

# Perfil epidemiológico y control del cáncer en Venezuela

Dr. Luis G. Capote Negrín

e-mail: caponegrin@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye en Venezuela una de las más frecuentes causas de enfermedad o muerte. En el año 2009, último del que se dispone de información oficial, ocupa la segunda posición en la mortalidad general, con 20 288 defunciones, alcanzando el 15,5 % del total de causas, y la información del Registro Central de Cáncer estima que ocurrieron 36 387 casos nuevos (excluyendo los carcinomas basocelulares y espinocelulares de piel) para este mismo año.

Una de cada cuatro personas, si alcanza la edad de 74 años, será afectada por alguna de sus variedades y una de cada siete tiene el riesgo de fallecer por alguna de las localizaciones de cáncer.

El término genérico de cáncer agrupa más de un centenar de enfermedades cuya denominación científico-médica es la de neoplasias malignas, incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades dentro de los códigos comprendidos entre C00 y C97.

Las diversas variedades o localizaciones en que se presenta el cáncer revisten una gran complejidad, tanto por las implicaciones en tecnología de diagnóstico y tratamiento, como en el aspecto psicosocial, emocional y por la carga económica que representan; no obstante, el cáncer es dentro de las enfermedades crónicas, la que tiene un mejor pronóstico, ya que al menos, la mitad de las personas que la padecen logran curarse si reciben el manejo apropiado.

No todas las localizaciones de cáncer ocurren con la misma frecuencia, algunas son muy comunes y otras bastante raras; presentan además variaciones por género y edad, siendo notablemente diferentes

los cánceres de niños, adultos jóvenes o personas de tercera edad.

## METODOLOGÍA

En este trabajo se presenta en una primera parte, en forma descriptiva con el apoyo de cuadros y figuras, el perfil epidemiológico del cáncer en Venezuela usando y procesando la información estadística de los Anuarios de Mortalidad del Ministerio del Poder Popular de Salud en lo relativo a la mortalidad y las estadísticas de morbilidad obtenidas a través del Registro Central de Cáncer del Programa del Control de Cáncer del MPPS.

La segunda parte describe los aspectos normativos del Programa del Control de Cáncer del MPPS.

## ASPECTOS DESCRIPTIVOS Y ANALÍTICOS DEL CÁNCER EN VENEZUELA

El perfil epidemiológico del cáncer debe ser expuesto tomando en consideración tres variables: en primer lugar, el comportamiento de la enfermedad en sus diversas variedades en la persona enferma; en un segundo aspecto, debe evaluar el comportamiento de la enfermedad en el tiempo y finalmente, el comportamiento de las localizaciones del cáncer en el ámbito geográfico.

A continuación se caracteriza la variable persona, así en el Cuadro 1 se muestran las cinco primeras causas generales de mortalidad en Venezuela para el año 2009 (último año con Anuario de Mortalidad publicado) y tal como viene ocurriendo en los últimos

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CONTROL DEL CÁNCER

veinticinco años, el cáncer ocupa la segunda posición, precedido por las enfermedades cardiovasculares.

En el Cuadro 2 se presenta en ambos géneros para el año 2009, la incidencia o morbilidad por cáncer, que corresponde a la estimación de los casos diagnosticados en un año (excluyendo cáncer de piel, que aunque es el más frecuente, presenta muchas

dificultades de registro). Podemos observar que las cuatro primeras posiciones corresponden a cáncer de próstata, glándula mamaria, pulmón y cuello uterino, dos de estas localizaciones exclusivamente ligadas a un género, y casi en 99 % de mujeres la segunda, alcanzando en conjunto el 45,6 % de los diagnósticos de cáncer.

Cuadro 1  
Cinco primeras causas de mortalidad en Venezuela  
Ambos géneros 2009

Causas de muerte	Nº muertes	Porcentaje
1 Enfermedades del corazón. (I05-I09, I11, I13, I21-I51)	27 352	20,30 %
2 Cáncer. (C00-C97)	20 288	15,06%
3 Suicidios, homic. y ot. muertes violentas (X60-Y09). (Y10-Y34, Y35-Y36)	19 133	14,20 %
4 Accidentes de todo tipo. (V01-X59).	10 146	7,53%
5 Enfermedades cerebrovasculares. (I60-I69)	10 034	7,45%
Otras causas. (C00-C97)	47 797	35,47%
Total. (C00-C97)	134 731	100,00 %

Fuente: Anuario de Mortalidad 2009 MPPS.

Cuadro 2  
Incidencia estimada. 12 primeras localizaciones de cáncer. Ambos géneros. Venezuela. Año 2009

Localizaciones	Total	T.Cr.	T.Es	T.Ac74	%
Próstata	4 881	34,29	44,23	4,83	13,41
Glándula mamaria	3 976	14,01	15,18	5,87	10,93
Bronquios y pulmones	3 881	13,67	15,86	1,46	10,67
Cuello uterino	3 860	27,28	27,89	3,86	10,61
Colon, recto, ano y unión rectosigmoidea	2 772	9,77	10,97	3,06	7,62
Estómago	2 614	9,21	10,60	5,65	7,18
Leucemias	1 506	5,31	5,49	1,69	4,14
Linfomas no Hodgkin	1 036	3,65	3,85	5,34	2,85
Hígado	1 031	3,63	4,05	5,82	2,83
Cavidad bucal y faringe	929	3,27	3,72	4,35	2,55
Páncreas	910	3,21	3,75	6,64	2,50
Laringe	836	2,95	3,46	5,76	2,30
Otras localizaciones	8 155	33,94	36,80	8,89	22,41
Total	36 387	128,20	136,71	15,23	100,0

Tasas Cr. : Tasas crudas por 100 000 habitantes o 100 000 varones o mujeres para tasas específicas.

