controlado si es detectado precozmente, porque las posibilidades de cura son directamente proporcionales a la precocidad del diagnóstico y el inicio del tratamiento. O sea, cuanto más precoz el diagnóstico, mayor las posibilidades de cura. Se estima que cerca del 90 % de las mujeres que viven en países en desarrollo nunca se han realizado un examen orientado a la detección precoz de CCU.⁷

El método epidemiológico instrumentaliza la mayoría de los estudios sobre el CCU, así como su análisis con el concepto de tríada epidemiológica, que incluye la magnitud, la transcendencia e la vulnerabilidad.⁸

La magnitud del CCU se refiere al alcance y a la población de mujeres afectadas por la enfermedad y es evaluada con las tasas de prevalencia e de incidencia.⁸

La trascendencia es entendida como el costo personal y social que la enfermedad impone a las personas, los agravios a las familias y el impacto que provoca en las sociedades.⁸

El tercer componente de la tríada epidemiológica es la vulnerabilidad y representa la posibilidad de controlar el CCU con inversiones y conocimientos específicos y con medidas apropiadas.⁸

El impacto del CCU en la población femenina es evaluado por medio de los indicadores específicos, principalmente la tasa de incidencia, de prevalencia y de mortalidad específica por edad, Además de otras variables sociales y demográficas definidas para el análisis.

La tasa de incidencia refleja el riesgo de enfermar en determinado período de una población específica, en cuanto la tasa de mortalidad refleja el riesgo de muerte en determinado período de una población específica (BRASIL, 2010).

Los programas de detección y control del CCU son fundamentados en la epidemiología y en las acciones de prevención propuestas,⁹ que incluyen tres niveles: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. La prevención primaria del cáncer se basa en el presupuesto de que la promoción de la salud puede reducir la exposición de la población a factores de riesgo del cáncer, con el objetivo de reducir la incidencia de la enfermedad.¹⁰ La prevención secundaria incluye un conjunto de acciones que promueven el diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento inmediato, aumentando la posibilidad de cura, mejorando la calidad de vida y la sobrevivencia y disminuyendo la mortalidad por cáncer. Y la prevención terciaria engloba las actividades para la rehabilitación e prevención de las complicaciones derivadas de la enfermedad. Mas el control del cáncer depende esencialmente de acciones en las áreas de la promoción de la salud, protección específica e del diagnóstico precoz de la enfermedad.¹¹

Por medio de los representantes de los países, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimulado el desarrollo de programas para detección y control del CCU. Durante la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, en el 2005, en la Resolución WHA58.22, sus miembros reconocieron que el CCU es un problema de salud pública, a pesar de ser uno de los cánceres con más posibilidades de detección precoz y cura. Además de eso, manifestaron que el control del CCU contribuirá para alcanzar objetivos y metas internacionales relacionadas con la salud reproductiva. La OMS incentiva también acciones prioritarias para reducir el número de casos de cáncer en cada país, como: la disponibilidad de recursos y la capacidad de los sistemas de salud para ejecutar programas de prevención, control y atención paliativa a las personas con cáncer, con participación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias, incluyendo representantes de los pacientes y sus familias. Recomienda además que el CCU sea uno de los temas prioritarios de investigación y que los países miembros aseguren su realización.¹²

MÉTODOS

Estudio transversal, con datos poblacionales recolectados en la base de datos Globocan-2008,³ fundamentados en la epidemiología descriptiva. Los datos se refieren al cáncer de cuello uterino como causa básica según la clasificación da 10ª Revisión da Clasificación Internacional de Enfermedades (CID 10). Los datos son presentados en Tasa de Incidencia ASR (W),¹ Tasa de Mortalidad ASR (W) por 100.000 mujeres y en porcentajes de riesgo acumulado de incidencia y mortalidad

antes de los 75 años por CCU. En el análisis son aplicadas las clasificaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de desarrollo de los países o regiones con base en proyecciones sociales y demográficas y los niveles de clasificación de las Tasas de Incidencia y de Mortalidad de la *International Agency for Research on Cancer* (IARC).^{3,13}

