

MORTALIDAD POR CÁNCER DE ÚTERO EN VENEZUELA

Mortality due to cervical cancer in Venezuela
Mortalidad por câncer do útero na Venezuela

Rafael A. Campins
Rosillo¹, Wuilman E.
Gómez G.²

1. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon"
- MPPS, Venezuela. Av.
Bermúdez Sur. Sector Tacita de
Plata. Maracay-Venezuela.
2. Dirección General de Salud
Ambiental-MPPS, Venezuela.
e-mail: wuiled2@yahoo.com

Resumen

El cáncer de útero constituye actualmente un problema importante de salud en la mujer, representando la segunda causa de muerte por neoplasia maligna en el género femenino. El siguiente trabajo es descriptivo, tiene como objetivo caracterizar la mortalidad por cáncer de útero en 6 estados de Venezuela en el período 1995-2010, seleccionando los estados Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro y Distrito Capital. Para el análisis estadístico se utilizó cálculo de tasas estandarizadas de mortalidad, se obtuvieron los datos del Anuario de Mortalidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. Para los estados en estudio, C53 ocupa el primer lugar con tasas de mortalidad al inicio y al final del período estudiado, siempre por encima de C54+C55. El total de casos de cáncer de útero en los Estados bajo estudio durante los años 1995-2010, fue de 8.597. Durante el período 1995-2010 se evidenció según el análisis de regresión lineal que las tasas de mortalidad por cáncer de útero se mantuvieron de estables a descendente en los 6 (seis) estados bajo estudio.

Palabras Clave: Neoplasias del Cuello Uterino, Tasa de mortalidad, Epidemiología, Venezuela

Trabajo recibido: 18 de
junio de 2013. Aceptado:
02 de marzo 2014

Abstract

At present times, cervical cancer is an important problem

in women's health, representing the second cause of death due to malignant neoplasm in female patients. The objective of this descriptive work is to describe mortality due to cervical cancer in 6 states in Venezuela in the period 1995-2010. The selected states were Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro and the Capital District. For statistical analysis standardized mortality rate calculations were used; and data were obtained from the Yearbook of Mortality of the Department of the Popular Power for the Health of Venezuela. For the states studied, C53 ranks first with mortality rates at the beginning and end of the period studied always over C54+C55. The total of cervical cancer cases in the states under study during the years 1995-2010 was 8,597. According to linear regression analysis, it was observed that during the period 1995-2010 mortality rates due to cervical cancer remained stable or decreased in the six states studied.

Key words: Cervix Neoplasm, Mortality, Epidemiology.

Resumo

O Câncer do Útero é hoje um grande problema de saúde em mulheres, o que representa a segunda maior causa de morte por neoplasia maligna do gênero feminino. O presente trabalho é descritivo, tem como alvo caracterizar a mortalidade por Câncer do Útero em seis estados da Venezuela entre 1995 e 2010, selecionando os estados de Anzoategui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro e Distrito Capital. Para a análise estatística foi utilizado o cálculo das taxas de mortalidade padronizadas, os dados foram obtidos do Anuário de Mortalidade do Ministério do Poder Popular para a Saúde da Venezuela. Para os estados em estudo, C53 ocupa o primeiro lugar com as taxas de mortalidade no início e no final do período de estudo, sempre acima de C54 + C55. O total de casos de Câncer do Útero nos estados em estudo durante os anos de 1995-2010, foi de 8.597. Durante 1995-2010 evidenciou-se pela análise de regressão linear que as taxas de mortalidade de Câncer do Útero permaneceram de estáveis a descendentes dentro dos 6 (seis) estados em estudo.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero, mortalidade, Epidemiologia.

Introducción

El cáncer es una enfermedad dada por el crecimiento tisular patológico originado por una proliferación continua de células anormales que producen una enfermedad por su capacidad para elaborar sustancias con actividad biológica nociva, por su exposición local o por su potencial de invasión y destrucción de los tejidos adyacentes o a distancia. El cáncer no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades con manifestaciones y curso clínico muy variable en función de la localización y de la célula de origen (1)

El cáncer en todas sus manifestaciones es un problema de la Salud Pública considerando la carga de morbilidad y mortalidad que representa, así como, los altos costos en el manejo de los pacientes afectados por esta patología.

Para la Organización Mundial de la Salud (2)

“El cáncer cervical es el tercer cáncer más común en mujeres, y el séptimo en general, con aproximadamente 530.000 nuevos casos en 2008. Más del 85 % de la carga global ocurre en países en vía de desarrollo, donde esto representa el 13 % de todos los cánceres femeninos. Regiones de riesgo elevado son África Oriental y Occidental (30 por 100.000), el África austral (26,8 por 100.000), Asia Central de Sur (24,6 por 100.000), Sudamérica y África Central (23,9 y 23,0 por 100.000 respectivamente). Las tasas son las más bajas en Asia Occidental, América del Norte y Australia/Nueva Zelanda (menos de 6 por 100.000). En general, la mortalidad: la proporción de incidencia es el 52 %, y el cáncer cervical es responsable de 275.000 muertes en 2008, aproximadamente el 88 % del cual ocurre en países en vía de desarrollo: 53.000 en África, 31.700 en América Latina y el Caribe, y 159.800 en Asia”.