Tasas Est. : Tasas estandarizadas según población mundial de Segi.

T.Ac74.: Riesgo porcentual de morir por cáncer, si se alcanzan los 74 años de edad, calculado según procedimiento de Day.

Fuente: M.PPS. Programa de Oncología. Registro Central de Cáncer. Venezuela 2011.

NOTA: Se excluyen neoplasias malignas de piel diferentes de melanoma, porque las estimaciones no son confiables.

## CAPOTE LG

En el Cuadro 3, se muestra el perfil del cáncer en el varón, en lo referente a la incidencia y a la mortalidad ocurrida en el año 2009. Respecto a la incidencia las cuatro primeras posiciones corresponden a cáncer de próstata que es por bastante el más frecuente, seguido por cáncer de pulmón, estómago y colon y recto,

estas cuatro localizaciones representan el 57,5 % de la morbilidad o incidencia anual y mantienen este mismo orden en la mortalidad y casi el mismo porcentaje (56,4 %).

El Cuadro 4, presenta la situación para el género femenino, en cuanto a los cánceres más comúnmente

Cuadro 3  
Incidencia estimada y mortalidad por cáncer. Varones. Venezuela. Año 2009  
12 primeras localizaciones

Localizaciones	Nº casos	%	Nº defunciones	%
Próstata	4 881	27,72	2 077	20,10
Tráquea, bronquios y pulmones	2 397	13,61	1 910	18,48
Estómago	1 578	8,96	1 168	11,30
Colon, recto, ano y unión rectosigm.	1 273	7,23	665	6,44
Leucemias	841	4,78	478	4,63
Laringe	719	4,08	300	2,90
Vejiga	610	3,46	270	2,61
Linfomas No Hodgkin	593	3,37	282	2,73
Hígado	523	2,97	443	4,29
Riñón Etc.	481	2,73	168	1,63
Páncreas	435	2,47	377	3,65
Encéfalo, meninges y otros SNC.	406	2,31	219	2,12
Resto de localizaciones	2 872	16,31	1 977	19,13
Total	17 609	100,00	10 334	100,00

Fuente: MPPS. Registro Central de Cáncer. Venezuela 2012.

Nota: Se excluyen tumores malignos de piel diferentes de melanoma; que aunque son los más frecuentes, las estimaciones no son confiables.

Cuadro 4  
Incidencia estimada y mortalidad por cáncer. Mujeres. Venezuela. Año 2009

Localizaciones	Casos	%	Nº Defunc.	%
Glándula mamaria	3 943	21,00	1 643	16,51
Cuello uterino	3 860	20,56	1 576	15,83
Colon, recto, ano y unión rectosigmoidea	1 499	7,98	722	7,25
Bronquios y pulmones	1 484	7,90	1 182	11,87
Estómago	1 036	5,52	750	7,53
Ovario	799	4,25	432	4,34
Cuerpo del útero	671	3,57	162	1,63
Leucemias	665	3,54	369	3,71
Hígado	508	2,71	423	4,25
Páncreas	475	2,53	415	4,17
Linfomas no Hodgkin	443	2,36	210	2,11
Encéfalo, meninges y otros SNC.	336	1,79	232	2,33
Otras localizaciones	3 059	16,29	1 838	18,46
Total	18 778	100,00	9 954	100,00

Fuente: MPPS. Registro Central de Cáncer. Venezuela 2012.

Nota: Se excluyen tumores malignos de piel diferentes de melanoma; que aunque son los más frecuentes, las estimaciones no son confiables.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CONTROL DEL CÁNCER

diagnosticados anualmente. En orden de frecuencia los cuatro primeros son: glándula mamaria, cuello uterino, cáncer colorrectal y de pulmón, que representan el 57,4 % de la incidencia anual en este género. Como ocurre en el varón, de estas cuatro localizaciones el peor pronóstico lo tiene el cáncer de pulmón, pero es no obstante, el más prevenible y sería en pocas décadas un cáncer de muy baja frecuencia si se controlara el hábito de fumar; las otras tres localizaciones ofrecen la probabilidad de un buen pronóstico, cuando se diagnostican precozmente y se aplican las modalidades de tratamiento más apropiadas.

En lo referente a la mortalidad se repiten las dos primeras localizaciones, llamando la atención, que por primera vez en Venezuela el cáncer de glándula mamaria ocupa la primera posición, desplazando al de cuello uterino, el cáncer de pulmón se ubica en la tercera posición y estómago sobrepasa al cáncer colorrectal y se sitúa en el cuarto lugar.