RESULTADOS

Para el año de 2008 fue estimada la ocurrencia de 529.828 casos nuevos y 275.128 muertes en el mundo de los cuales 85 % y 88 % respectivamente en los países en desarrollo,³ en los cuales la tasa de incidencia por CCU es de 17,8 por 100.000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 9,8 por 100.000 mujeres. El riesgo de una mujer sufrir esa neoplasia antes de los 75 años es de 1,87 %, y el de morir es de 1,10 %. En las regiones en desarrollo el CCU representa 13 % de todos los casos nuevos de cáncer de causa ginecológica, aproximadamente 17,54 % de todos los casos nuevos de cáncer en mujeres y en torno de 11,4 % de muertes de mujeres asociadas al cáncer.²

En los países desarrollados, la tasa de incidencia por CCU es de 9,0 por 100.000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 3,2 por 100.000 mujeres. El riesgo de una mujer sufrir la neoplasia antes de los 75 años es de 0,85 %, y el de morir es de 0,33 %. En las regiones desarrolladas el CCU representa aproximadamente 2,22 % de todos los casos nuevos en mujeres y en torno de 2,7 % de muertes de mujeres asociadas al cáncer.

En la tabla 1 pueden ser observadas las regiones con tasas de incidencia por 100.000 mujeres. Las más elevadas son: la de África Oriental, con 34,5; la del Oeste de África, con 33,7; y del África Subsahariana, con 31,7. En esas regiones, los países con tasas más elevadas fueron Guinea, con 56,3; Zambia, con 52,8 y Comoras, con 51,7.

Tabla 1. Tasas de Incidencia y Mortalidad ASR (W) por Regiones

Variables	Tasa de Incidencia ASR (W)	Tasa de Mortalidad ASR (W)
≥ 29,8	África Oriental (34,5): Zambia (52,8), Yibuti (12,7). Oeste de África (33,7): Guinea (56,3), Níger (15,6). África Subsahariana (31,7).	África Oriental (25,3): Comoras (39,1), Reunión (Francia) (6,3). África Subsahariana (22,5).
20,3 a 29,7	Sudeste da África (26,8): Suazilandia (50,0), Namibia (15,8). América Latina y Caribe (23,5). África Central (23,0): Angola (30,0), República da África Central (19,4). Centro Sur Asiático (24,6): Nepal (32,4), República Islámica de Irán (2,2). América do Sul (24,1): Bolivia (36,4), Chile (14,4). Melanesia (23,7): Fiyi (31,4), Nova Caledonia (16,7). América Central (22,2): Nicaragua (39,9), Costa Rica (17,5). Islas del Caribe (20,8): Jamaica (45,7), Puerto Rico (7,5).	Oeste de África (24,0): Guinea (41,7), Nigeria (12,0).