En la sociedad latinoamericana donde la mujer posee una importante carga en la responsabilidad familiar, se observa como ésta se encuentra afectada por el Cáncer Cervical a pesar de que éste, actualmente, reviste características de prevención. Todo esto evidencia como el cáncer cervical constituye una de las causas de morbilidad y mortalidad más importantes dentro de las estadísticas epidemiológicas mundiales y latinoamericanas. El alcance de este problema es de extensión mundial.

Según Medina en Venezuela el cáncer representa la segunda causa de muerte, mientras que el cáncer de cuello uterino se ubica en el primer lugar en cuanto a incidencia y mortalidad en la población femenina del país, convirtiéndose así, en un verdadero problema de salud pública (3).

De acuerdo al registro del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, el impacto de la enfermedad está representado por 4 muertes de mujeres con cáncer de cuello de útero cada día. El cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar de incidencia y mortalidad por cáncer en las mujeres venezolanas, es por esta razón que en las últimas décadas se ha invertido grandes cantidades de recursos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta patología. El estado venezolano realizó importantes avances en el tratamiento, entre las más destacadas el desarrollo y ejecución del “Plan Nacional: cáncer de cuello uterino” en el año 1973. El cáncer cervicouterino es una enfermedad posible de prevenir con procedimientos costo efectivos en etapas pre-invasiva, cuya tasa de sobre-vida llega a 99%. Por otro lado, es altamente costosa en etapas invasivas y presenta escasa sobre-vida, menor al 10%, a los 5 años de tratamiento.

Para Capote en Venezuela el cáncer de cuello uterino, venía presentando una situación de descenso importante hasta 1985, sin embargo, en las últimas dos décadas se ha mantenido estable, siendo la primera causa de mortalidad por cáncer en las mujeres para el 2005 con una Tasa Cruda de 12,24 por 100.000 mujeres. (4)

El cáncer de cuello uterino, al cual se adicionan las muertes por tumor maligno del útero parte no especificada (se ha demostrado por estudios de muestreo de historias de pacientes con diagnóstico de defunción señalado como útero no especificado, que más del 90 % corresponden a cuello uterino), se encuentra en primer lugar con 1.612 defunciones, representando el 18 % de las muertes por cáncer en mujeres. (4)

Hallazgos importantes son los de Arcia, quien en el estado Falcón encontró según categorías y grupos de edad para el Estado Falcón que la tasa de mortalidad en 1995 fue de 16,92 y para 2007 de 11,78 por 100.000 mujeres; en 1995 el grupo más afectado fue el de 75 años y más, con una tasa de mortalidad superior a 130,68 elevándose en 2007 a 135,96 por 100.000 mujeres. Para el año 2000 se registro la mayor tasa del período 160,60 por 100.000 mujeres resultando nuevamente afectado el grupo de 75 años y más. En cuanto a las tasas de mortalidad para los municipios Carirubana y Miranda al inicio del período fueron de 4,19 y 14,07 respectivamente y al final del mismo de 5,43 y 11,60. (5)

De igual forma, Suarez, B. mostró como las Tasas de mortalidad de cáncer de cuello uterino han disminuido en toda Venezuela de 16,94 a 13,47 por 100.000 durante 1995-2007. Concluyó que existe una tendencia decreciente de las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino C53 (cáncer de cuello de útero), C54 (cáncer de cuerpo de útero) y C55 (cáncer de Parte de útero no especificada). Así como, demostró una disminución constante de las tasas de mortalidad por cáncer de útero, en Venezuela, así como, en distrito Capital y Aragua, hecho que lo atribuye a la mejora en las políticas preventivas y protocolos de tratamiento en el país. (6)

Uno de los más grandes progresos alcanzados por la medicina durante los últimos años lo constituye el diagnóstico cada vez más precoz de los procesos neoplásicos. Es por ello que se crea en Venezuela el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello de Útero en 1.986 bajo la Dirección del Ministerio de Salud, poniendo en práctica sus elementos como son: la Educación de la mujer en particular y la población en general sobre

los factores de riesgo que pueden provocar la enfermedad, la detección precoz a través de la citología y el tratamiento.