El Cuadro 5, presenta la mortalidad por cáncer en niños, para el año 2009; las leucemias dominan ampliamente sobre las otras localizaciones de cáncer en menores de 15 años, representando casi el 50 % en varones y el 45 % en hembras, seguido de los tumores malignos del sistema nervioso central con un 12 % en varones y 16 % en niñas; en tercera posición están las neoplasias malignas de huesos que alcanzan a un 5,6 % en varones y casi el 7 % en hembras; en

el cuarto lugar están las neoplasias malignas de la glándula suprarrenal propias de la infancia, con un predominio amplio en varones y en la posición quinta los linfomas no Hodgkin con algo más del 4 % para cada género.

El pronóstico de los tumores malignos en niños ha mejorado notablemente gracias a los efectos favorables de la quimioterapia.

Las figuras 1 y 2 presentan la caracterización de la segunda variable expresada en la tendencia cronológica en los últimos 50 años, de las más comunes localizaciones de cáncer en varones y mujeres respectivamente, presentadas de acuerdo a los promedios quinquenales y según las tasas estandarizadas, usando como patrón la población de Segi, de amplia aplicación en estadísticas internacionales, para corregir los cambios en la estructura poblacional que ocurren al comparar y analizar períodos de tiempo distantes. Para el quinquenio 2006-2010, solo se tienen datos oficiales hasta el 2009, por lo cual se hace una proyección hasta 2010.

La observación cuidadosa de estos gráficos nos permite conocer algunos hechos interesantes en cuanto a las variaciones de tendencias de algunas localizaciones de cáncer a lo largo de estos 50 años y su probable explicación. En varones o mujeres se observa una significativa disminución en la tendencia

Cuadro 5  
Mortalidad por cáncer en niños (< 15 años).  
Venezuela. Año 2009

Localizaciones	Varones	%	Hembras	%
Leucemias	115	49,36	59	45,04
Encéfalo, meninges y otros SNC.	29	12,45	21	16,03
Huesos y cartílagos	13	5,58	9	6,87
Glándula suprarrenal	11	4,72	2	1,53
Linfomas no Hodgkin	10	4,29	6	4,58
Hígado	10	4,29	3	2,29
Riñón	6	2,58	4	3,05
Linfomas de Hodgkin	3	1,29	0	0,00
Ojo	3	1,29	4	3,05
Tejido conjunt. y otros tej. blandos	2	0,86	1	0,76
Peritoneo y retroperitoneo	2	0,86	0	0,00
Otras localizaciones	29	12,45	22	16,79
Total	233	100,00	131	100,00

Fuente: M.PPS. Registro Central de Cáncer. Venezuela 2012.

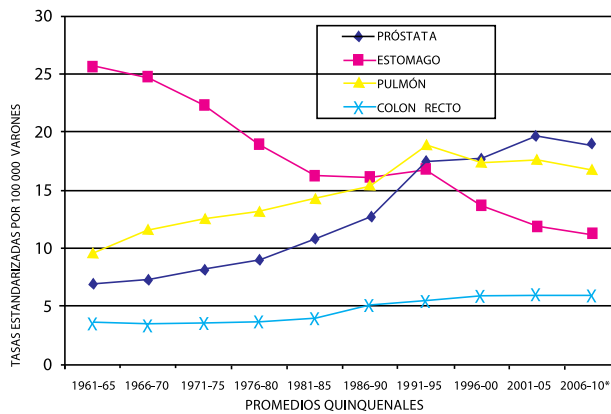


Figura 1. Tendencia de la mortalidad para las cuatro mayores localizaciones de cáncer promedio quinquenal de tasas estandarizadas. Varones. Venezuela 1965-2010. Fuente: M.PPS. Registro Central de Cáncer. Venezuela 2012.

de la tasa de mortalidad por cáncer de estómago, lo cual es congruente con lo observado en la mayor parte del mundo y que puede ser explicado por cambios favorables en la alimentación y en la influencia de otros factores de riesgo no identificados. Una situación contraria se muestra en cáncer de pulmón, que tiene una tendencia creciente en ambos géneros, aunque es mucho más acentuada en varones; no obstante, es un buen augurio que en los últimos dos quinquenios hay una propensión a estabilizarse y tal vez a una baja en la tasa, que puede explicarse por una disminución de la prevalencia del tabaquismo en la población de mediana edad, como respuesta a las medidas de control.

En lo referente a la tasa de mortalidad por cáncer de próstata, se observa un ascenso rápido durante las tres décadas incluidas en los quinquenios 61-65, hasta el 91-95; pero desde el quinquenio 1996-2000, ocurre una estabilización. Es oportuno acotar, que la situación en cáncer de próstata es un buen ejemplo de la ventaja del análisis de tendencia usando tasas estandarizadas, ya que cuando usábamos las tasas crudas en la evaluación de las tendencias cronológicas, el crecimiento continuo de la tasa se mantenía hasta el presente; como consecuencia de que la tasa cruda no discrimina la variación de estructura de la población, que ha aumentado el porcentaje de varones mayores de 60 años (que son los de mayor riesgo) del 5,3 % en 1990 al 7,8 % en 2008.