<p>12,9 a 20,2</p>	<p>Sudeste Asiático (15,8): Camboya (27,4), Singapur (6,8). Centro Oriente Europeo (14,5): Romania (23,9), Polonia (12,3). Micronesia y Polinesia (13,4).</p>	<p>África Central (17,0): Angola (21,9), República da África Central (14,1). Melanesia (16,6): Fiyi (17,9), Nueva Caledonia (7,7). Sudeste de África (14,8): Suazilandia (31,4), Namibia (8,9). Centro Sur Asiático (14,1): Bangladesh (17,9), República Islámica del Irán (1,1).</p>
<p>12,8-7</p>	<p>Oriente Asiático (9,6): Mongolia (28,4), República Democrática de Corea (6,6). Unión Europea (EU-27) (9,0): Norte Europeo (8,3): Finlandia (3,7), Lituania (21,0). Sudeste Europeo (8,0): Macedonia (22,0) Grecia (3,8). Oceanía (8,0).</p>	<p>América Central (11,1): Nicaragua (20,6), Costa Rica (6,7). América Latina e Caribe (10,8). América do Sul (10,8): Guyana (20,5), Chile (6,6). Islas del Caribe (9,4): Jamaica (20,2), Porto Rico (2,8). Sudeste Asiático (8,3): Camboya (16,2), Singapur (3,5).</p>
<p>< 7,0</p>	<p>Norte de África (6,6): Oeste Sahariano (28,4), Egipto (1,6). Oeste Europeo (6,9): Bélgica (9,4), Suiza (4,0). América do Norte (5,7): Estados Unidos (5,7), Canadá (6,6). Australia e Nueva Zelandia (5,0): Nova Zelandia (5,5), Australia (4,9). Oeste Asiático (4,5): Armenia (17,3), Palestina y Gaza (0,4).</p>	<p>Centro Oriente Europeo (6,3): Rumania (11,8), República Checa (4,2). Micronesia e Polinesia (4,9). Norte de África (4,0): Oeste Sahariano (19,8), Egipto (1,0). Oriente Asiático (3,9): Mongolia (10,3), Japón (2,6). Unión Europea (3,0). Norte Europeo (2,4): Finlandia (0,9), Letonia (7,2). Sudeste Europeo (2,5): Macedonia (9,9), Grecia e Italia (1,5). Oeste Asiático (2,1): Armenia (8,7), Catar (0,3), Palestina y Gaza (0,3). Oeste Europeo (2,0): Bélgica (2,7), Suiza (0,9). Oceanía (3,6). Australia y Nueva Zelandia (1,4): Nueva Zelandia (1,6), Australia (1,4).</p>

Fuente: Globocan 20083.

También pueden ser observadas las regiones con las tasas de incidencia más bajas: la del Oeste Europeo, con 6,9; Norte de África, con 6,6; América del Norte, con 5,7; Australia y Nueva Zelandia, con 5,0; y Oeste Asiático, con 4,5. En esas, los países con tasas inferiores a 7,0 son: Estados Unidos (5,7), Suiza (4,0), Arabia Saudita (2,1), Siria (2,0), Egipto (1,6), y Palestina y Gaza (0,4). Eses datos son detallados

en la tabla 1, que muestra las tasas de incidencia y mortalidad por regiones y países, con sus valores máximos y mínimos.

Las regiones con tasas de mortalidad por 100.000 mujeres más elevadas son las de África Oriental (25,3), del Oeste de África y África Subsahariana (22,5). En estas, los países con tasas más elevadas son Comoras (39,1) y Guinea (41,7).

Las tasas de mortalidad más bajas fueron encontradas en las regiones de Europa Central (6,3), Micronesia y Polinesia (4,9), Norte de África (4,0), Oriente Asiático (3,9), Unión Europea (3,0), Norte Europeo (2,4), Sudeste Europeo (2,5), Oeste Asiático (2,1), Oeste Europeo (2,0), Oceanía (3,6) y Australia y Nueva Zelandia (1,4). Los países con tasas inferiores a 7,0 son Japón (2,6), Palestina y Gaza (0,3), Catar (0,3), Grecia e Italia (1,5), Suiza y Finlandia (0,9), Australia (1,4) e Egipto (1,0).

En los datos presentados en la tabla 1 también pueden ser observadas las diferencias interregionales e intrarregionales, tanto en las tasas de incidencia como en las tasas de mortalidad.

En la tabla 2 son presentadas las estimativas del aumento del número de casos nuevos y muertes por CCU para los años 2010, 2015, 2020, 2025 y 2030. También es registrada la letalidad, o sea, la proporción de mujeres que pierden la vida como consecuencia del CCU con base en el número de casos nuevos y muertes estimados para los años ya mencionados. La proporción de mujeres que pueden morir fue calculada considerando los datos de todas las mujeres y de las regiones específicas, en estimativas proyectadas por investigadores de la IARC en Globocan-2008.³

Tabla 2. Estimativas de incidencia y mortalidad en números de casos y porcentaje de riesgo de muerte en las mujeres en el contexto mundial, 2008 a 2030