Para Barraez, en Venezuela por cada nuevo caso de cáncer invasor detectado por citología hay casi 50 frotis cervicales etiquetados como lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) de bajo y alto grado que merecen una vigilancia cuidadosa mediante colposcopia y en un momento dado biopsia. A pesar de existir un programa de pesquisa, el cáncer de cuello uterino tiene un índice de cobertura muy bajo, diagnosticándose un alto porcentaje de enfermedad en estado avanzado. (7)

Dicho programa de prevención y control de cáncer cérvico uterino había mantenido una situación de estancamiento a partir de 1985, los principales problemas que se detectaron fueron además de la baja cobertura de la prueba citológica, con promedio nacional cercano al 35% de la población femenina de 25 a 64 años y con un porcentaje mayor en los grupos de 25 a 35 años o de menor edad, fueron reportadas limitaciones de los servicios para la resolución temprana de los casos con citologías alteradas o con confirmación histológica.

Esta investigación se justifica dada la gran importancia que es dar a conocer en Venezuela el cáncer de útero como un problema de salud pública por su morbimortalidad, que se puede presentar en cualquier estrato socioeconómico, tanto en estados centrales como aquellos del interior del país. Se pretende que aporte conocimientos en cuanto a la mortalidad en la población femenina por causa de cáncer de útero.

Material y Método

La presente investigación estuvo orientada a caracterizar la epidemiología de la mortalidad por cáncer de útero en 6 estados de Venezuela (Aragua, Anzoátegui, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro y distrito Capital) en el período 1995-2010. Para comprender mejor el comportamiento y situación de esta patología, en los estados bajo estudio se realizó un estudio descriptivo, dirigido a evidenciar la mortalidad por cáncer de útero tomada de los anuarios de epidemiología y estadística vital desde 1995 hasta 2010, pertenecientes al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) de Venezuela. Para ello se selecciono la mortalidad de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, en sus tres categorías C53 (cáncer de cuello de útero), C54 (cáncer de cuerpo de útero) y C55 (cáncer de útero parte no especificada).

Se escogieron los estados cumpliendo con los criterios preestablecidos de tomar 3 estados centrales caracterizados por su alta densidad demográfica (Aragua, Carabobo y distrito Capital) y tres estados con importante representación étnica (Bolívar, Delta Amacuro y Anzoátegui).

En cuanto a la clasificación del cáncer de útero durante el período estudiado (1995-2010), se utilizó la CIE-10, cuyos códigos son C53 para cáncer del cuello del útero, C54 para cáncer del cuerpo del útero y C55 para cáncer del útero parte no especificada

Para los análisis se discriminaron de la siguiente manera:

1. Cáncer del cuello del útero o C53
2. La unión de las categorías de cáncer del cuerpo del útero (C54) y parte no especificada (C55).
3. La unión de las categorías de cáncer del cuello del útero (C53), con cáncer del cuerpo del útero (C54) y parte no especificada (C55).

Tabla Nº1. Clasificación de Cáncer de Útero CIE9 y CIE10

Naturaleza Tumoral	CIE-10
Cuello de Útero	
Exocervix	C53.0
Endocervix	C53.1
Lesión Invasiva Cuello de Útero	C53.8
Cuello No Especificado	C53.9
Cuerpo de Útero	
Istmo de Útero	C54.0
Endometrio	C54.1
Miometrio	C54.2
Fondo de Útero	C54.3
Lesión Invasiva Cuerpo de Útero	C54.8
Cuerpo de Útero No Especificado	C54.9
Útero Parte No Especificada	
Neoplasia Útero Parte No Especificada	C55

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Una vez recopilada la información de los anuarios, se procedió a calcular las tasas de mortalidad para los estados ajustadas por edad para cada una de las categorías de acuerdo al año. Para el cálculo de las tasas ajustadas por edad se empleo el método directo, teniendo como comparación la población mundial.

En cuanto al análisis para los estados se unieron las categorías cáncer de cuerpo de útero C54 con parte no especificada C55, debido a que el MPPS en los anuarios lo expresa de esa forma.

Para observar la tendencia de mortalidad en los estados según el período en estudio, se empleó la técnica estadística de análisis de regresión lineal, la cual consiste en simular la relación existente entre dos o más variables donde $(p < 0,05)$ es la probabilidad de significancia estadística o de error al comparar muestras o grupos, equivale a 5% de probabilidad de error en las conclusiones. Para (r^2) que es el grado de dependencia entre variables llamado Coeficiente de Determinación donde se toma el valor de (0) en caso de ser nula la correlación, el valor de (1) en caso de correlación total, utilizando el programa estadístico SPSS 12 y para el diseño de los gráficos el programa Microsoft Excel de Windows 7.