El cáncer de glándula mamaria en mujeres es la contraparte femenina de lo que ha ocurrido en próstata

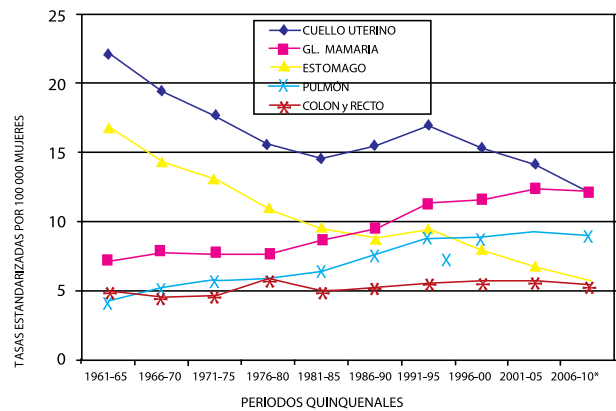


Figura 2. Tendencia de la mortalidad para las cinco mayores localizaciones de cáncer promedio quinquenal de tasas estandarizadas. Mujeres. Venezuela 1965-2010. Fuente: M.PPS. Registro Central de Cáncer. Venezuela 2012.

en el varón, mostrando un crecimiento importante en la tasa desde el quinquenio 76-80 y que solo parece estabilizarse en el último quinquenio y en el año 2009 se situó, como ocurre en los países desarrollados por encima del cáncer de cuello uterino; por lo que respecta a este último, muestra una clara tendencia al descenso, que comenzó como presentamos en estudios anteriores en 1955 y pareció detenerse en el quinquenio 81-85 mostrando una curva en hamaca que regresa a la tendencia descendente en el quinquenio 1996-2000.

El descenso en la tasa de mortalidad de cáncer de cuello uterino comienza, como es evidente, mucho antes de que se estableciese el programa de pesquisa citológica, en forma similar a lo observado en Norteamérica y Europa Occidental unas décadas antes, lo que refleja los cambios en el nivel educativo y social de la población, que inciden en hábitos o comportamiento sexual, condiciones de higiene y atención médica más oportuna y eficiente para esta patología. El mayor impacto en la caída de la tasa, corresponde a la década de los años setenta y ochenta cuando se desarrolla en mayor extensión el programa de pesquisa con el método citológico.

El cáncer de colon y recto, tanto en varones como en mujeres ha mostrado una tasa de mortalidad bastante estable y aunque ha aumentado su incidencia, las mejoras en diagnóstico y tratamiento han evitado un aumento en la tasa de mortalidad.

Finalmente, la variable geográfica es caracterizada en los Cuadros 6 y 7, en las cuales se presenta el

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CONTROL DEL CÁNCER

Cuadro 6  
Mortalidad por cáncer por entidades federales según las localizaciones más frecuentes  
Varones 2009

Entidades federales	Estómago	Tasa est.	Col. y rect	Tasa est.	Pulmón	Tasa est.	Próstata	Tasa est.	Leucemias	Tasa est.	Todas las localiz.	Tasa est.
Amazonas	0	0,00	0	0,00	3	7,04	3	7,04	1	1,08	11	24,41
Anzoátegui	39	6,61	23	3,93	99	17,69	102	18,81	21	3,06	450	78,34
Apure	14	8,57	7	4,18	5	3,25	43	26,79	3	1,50	122	72,27
Aragua	64	8,77	49	6,69	131	17,83	143	20,17	34	4,38	685	92,70
Barinas	32	10,60	15	5,23	23	7,93	43	14,94	14	4,21	195	65,49
Bolívar	43	7,45	34	5,85	101	18,58	128	24,53	27	3,86	515	90,42
Carabobo	93	10,33	66	7,20	139	15,12	148	17,01	33	3,10	799	85,49
Cojedes	15	13,41	3	2,54	13	11,33	34	29,95	5	3,34	101	86,17
Delta Amacuro	5	8,01	2	3,75	8	15,38	7	14,03	2	3,22	34	62,79
Distrito Capital	101	9,96	74	7,14	217	21,45	189	18,37	46	4,68	1 043	102,11
Falcón	36	9,82	13	3,28	57	15,09	46	11,01	17	3,75	278	70,25
Guárico	22	7,27	16	5,28	41	13,13	51	16,65	10	2,48	237	75,43
Lara	91	11,97	51	6,60	104	13,95	102	13,91	31	3,57	606	80,07
Mérida	69	18,78	14	3,61	39	10,48	61	15,52	15	3,63	354	93,12
Miranda	91	6,64	86	6,33	275	20,24	215	16,27	44	3,11	1 252	92,09
Monagas	32	10,33	12	3,79	35	11,85	50	17,33	13	3,13	240	78,00
Nueva Esparta	14	6,86	12	5,87	35	17,90	37	18,85	10	4,47	195	98,56
Portuguesa	41	12,52	22	6,60	35	10,50	37	11,31	18	4,15	243	70,55
Sucre	42	11,12	19	5,04	72	18,89	89	22,17	13	3,08	390	100,08
Táchira	132	25,29	30	5,84	44	8,55	99	19,20	23	3,98	502	95,59
Trujillo	52	15,06	12	3,86	35	10,65	69	18,39	15	4,42	281	81,13
Vargas	17	10,29	11	6,94	33	21,67	27	17,72	4	2,67	156	99,78
Yaracuy	33	12,89	12	4,74	33	13,47	53	20,93	9	2,99	219	85,39
Zulia	90	6,14	71	4,91	340	24,09	301	21,85	70	3,92	1 426	97,80
Venezuela	1 168	10,07	654	5,63	1.917	16,71	2 077	18,24	478	3,64	10 334	88,24