Variables	2010	2015	2020	2025	2030
Número de casos nuevos en el mundo	552710	609659	664649	720060	776032
Número de muertes en el mundo	288234	322403	358011	395095	433265
Riesgo de muerte para mujeres por CCU en el mundo	52 %	52 %	53%	59 %	55 %
Número de casos nuevos en Zambia y Yibuti (África Oriental)	1950	2173	2465	2783	3183
Número de muertes en Zambia y Yibuti (África Oriental)	1354	1513	1704	1908	2164
Riesgo de muerte para mujeres por CCU en Zambia y Yibuti (África Oriental)	69 %	69 %	69 %	70 %	68 %
Número de casos nuevos en Canadá y Estados Unidos, de América del Norte	13343	12743	13948	14588	15206
Número de muertes en Canadá y Estados Unidos, de América del Norte	4538	4847	5169	5515	5862
Riesgo de muertes para mujeres por CCU en Canadá y en Estados Unidos, de América del Norte	34 %	30 %	37 %	37 %	38 %

Fuente: Globocan 2008.³

Los datos de la tabla 2 sobre las proyecciones del CCU en el período 2010 a 2030 revelan tendencia de aumento de casos nuevos y que el riesgo de morir por CCU en el mundo, en los años mencionados, será superior a 50 %. La tendencia es que el riesgo permanezca diferente entre las regiones, con África con casi el doble (70 %) de los casos cuando comparado con el número de casos proyectados para América del Norte (38 %).

DISCUSIÓN

El CCU causa mayor impacto en la vida de las mujeres que viven en países en desarrollo que en aquellas regiones que disponen de mayores recursos. Además de eso, existen diferencias al interior de los países.¹⁴ El África y parte de Asia son los continentes que registran Tasas de Incidencia y Mortalidad superiores a 14, aunque en su contexto existan países como Egipto, Sudan y Túnez que presentan tasas de incidencia entre 1,6 y 7,0 y tasas de mortalidad entre 1,0 y 4,9; en el Oeste Asiático países como Irak, Jordania, Kuwait, Turquía, Yemen, Líbano, Arabia Saudita y los Emiratos Árabes presentan tasas de incidencia entre 2,0 y 7,4 y tasas de mortalidad entre 0,2 y 2,7. Hay autores que buscan explicar esas diferencias y atribuyen importancia al hecho de esos países compartir aspectos culturales y religiosos que podrían determinar el nivel de esas tasas, particularmente cuando comparados con otros países desarrollados y en desarrollo, inclusive con localización geográfica próxima.¹⁵

En ese mismo año la tasa de incidencia en el mundo fue de 15,3 por 100.000 mujeres, y la tasa de mortalidad fue de 7,8 por 100.000 mujeres. El riesgo de la enfermedad antes de los 75 años fue de 1,57 %, y el riesgo de morir de 0,87 %.³

Las tasas de incidencia y mortalidad por CCU reflejan las condiciones desiguales en las cuales viven las mujeres de regiones desarrolladas y en desarrollo.¹⁶ La proporción de mujeres mayores de 50 años a mediados de 2010 fue aproximadamente 21,8 % del total de mujeres, y la tendencia es aumentar hasta el año de 2050, pero eso puede ser alterado en razón de que el CCU puede ser diagnosticado con mayor frecuencia a partir de los 30 años de edad.^{5,13,17}

Diferencias entre condiciones sociales, trabajo, educación, nutrición y de acceso a los servicios de salud se presentan entre países desarrollados y en desarrollo y constituyen en desafío para todas las sociedades. Las mujeres de las regiones en desarrollo representan dos tercios de los 774 millones de analfabetos adultos del mundo, habitan viviendas en peores condiciones de infraestructura y ganan menos, caracterizando situación socioeconómica inferior. La participación femenina en el mercado de trabajo en el año de 2010 fue calculada en 52 %, siendo que en regiones en desarrollo los niveles bajan a 30 %; las mujeres poseen empleos vulnerables y/o son trabajadoras por cuenta propia.¹⁸ Eso constituye un desafío para la prestación de servicios de salud, y entre los objetivos del milenio el acceso a los servicios de salud se constituye en estrategia fundamental para conseguirlos.