Resultados

Cuadro N°3. Distribución absoluta y por tasas de fallecidas por Cáncer de Útero todas las categorías (C53+C54+C55) según Entidad Federal, años 1995-2010

AÑO	Aragua		Carabobo		Distrito Capital		Anzoátegui		Bolívar		Delta Amacuro	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
1995	100	20,2	119	19,4	129	13,9	50	14,1	79	23,7	9	31,5
1996	106	20,2	121	18,1	142	14,6	68	17,4	73	19,6	8	23,3
1997	103	19,0	120	17,2	144	14,5	62	14,9	84	23,8	8	21,4
1998	105	18,4	99	14,0	152	15,1	51	11,8	88	22,4	1	1,8
1999	108	18,5	111	14,7	117	11,3	82	19,4	119	28,7	7	17,7
2000	106	17,5	121	15,8	105	9,8	60	13,7	84	18,8	7	16,3
2001	87	13,5	145	18,2	116	10,6	60	12,6	118	26,6	7	17,0
2002	95	13,9	128	15,2	127	11,3	53	10,4	92	19,8	9	24,9
2003	108	15,2	142	16,1	127	11,0	50	9,7	127	25,4	7	15,9
2004	77	11,0	132	14,8	113	9,8	53	10,5	117	22,3	7	14,8
2005	91	12,2	117	12,2	146	12,3	94	16,7	100	18,3	10	21,8
2006	103	13,2	137	13,3	144	12,0	111	19,6	116	20,3	12	25,9
2007	94	11,4	142	13,5	135	11,1	77	12,7	126	20,3	11	22,3
2008	87	10,1	140	12,8	131	10,5	85	13,5	98	16,6	10	20,8
2009	119	13,6	137	12,3	119	9,1	43	6,5	108	16,4	10	16,1
2010	117	13,1	153	12,9	135	10,1	86	12,6	98	14,8	10	16,3

Fuente: Elaboración propia a partir de Anuarios de Mortalidad de MPPS

Durante el período 1995-2010 se evidenció que las defunciones por cáncer de útero todas las categorías (C53+C54+C55) disminuyeron en las 6 entidades federales en estudio según las tasas de mortalidad por cada 100 mil mujeres, se observa al inicio del período la mayor tasa de mortalidad en el estado Delta Amacuro con 31,5 por 100.000 mujeres, seguido del estado Bolívar con una tasa de 23,7 y en tercer lugar el estado Aragua con una tasa de 20,2. Mientras que al final del período se observa una disminución presentando la tasa más baja el Distrito Capital con 10,1, seguido de Anzoátegui con 12,6 y el estado Carabobo con una tasa de 12,9 por 100 mil mujeres.

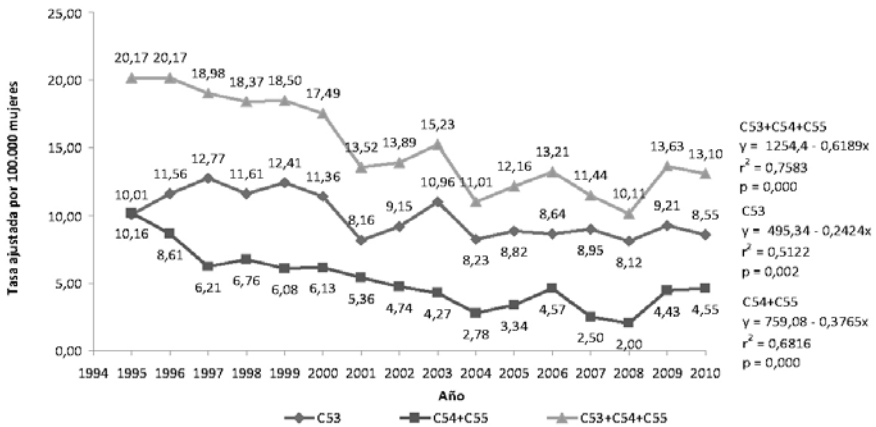


Gráfico 1. Mortalidad por cáncer de útero (C53, C54+C55 y C53+C54+C55). Estado Aragua, Venezuela, 1995 – 2010

En el gráfico 1, para la categoría C53 se observa que al inicio del estudio 1995 expresa una mortalidad 10,01 y al final 2010 la tasa de 8,55 por 100.000 mujeres. En cuanto al análisis de Regresión Lineal donde $(y = 495,34 - 0,2424x; r^2=0,51; p = 0,002)$ para el final del estudio con una reducción de 1,5 puntos por debajo del inicio del periodo. En cuanto a la unión de las categorías C54+C55 se obtiene para 1995 una tasa de mortalidad de 10,16 y al final del periodo 2010 es de 4,55 por 100.000 mujeres, su regresión lineal fue $(y = 759,08 - 0,3765x; r^2 = 0,68; p 0,000)$ con 5,6 puntos menos que al inicio del periodo. Al unir todas las categorías C53+C54+C55 para 1995 la tasa de mortalidad es de 20,17 para 2010 llega a 13,10 por 100.000 mujeres, su regresión lineal fue $(y = 1254,4 - 0,6189x; r^2 = 0,76; p = 0,000)$ con reducción al final del periodo de siete (7) puntos menos que al inicio del estudio (1995). El análisis de regresión lineal indica una disminución estadísticamente significativa para C53, C54+C55 y para la suma de todas las categorías.