Fuente: Registro Central de Cáncer. Programa de Oncología. MPPS 2012  
Tasa est. Tasas estandarizadas según la población mundial de Segi.

perfil de la mortalidad en las localizaciones de cáncer más frecuentes, para varones y mujeres en todas las entidades federales del país en cifras absolutas y tasas estandarizadas, que como ya señalamos son las apropiadas para comparación, al corregir las diferencias en estructuras de población entre los estados.

**ASPECTOS NORMATIVOS Y ESTADO ACTUAL DEL CONTROL DEL CÁNCER EN VENEZUELA**

El Programa Nacional de control de Cáncer, puede definirse como un proceso que lleva a la organización de recursos, el establecimiento de objetivos viables y estrategias válidas; que permitan alcanzar el mayor grado de control posible para esta enfermedad. Debe estar basado en los principios integralistas de promoción prevención y restitución de la salud; así como en la organización por niveles de atención y en

concordancia con la política de salud del país.

El Programa de Control de Cáncer fue instituido al final de la década de los años cuarenta, como un componente de la División de enfermedades crónicas del Ministerio de Salud.

Al comienzo el programa estuvo dedicado a promover la práctica de la citología vaginal y a suplir los insumos necesarios para efectuar este test, en los establecimientos de primer nivel de atención médica en el Distrito Capital; extendiéndose progresivamente a otros estados.

En 1976, el programa logra un impulso fundamental en su evolución al decretarse su transformación en Dirección de Oncología, con objetivos claros y legalmente formulados en el Decreto Nro. 1448 de la Presidencia de la República el 02 de marzo de 1976,

En la década de los años 90, como consecuencia de los cambios en la estructura orgánica del Ministerio de Salud, el programa perdió importancia y disminuyó

CAPOTE LG

Cuadro 7  
Mortalidad por cáncer por entidades federales según las localizaciones más frecuentes  
Mujeres 2009

Entidades Federales	Estom. Tasa Est.	Col. y rect	Tasa Est.	Pulm. Tasa Est.	Mama Tasa Est.	Cuello uterino Tasa Est.	Tasa Leucem. Est.	Tasa Est.	Todas las localiz.	Tasa Est.				
Amazonas	1	1,26	1	2,89	1	2,89	1	1,50	6	12,60	0	0,00	13	29,51
Anzoátegui	26	4,25	26	4,35	60	10,13	58	9,11	72	11,30	6	0,76	392	62,95
Apure	10	6,74	6	3,81	16	11,70	16	9,01	38	23,76	6	2,76	126	81,05
Aragua	46	5,40	48	5,65	84	10,44	126	14,87	107	12,28	30	3,46	667	78,80
Barinas	21	6,80	9	3,06	18	6,48	19	6,26	53	18,03	11	3,63	198	67,27
Bolívar	14	2,42	33	5,82	72	13,09	61	9,69	102	15,21	15	2,03	470	77,08
Carabobo	60	5,56	70	6,64	69	6,68	158	14,30	120	10,71	24	2,24	789	73,18
Cojedes	7	6,70	6	5,76	13	10,99	14	12,47	22	18,54	3	2,13	96	83,88
Delta Amacuro	1	1,27	1	1,46	4	9,51	4	8,17	10	16,18	1	0,99	31	59,52
Distrito Capital	84	6,14	96	6,81	110	8,40	193	14,57	98	7,60	49	3,90	1 067	80,09
Falcón	14	3,23	24	5,87	26	5,96	54	12,38	47	10,83	12	2,82	277	64,45
Guárico	15	4,57	12	3,86	43	14,60	42	13,28	47	14,45	9	2,67	238	75,75
Lara	49	5,69	41	4,67	66	7,66	87	10,41	84	9,46	28	3,19	588	68,68
Mérida	54	13,32	27	6,56	28	6,85	37	9,10	38	9,84	16	3,60	329	81,42
Miranda	63	3,67	86	4,83	183	10,93	213	12,67	123	7,21	35	2,15	1 205	71,08
Monagas	23	7,14	17	5,34	27	8,91	38	11,40	58	16,44	9	2,73	270	82,44
Nueva Esparta	15	6,64	9	3,45	18	8,74	38	18,11	29	12,96	3	1,22	175	80,36
Portuguesa	26	8,17	21	6,57	24	7,11	34	10,50	63	18,33	11	2,74	257	77,57
Sucre	21	4,84	25	5,34	31	7,78	55	13,64	65	15,78	7	1,66	301	71,82
Táchira	86	14,97	29	5,21	34	5,92	66	11,45	61	10,17	21	3,44	461	79,64
Trujillo	29	8,13	6	1,69	30	8,26	54	15,59	27	7,61	15	4,14	263	73,34
Vargas	9	4,91	11	6,28	20	11,52	24	14,07	24	13,93	6	3,55	157	91,18
Yaracuy	23	8,76	7	2,74	20	8,93	40	15,61	22	8,32	6	2,16	194	76,46
Zulia	53	3,20	86	5,19	187	11,59	211	12,99	260	15,47	46	2,58	1.390	84,57
Venezuela	750	5,66	697	5,25	1 184	9,25	1 643	12,56	1 576	11,73	369	2,69	9 954	75,75