Estudios han encontrado mayor proporción de lesiones de cuello uterino en mujeres con menor nivel educacional que en aquellas con niveles educacionales más elevados y también en mujeres multíparas.^{17,19} Además de eso, estudios apuntan que las mujeres adolescentes entran en contacto con el PVH cuando inician su actividad sexual, sufriendo infección primaria, la cual puede desaparecer o evolucionar para CCU.⁶

La detección precoz y el control del CCU dependen de un conjunto de estrategias que no son exclusivas del sector de la Salud, envolviendo distintos sectores de la sociedad, con acciones orientadas para la prevención primaria, fundamentadas en la idea de que la promoción de la salud puede reducir la exposición de la población a factores de riesgo para CCU, principalmente al PVH, y así reducir la incidencia y la mortalidad por la enfermedad.²⁰ La prevención secundaria y terciaria demanda el fortalecimiento de los servicios de salud para diagnosticar precozmente e iniciar lo más rápido el tratamiento y la rehabilitación de la mujer, sin olvidar el grupo familiar, pues el sufrimiento de la enfermedad no se restringe a la persona que recibe el diagnóstico, extendiéndose también a sus familiares.²¹

Los esfuerzos para la detección precoz y el control del CCU precisan continuidad para asegurar la reducción de la incidencia del CCU, siguiendo el ejemplo de países como Canadá, Estados Unidos, Australia, Finlandia, Francia, Suiza, Dinamarca, Irlanda y Holanda, los cuales redujeron sus tasas de incidencia y mortalidad en más de 50 % con programas de búsqueda de la enfermedad en las décadas de 1960 y 1970,²² esas actividades fueron desarrolladas con la participación efectiva de la Enfermería.

Las estrategias de detección precoz de la enfermedad necesitan ser fortalecidas, desarrollando acciones de prevención primaria del CCU vinculadas a las de promoción de salud como componente de programas de desarrollo social y humano. Estos, por su vez, podrán contribuir para reducir la exposición de la población a factores de riesgo para el cáncer, reduciendo el diagnóstico de nuevos casos y evitando la muerte de millares de mujeres.

Las tasas de incidencia y mortalidad por CCU reflejan la calidad de los servicios de salud, y las diferencias de los niveles de las tasas entre los diversos países reflejan sus desigualdades sociales y sus diferencias. Por lo tanto, mejorar las condiciones sociales y de salud de las mujeres demanda estrategias que promuevan el desarrollo social y humano, mejorando las condiciones de vida de las personas y de las comunidades. Además de eso, es necesario expandir las actividades de la enfermería para detectar precozmente el cáncer con la debida ampliación del acceso a los servicios de salud.

La disminución de las desigualdades sociales llevará a la reducción de las tasas de incidencia y mortalidad por CCU y a la calidad de vida y desarrollo humano de las mujeres del mundo en general.

Como conclusiones de este estudio afirmamos que el CCU es un problema social mundial, que afecta a las mujeres en países en desarrollo como a las mujeres de los países desarrollados. Además las proyecciones de la enfermedad en el período 2010 a 2030 revelan tendencia al aumento de casos nuevos, siendo mayor el riesgo de enfermar por CCU en países en desarrollo, en los cuales el número de casos será casi el doble de los casos registrados en los países desarrollados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orbell S, Hagger M, Brown V, Tidy J. Comparing two theories of health behavior: a prospective study of noncompletion of treatment following cervical cancer screening. *Health Psychol.* 2006 Sep;25(5):604-15.
2. Organización Mundial de la Salud. Mejor detección, tratamiento y vacunas asequibles para prevenir muertes por cáncer cervicouterino. *Temas de salud* 2009 [Internet]; 2009 [21 de Octubre de 2009]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=142&Itemid=259&lang=es

3. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Globocan 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase n. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2010 [Internet]; 2010 [29 de outubro de 2010]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>
4. [acesso 10 de novembro de 2009]. Artigo de revista em Internet. Zeferino LC. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet] 2008 [10 de novembro de 2009];30(5):213-215. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000500001&lng=en.
5. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. [site na internet]. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil [Internet] 2009 [10 de fevereiro de 2010]. Rio de Janeiro: MS; 2009. Disponível em: <http://www1.estado.com.br/redac/manual.html>
6. Artigo de revista em Internet. Reina JC, Muñoz N, Sánchez GI. El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano. Colombia Medica [periódico na Internet]. 2008. [18 de janeiro de 2010];39(2):196-204. Disponível em: <http://find.galegroup.com/qtx/start.do?prodId=AONE>
7. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. [10 de setembro de 2009]. Suíça: Organización Mundial de la Salud; 2007. 280 p. Disponível em: http://www.rho.org/files/WHO_CC_control_spanish_2007.pdf
8. Goncalves A. Problema de Saúde Pública: caracterizando e avaliando aplicações. Rev. bras. epidemiol. 2006;9(2):253-55.
9. Leavell HR, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976. p. 744.
10. United Nations Population Fund. Prevención del cáncer cervical: Oportunidades sin precedentes para mejorar la salud de las mujeres. Outlook. [Internet] 2007. [19 de outubro de 2009];23(1). Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300003&lng=es&nrm=iso
11. Ministério de Saúde (BR). [site na internet]. Ações de enfermagem para o controle do câncer [acesso em 11 nove 2007]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap1.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Prevención y control del cáncer [15 de março de 2010]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_22-sp.pdf
13. United Nations [Internet]. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision [9 de novembro de 2009]. Disponível em: <http://esa.un.org/unpp>.
14. World Health Organization. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. Geneva: World Health Organization; 2009. p. 45-47.
15. Drain PK, Halperin DT, Hughes JP, Klausner JD, Bailey RC. Male circumcision, religion, and infectious diseases: an ecologic analysis of 118 developing countries. BMC Infect. [Internet]. 2006 [10 de novembro de 2010]. 30 Suppl 6:172. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1764746/?tool=pubmed>

16. United Nations [Internet]. Department of Economic and Social Affairs. The World's Women 2010: Trends and Statistics. New York. 2010. [9 de novembro de 2009]. Disponível em:
http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/Worldswomen/WW_full%20report_color.pdf
17. Sankaranarayanan R, Esmey PO, Rajkumar R, Muwonge R, Swaminathan R, Shanthakumari S et al. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. The Lancet. [Internet]. 2007. [10 de novembro de 2010]. 370 (9585):398-406. Disponível em:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673607611957>
18. United Nations [site na Internet]. Naciones, U. Objetivos de desarrollo del milenio: informe 2010. N. Unidas. Nueva York 2010. [9 de novembro de 2009]. Disponível em:
http://www.un.org/es/comun/docs/?path=/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf
19. Mendonca VG, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC, Guimarães MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2008. [29 de outubro de 2010]. 30(5). Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000500007&lng=en&nrm=iso.
20. Palayekar MJ, Herzog TJ. Knowledge of Pap screening and human papillomavirus among women attending clinics in Medellín, Colombia. International Journal of Gynecological Cancer. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 4 nov 2010]18(5):879-890. Disponível em:
<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a22.pdf>
21. Barreto T, Amorim RC. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. Rev. Enferm. UERJ. [Internet]. 2010 [4 de novembro de 2010];18(3):462;7. Disponível em:
<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a22.pdf>.
22. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005;55:74-108.

Recibido: 14 de octubre de 2011.

Aprobado: 16 de diciembre de 2011.

Maria Angélica Arzuaga-Salazar. Universidade Federal de Santa Catarina PEN/UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
E-mail: marzuaga@tone.udea.edu.co