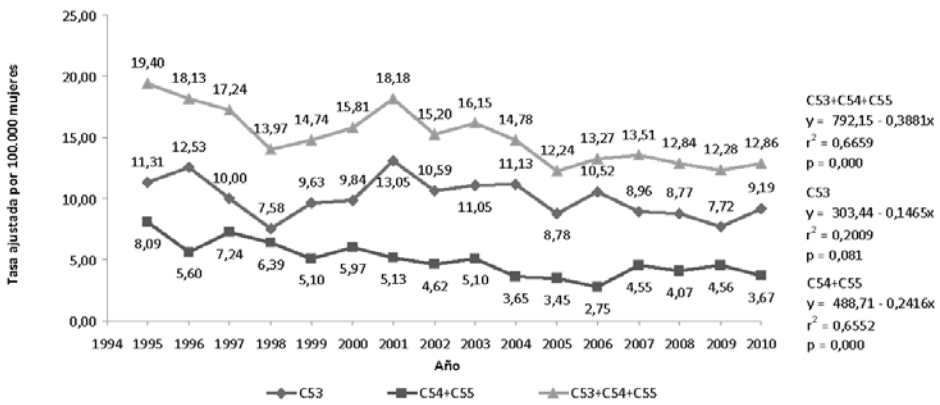


Gráfico 2. Mortalidad por cáncer de útero (C53, C54+C55 y C53+C54+C55). Estado Carabobo, Venezuela, 1995 – 2010

En el gráfico 2, para la categoría C53 se observa que al inicio del estudio 1995 expresa una mortalidad 11,31 y al final 2010 la tasa de 9,19 por 100.000 mujeres. En cuanto al análisis de Regresión Lineal donde $(y = 303,44 - 0,1465x; r^2 = 0,20; p = 0,2009)$ para el final del estudio con una reducción de dos (2) puntos por debajo del inicio del periodo. En cuanto a la unión de las categorías C54+C55 se obtiene para 1995 una tasa de mortalidad de 8,09 y al final del periodo 2010 es de 3,67 por 100.000 mujeres, su regresión lineal fue $(y = 488,71 - 0,2416x; r^2 = 0,66; p = 0,000)$ con cuatro (4) puntos menos que al inicio del periodo. Al unir todas las categorías C53+C54+C55 para 1995 la tasa de mortalidad es de 19,40 para 2010 llega a 12,86 por 100.000 mujeres, su regresión lineal fue $(y = 792,15 - 0,3881x; r^2 = 0,67; p = 0,000)$ con reducción al final del periodo de siete (7) puntos menos que al inicio del estudio (1995). El análisis de regresión lineal es estable para C53 siendo no estadísticamente significativo, mientras que para C54+C55 y C53+C54+C55 existe una disminución estadísticamente significativa.

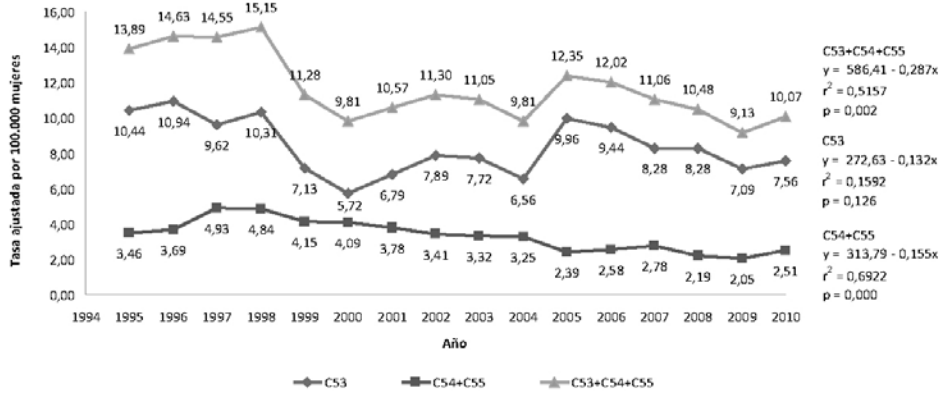


Gráfico 3. Mortalidad por cáncer de útero (C53, C54 + C55 y C53 + C54 + C55). Estado Distrito Capital, Venezuela, 1995 - 2010

En el gráfico 3, para la categoría C53 se observa que al inicio del estudio 1995 expresa una mortalidad 10,44 y al final 2010 la tasa de 7,56 por 100.000 mujeres. En cuanto al análisis de Regresión Lineal donde ($y = 272,63 - 0,132x$; $r^2 = 0,16$; $p = 0,126$) para el final del estudio con una reducción de tres (3) puntos por debajo del inicio del período. En cuanto a la unión de las categorías C54+C55 se obtiene para 1995 una tasa de mortalidad de 3,46 y al final del período 2010 es de 2,51 por 100.000 mujeres, su regresión lineal fue ($y = 313,79 - 0,155x$; $r^2 = 0,69$; $p = 0,000$) con un (1) punto menos que al inicio del período. Al unir todas las categorías C53+C54+C55 para 1995 la tasa de mortalidad es de 13,89 para 2010 llega a 10,07 por 100.000 mujeres, su regresión lineal fue ($y = 586,41 - 0,287x$; $r^2 = 0,52$; $p = 0,002$) con reducción al final del período de cuatro (4) puntos menos que al inicio del estudio (1995). El análisis de regresión lineal es estable para C53 siendo no estadísticamente significativo, mientras que para C54+C55 y C53+C54+C55 existe una disminución estadísticamente significativa.