Fuente: Registro Central de Cáncer. Programa de Oncología. MPPS 2012.

su efectividad y resultados.

En el momento actual de acuerdo al reestructuración ocurrida en el Ministerio de Salud (MPPS), se ubica como un componente de la Dirección de Programas de Salud, dentro del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva.

Los objetivos del programa están enmarcados en la reducción de la morbilidad y mortalidad por las localizaciones más frecuentes de cáncer, en especial las más vulnerables; dando prioridad a los grupos de mayor riesgo y enfatizando estrategias preventivas.

El desarrollo de estos objetivos se concreta a través de: actividades de promoción de salud; prevención y diagnóstico precoz; atención médica eficaz y oportuna; así como en la evaluación y control de resultados.

Las actividades de promoción de salud propenden a inducir en la población la práctica de un estilo de vida favorable, a través del impulso de la actividad física la adopción de una dieta saludable, el control del tabaquismo y evitar el abuso del alcohol y la obesidad.

El programa de oncología, en función de los criterios de prioridad señalados por el conocimiento epidemiológico y la disponibilidad de medidas específicas y efectivas de control para alguna de las localizaciones de cáncer, así como la potencialidad de recursos, que hagan viable su aplicación organizada y masiva, ha establecido cuatro sub-programas y un sistema de información epidemiológica.

### SUBPROGRAMA DE CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer de cuello uterino constituye un grave problema de salud pública en Venezuela al ubicarse como una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad en la mujer venezolana, con cerca de 3 785 casos en el 2008 y 1 571 muertes en 2007.

El riesgo de morir o que se le diagnostique esta patología, alcanza a 1 de cada 77 o 1 de cada 35 respectivamente, dado el promedio de vida de las mujeres en el país.

La magnitud de estas cifras puede apreciarse, al resumirse en una media de 10 casos y 4 muertes diarias, de las cuales un 80 % debieron haberse evitado y su ocurrencia solo puede atribuirse a una falla del sistema de salud.

Desde la década de los 60 el programa de control de cáncer de cuello uterino ha estado funcionando regularmente con extensión a todo el país.

Se basa en la toma de muestras de citología cérvico-vaginal a mujeres de 25 a 64 años, para alcanzar una cobertura del 80 % de la población de estos grupos de edad en un trienio.

Las debilidades que presenta el programa pueden resumirse en los siguientes términos: a) porcentajes medianos o bajos de cobertura citológica efectiva de la población objeto, que en promedio no alcanza el 50 %; b) dificultades en el procesamiento de muestras citológicas en los laboratorios y en los mecanismos de traslados de muestras y resultados; c) insuficiente seguimiento y capacidad resolutoria de los casos con citología positivas para neoplasias intraepiteliales y d) deficiente motivación y preparación de los médicos que ingresan al sistema de atención primaria para la detección precoz del cáncer cérvico-uterino.

Sus resultados, aunque han sido satisfactorios, al haber bajado la mortalidad en 10 puntos, al pasar la tasa estandarizada de 23 a 13 muertes por 100 000 mujeres en la actualidad, ha presentado, sin embargo, períodos con pérdida importante en la efectividad, tal como ocurrió en los quinquenios 1986-1990 y 1990-1995 cuando la tasa subió significativamente, al pasar de 14,9 que se había alcanzado en el 80-85 a una tasa de 17 muertes por 100 000 mujeres. Desde entonces, ha presentado una tendencia continua aunque moderada de descenso; no obstante la situación es preocupante, ya que hemos estado observando una disminución en los indicadores de cobertura del programa en los últimos años, que puede traducirse en un lamentable repunte de la tasa para el quinquenio 2010-2014.

A partir del año en curso se ha intensificado el esfuerzo por mejorar la cobertura del programa y se están coordinando esfuerzos conjuntamente con la Sociedad Venezolana de Colposcopia y la Empresa Farmatodo, para mejorar la efectividad del programa.

### **SUBPROGRAMA DE CONTROL DE CÁNCER BRONCO PULMONAR**

El cáncer bronco-pulmonar genéricamente conocido como cáncer de pulmón, constituye un grave problema de salud en Venezuela, ocasionando

en 2007, un total de 2 958 muertes y 3 370 casos en el 2008, ubicándose en el primer lugar en mortalidad por cáncer, con una tasa de mortalidad estandarizada para la población de ambos géneros de 13,00 muertes por 100 000 habitantes.

El programa de control de cáncer bronco pulmonar es el conjunto de recursos organizados y actividades específicas, destinadas a lograr la reducción de la mortalidad por cáncer del pulmón; se fundamenta en las acciones educativas dirigidas a toda la población y destinadas al control del hábito de fumar y de otros factores de riesgo, con el fin de impedir la aparición de la enfermedad.

La debilidad mayor del programa está en la falta del establecimiento o funcionamiento de los Comités Anti tabáquicos en todas las entidades geográficas del país.

Dentro del proceso de reformulación programática y con el fin de buscar estrategias de mayor impacto, se ha propuesto incentivar el pleno desarrollo de los Comités Anti tabáquicos en las 12 entidades geográficas en las que el problema presenta mayor magnitud, que son: Vargas, Zulia, Guárico, Bolívar, Distrito Capital, Miranda, Nueva Esparta, Aragua, Carabobo, Anzoátegui, Monagas y Sucre.

### **SUBPROGRAMA DE CONTROL DE CÁNCER DE MAMA**

El cáncer de mama, constituye en Venezuela un problema importante de salud pública. En 2007 ocurrieron 1 465 defunciones por esta patología y según las estimaciones obtenidas a través del Registro Central de Cáncer se diagnosticaron 3 581 casos en 2008, ubicándose en el tercer lugar en mortalidad por cáncer; la tasa de mortalidad estandarizada fue de 11,99 muertes por 100 000 mujeres.

El Programa de Control de Cáncer de Mama es el conjunto de recursos organizados y actividades específicas, destinados a lograr la reducción de la mortalidad por cáncer de mama, para lo cual se hace énfasis en el diagnóstico y tratamiento de lesiones precoces (estadios clínicos I y II). Se fundamenta en la práctica del examen clínico de la glándula mamaria, una vez por año, en mujeres mayores de 40 años, a través de las consultas de medicina general, consultas de especialidades o de higiene del adulto en el primer y segundo nivel de atención. Aquellas mujeres con evidencia clínica de posible lesión mamaria o con antecedentes familiares de cáncer de mama o factores de riesgo determinante, deberán ser referidas a la



consulta de patología mamaria en el tercer nivel de atención, para su evaluación clínica y mamográfica, lo cual determinará su seguimiento futuro.

La debilidad mayor del programa se encuentra en el tercer nivel de atención, por la carencia de mamógrafos y la deficiente organización de las consultas de referencia para patología mamaria.

Dentro del proceso de reformulación programática y con el fin de buscar estrategias de mayor impacto, se ha propuesto incentivar su pleno desarrollo en las 10 entidades geográficas en las que el problema presenta mayor magnitud que son: Vargas, Distrito Capital, Carabobo, Miranda, Aragua, Nueva Esparta, Lara, Zulia, Guárico, Bolívar, Falcón, Trujillo y Mérida.

### **SUBPROGRAMA DE CONTROL DE CÁNCER DE PRÓSTATA**

El cáncer de próstata constituye un importante problema de salud en el país. En 2008 la morbilidad por esta causa se estimó en 4 492 casos y ocurrieron 1 873 defunciones en el 2007, ubicándose en el primer lugar de defunciones por cáncer en varones; la tasa estandarizada, alcanzó a 17,71 muertes por 100 000 varones.

El Programa de Control de Cáncer de Próstata es el conjunto de recursos organizados y actividades específicas, destinadas a lograr la reducción de la mortalidad por cáncer de próstata; para lo cual se hace énfasis en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones en estadios precoces de la enfermedad.

En las ciudades seleccionadas para el estudio piloto, a través de las consultas de medicina general, consultas de especialidades o de higiene del adulto, deberá efectuarse a todo hombre entre los 50 y 70 años, o en aquellos mayores de 40 años, cuando tengan antecedentes familiares de cáncer de próstata, un tacto rectal (palpación digital de la próstata) y determinación de antígeno prostático específico (PSA), una vez por año.

Todo hombre que en el examen rectal presente signos de aumento de volumen o nódulos en la próstata o un antígeno prostático específico (PSA) mayor de 10, debe ser referido para evaluación clínica urológica.

Este programa ha sido propuesto como un estudio piloto en doce entidades geográficas del país, que son: Distrito Capital, Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Falcón, Zulia, Lara, Mérida, Trujillo, Táchira y Yaracuy. Se inició en 2008 y se efectuará durante 5 años, con el fin de evaluar su factibilidad e impacto; lo que permitirá de ser efectivo, su aplicación

en otras regiones.

### **SUBPROGRAMA DE REGISTRO CENTRAL DE CÁNCER**

Los registros de enfermos o de enfermedades han estado evolucionando por más de dos siglos y en el caso del cáncer, por tratarse de una patología de bastante complejidad y trascendencia social y sanitaria, se ha transitado un largo camino en el proceso de desarrollo de los registros, teniendo como fin básico no solo el conocimiento epidemiológico, sino sobre todo para asegurar una atención más eficiente y oportuna a los enfermos de cáncer.