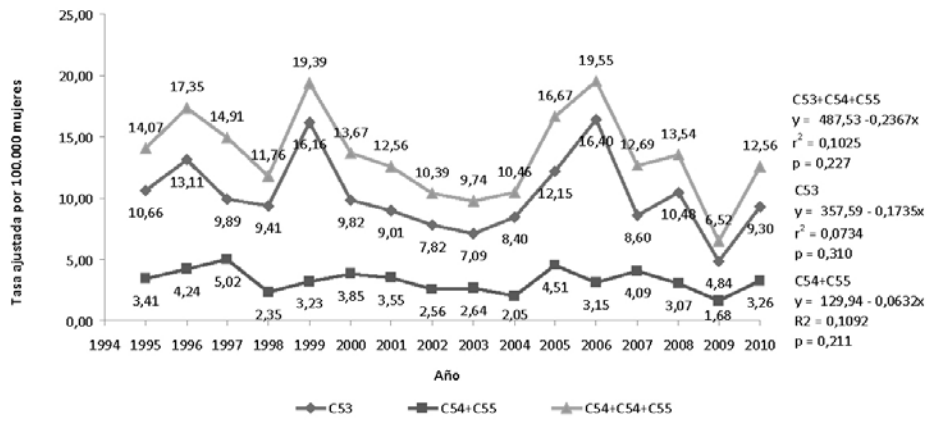


Gráfico 4. Mortalidad por cáncer de útero (C53, C54 + C55 y C53 + C54 + C55). Estado Anzoátegui, Venezuela, 1995 - 2010

En el gráfico 4, para la categoría C53 se observa que al inicio del estudio 1995 expresa una mortalidad 10,66 y al final 2010 la tasa de 9,30 por 100.000 mujeres. En cuanto al análisis de Regresión Lineal donde ($y = 357,59 - 0,1735x$; $r^2=0,07$; $p=0,31$) para el final del estudio con un aumento de un (1) punto por encima del inicio del período. En cuanto a la unión de las categorías C54+C55 se obtiene para 1995 una tasa de mortalidad de 3,41 y al final del período 2008 es de 3,26 por 100.000 mujeres, su regresión lineal fue ($y = 129,94 - 0,0632x$; $r^2 = 0,11$; $p = 0,21$) manteniéndose en el transcurso del tiempo. Al unir todas las categorías C53+C54+C55 para 1995 la tasa de mortalidad es de 14,07 para 2010 llega a 12,56 por 100.000 mujeres regresión lineal ($y = 487,53 - 0,2367x$; $r^2 = 0,10$; $p = 0,23$) manteniéndose en el transcurso del tiempo. Aunque, el análisis de regresión lineal sea estable no es indicativo para la significancia estadística.

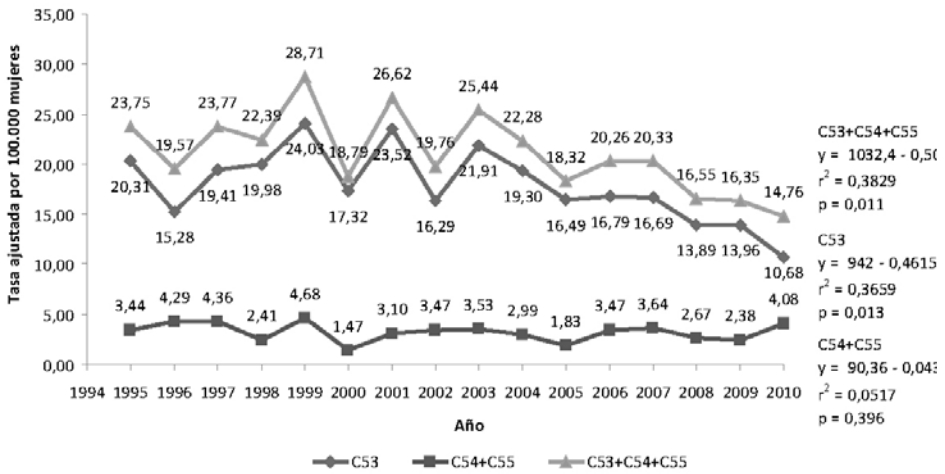


Gráfico 5. Mortalidad por cáncer de útero (C53, C54+C55 y C53+C54+C55). Estado Bolívar, Venezuela, 1995 - 2010