En Venezuela desde 1976, con el decreto de creación de la Dirección de Oncología se establece la obligatoriedad de organizar un Registro Nacional de Cáncer basado en hospitales, el cual funcionó en forma parcial hasta el año 2005, cuando se publica en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38 070 de fecha 22 de noviembre de 2005, la resolución de dar estricto cumplimiento, en todos los hospitales públicos y privados establecidos o que se establezcan en el país y/o en todas aquellas instituciones hospitalarias que diagnostiquen y/o traten más de 100 casos de cáncer al año; el funcionamiento de Unidades de Registro de Cáncer.

Los objetivos del Registro Nacional de Cáncer se fundamentan en el establecimiento de un sistema de recopilación, procesamiento y elaboración de datos con todos los casos de cáncer diagnosticados en las instituciones participantes, con el fin de obtener información para la planificación, evaluación y monitoreo de las políticas sanitarias del Estado en materia de cáncer, a través del Programa Nacional de Oncología; lo que permite evaluar mediante los indicadores de incidencia, mortalidad y sobrevida, la magnitud del cáncer como problema de salud pública.

Los objetivos se alcanzan mediante las Unidades de Registro de Cáncer de Hospitales, que son dependencias de los Servicios de Historias Médicas y Estadísticas de Salud y las autoridades locales deben velar por la correcta dotación y asignación de los recursos básicos de estas Unidades.

La debilidad del Sistema de Registro de Cáncer se encuentra en las limitaciones que presentan los Servicios o Departamentos de Historias Médicas de una gran cantidad de hospitales públicos y de centros clínicos privados, por la insuficiencia de personal e insumos, así como la pérdida de calidad de las historias clínicas.

Las neoplasias malignas del aparato digestivo, pese a constituir dentro del conjunto de aparatos y sistemas las más frecuentes, en especial el cáncer de estómago y de colon y recto; no han sido incluidas dentro de programas específicos, por las dificultades y complejidad de sistemas de pesquisa o detección precoz en estas patologías. No obstante, dentro de los lineamientos generales del Programa de Control de Cáncer, se recomienda para las consultas de medicina general, higiene del adulto o emergencias médicas; que a todo paciente mayor de 45 años con sintomatología digestiva persistente, deberá dársele una referencia a una consulta especializada de gastroenterología.

El Programa de Control de Cáncer ha agregado asimismo como actividad programática, la promoción de la creación de las Unidades de Cuidados Paliativos

en los hospitales oncológicos y en aquellos hospitales con especialidades oncológicas, para garantizar al paciente una atención integral y humana en todas las etapas de la enfermedad.

El Programa de Control de Cáncer tiene además una función de evaluación y control sobre las actividades asistenciales oncológicas y en los últimos años ha estado además directamente involucrado en la construcción o remodelación y dotación de los Servicios de Radioterapia y Medicina Nuclear e igualmente los de Oncología Médica en hospitales del Distrito Capital, Aragua, Carabobo, Anzoátegui, Sucre y Bolívar; así como también se encuentran en proceso de conclusión los servicios de los hospitales de Guárico, Nueva Esparta, Zulia, Portuguesa y Táchira.

Gac Méd Caracas 2013;121(1):52-56

## Síndrome de ataxia telangiectasia (enfermedad de Louis Barr) Una rara facomatosis

Drs. Rafael Muci Mendoza<sup>1</sup>, David González C.<sup>2</sup>, Maria Elena Ravelo<sup>3</sup>, Nurcia Basile<sup>4</sup>, William Velásquez<sup>5</sup>

e-mail: rafael@muci.com

### RESUMEN

*La ataxia telangiectasia o síndrome de Louis Barr es un raro desorden neurodegenerativo de carácter autosómico recesivo, caracterizado por afectación multisistémica: neurológica, oftalmológica, inmunológica, endocrina, hepática y cutánea. El complejo clínico comprende la presencia de ataxia cerebelosa progresiva, telangiectasias oculocutáneas, enfermedad sinopulmonar crónica, elevada incidencia de neoplasias y una inmunodeficiencia combinada. Es causada por mutación en el gen de la ataxia*

*telangiectasia, localizado en el locus 11 q22-23, lo que da lugar a deficiencias en su expresión. Su frecuencia se calcula en 1:80 000 y 1,4 % de la población es portadora del gen. Se presenta el caso de una paciente con documentación fotográfica.*

*Palabras clave: Ataxia telangiectasia. Enfermedad de Louis-Bar. Inmunodeficiencia. Apraxia óculomotora congénita. Facomatosis.*

<sup>1</sup>Médico internista, neuro-oftalmólogo clínico. Director de la Unidad de Neurooftalmología del Hospital Vargas de Caracas. Escuela de Medicina José María Vargas. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Correo electrónico: rafael@muci.com

<sup>2</sup>Oftalmólogo, neurooftalmólogo clínico. Adjunto a la Unidad

de Neurooftalmología.

<sup>3</sup>Jefe del Servicio de Neuropediatría. Hospital de Niños J. M. de los Ríos. Caracas.

<sup>4</sup>Residente de Neuropediatría. Hospital de Niños J. M. de los Ríos. Caracas.

<sup>5</sup>Colaborador de la Unidad de Neurooftalmología del Hospital Vargas de Caracas.