En el gráfico 5, para la categoría C53 se observa que al inicio del estudio 1995 expresa una mortalidad 20,31 y al final 2010 la tasa de 10,68 por 100.000 mujeres. En cuanto al análisis de Regresión Lineal donde ($y = 942 - 0,4615x$; $r^2=0,37$; $p = 0,013$) con diez (10) puntos menos que al inicio del período. En cuanto a la unión de las categorías C54+C55 se obtiene para 1995 una tasa de mortalidad de 3,44 y al final del período 2010 es de 4,08 por 100.000 mujeres, su regresión lineal fue ($y = 90,36 - 0,0435x$; $r^2 = 0,052$; $p = 0,396$) manteniéndose en el transcurso del tiempo. Al unir todas las categorías C53+C54+C55 para 1995 la tasa de mortalidad es de 23,75 para 2010 llega a 14,76 por 100.000 mujeres regresión lineal ($y = 1032,4 - 0,505x$; $r^2 = 0,38$; $p = 0,011$) con reducción al final del período de nueve (9) puntos menos que al inicio del estudio (1995). El análisis de regresión lineal es estable para C54+C55 siendo no estadísticamente significativo, mientras que para C53 y C53+C54+C55 existe una disminución estadísticamente significativa.

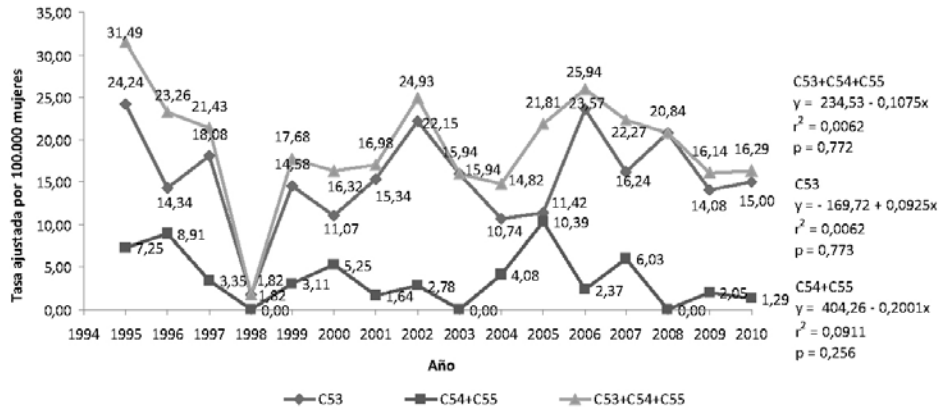


Gráfico 6. Mortalidad por Cáncer de Útero (C53, C54 + C55 y C53 + C54 + C55). Estado Delta Amacuro, Venezuela, 1995 - 2010

En el gráfico 6, para la categoría C53 se observa que al inicio del estudio 1995 expresa una mortalidad 24,24 y al final 2010 la tasa de 15,00 por 100.000 mujeres. En cuanto al análisis de Regresión Lineal donde $(y = - 169,72 + 0,0925x; r^2=0,01; p = 0,773)$ con nueve (9) puntos menos que al inicio del período. En cuanto a la unión de las categorías C54C55 se obtiene para 1995 una tasa de mortalidad de 7,25 y al final del período 2010 es de 1,29 por 100.000 mujeres, su regresión lineal fue $(y = 404,26 - 0,2001x; r^2 = 0,09; p = 0,256)$ con seis (6) puntos menos que al inicio del período. Al unir todas las categorías C53+C54+C55 para 1995 la tasa de mortalidad es de 31,49 para 2010 llega a 16,29 por 100.000 mujeres regresión lineal $(y = 234,53 - 0,1075x; r^2 = 0,01; p = 0,772)$ con reducción al final del período de quince (15) puntos menos que al inicio del estudio (1995). Aunque, el análisis de regresión lineal sea estable no es indicativo para la significancia estadística.

Discusión

El total de casos de cáncer de útero en los estados bajo estudio durante los años 1995-2010, fue de 8.597.

La ubicación de cáncer de útero de mayor frecuencia registrada fue C53 es decir en cuello de útero.

En esta investigación se evidenció en todos los estados predominio de cáncer de útero de ubicación en C53 según CIE 10 es decir en cuello de útero, resultado similar obtuvo Arcia (5) para el Estado Falcón, donde C53 ocupó el primer lugar en las tasas de mortalidad.

Durante el período 1995-2010 se evidenció que las tasas de mortalidad por cáncer de útero disminuyeron en los seis estados bajo estudio, hecho similar al reseñado por Suárez. (6)

En este estudio se utilizó el número de muertes en cáncer de útero en sus tres categorías (C53, C54, C55). Para los estados en estudio, C53 ocupa el primer lugar con tasas de mortalidad al inicio y al final del período estudiado, siempre por encima de C54+C55. Al unir todas las categorías (C53+C54+C55) la tasa de mortalidad llega para 1995 a 31,49 por 100.000 mujeres en distrito Capital, considerada como la menor de los estados bajo estudio, siendo la más alta en el estado Delta Amacuro para ese año de 31,49 por 100.000 mujeres. Al final del período resultó ser la tasa más baja la del distrito Capital con 10,07 por 100.000 mujeres y la más alta persiste para el estado Delta Amacuro con 16,29. Similares resultados obtuvo Donoso (8) cuando evidenció una disminución de de mortalidad por cáncer de Cuello Uterino de 14,3 por 100.000 mujeres (1990) a 8,5 por 100.000 mujeres (2003)

Al comparar este estudio con el Estado Falcón (5) se observa como para 1995 ese estado tenía una tasa de mortalidad superior de 16,92 por 100.000 mujeres y en 2008 de

11,78 por 100.000 mujeres mientras en este estudio sólo Anzoátegui y distrito Capital estaban por debajo de ese indicador al principio del periodo y al final del mismo solo distrito Capital. Por otra parte, este estudio al igual que Suárez (6) Donoso (8) y Guzmán (9) mostraron una disminución de las tendencias en las tasas de mortalidad por cáncer de útero durante los respectivos periodos de estudio, al igual que en que en la presente investigación se observó una tendencia general de todos los estados a la disminución de las tasas de mortalidad

Este estudio mostró que en el período de 1995-2010, la mortalidad por cáncer de útero tuvo una tendencia de estable a descendente, producto de las estrategias establecidas por el MPPS.

Se recomienda, la continuidad de las políticas y operatividad del programa ya que se evidencia una mejoría en las tasas de mortalidad al contrastarlas con los antecedentes de otras investigaciones, por otra parte, se sugiere que en los Anuarios de Mortalidad de Epidemiología y Estadística Vital del MPPS se desglose la información de la mortalidad según C54 y C55 por separado para cada entidad federal y finalmente se sugiere la creación del Observatorio Nacional del Cáncer que permita el seguimiento periódico y a nivel del país de esta patología.

Agradecimientos

Al Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” que prestó su apoyo para el desarrollo de esta investigación.

Bibliografía

1. Palo, G.; Dexeus, S. y Channen, W. Patología y Tratamiento del Tracto Genital. Edit. Elsevier Doyman. Barcelona- España. 2007
2. Organización Mundial de la Salud .Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. Página oficial disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp>. Consulta realizada en Julio 2 de 2011.
3. Medina, F, Sánchez-Lander, J., Calderaro, F, Borges, A., Rennola, A., Bermúdez, C. et al. Cáncer de cuello uterino. Consenso nacional para el diagnóstico y tratamiento 2010. Rev. venez. oncol. [online]. jun. 2011, vol.23, no.2 [citado 3 Junio 2012], p.102-129. Disponible en: <<http://www.scielo.org.ve/pdf/rvo/v23n2/art10.pdf>.
4. Capote N., L. Aspectos epidemiológicos del cáncer en Venezuela. Rev. venez. oncol. [online]. dic. 2006, vol.18, no.4 [citado 10 Julio 2011], p.269-281. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822006000400011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-0582.
5. Arcia, I. . “Análisis de la Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino en el estado Falcón-Venezuela”. Trabajo Especial de Grado no publicado.IAE Dr. Arnoldo Gabaldon. Maracay.2010
6. Suárez. B., Koifman J R, Gallego L, González L y Gafanhao, S “Análisis de la Mortalidad de Cáncer de Cuello Uterino en Venezuela (1995- 2007)” Conferencia en I Jornada Científicas del Cáncer en el IAE Arnoldo Gabaldon. Mimeo. Maracay.2010
7. Barraez, Y. .Cobertura del programa de prevención de cáncer de cuello uterino en comunidades del Municipio Girardot, Estado Aragua. *Comunidad y Salud*. [Online]. dic. 2006, vol.4, no.2 [citado 10 Julio 2011], p.13-21. Disponible en: <http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932006000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1690-3293.
8. Donoso E, Cuello M, Villarroel L. Reducción de la mortalidad por cáncer cérvicouterino en Chile, 1990-2003. Rev Chil Obstet Ginecol; 71(5):307-12.2006
9. Guzmán C., S.; Salas R, P; Puente P, R.; Hott a, H.; Israel A, E.; Pesquisa y control del cáncer cérvico-uterino en el Servicio de Salud de Valdivia (1993-2003) Rev. méd. Chile [serial on the Internet]. 2005 Junio [cited 2011 July 10]; 133(6): 685-692. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000600011&lng=en.doi: 10.4067/S0034-98872005000600011 script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000600011&lng=en. doi: 10.4067/S0034-98872005000600011