

Estrategia de intervención al cáncer gástrico en el Norte de Santander

Manuel Moros, Ciro Jurado, Hernando Mora, German Wilches, Raúl Escobar, Getty González, Ivon Espitia, Ivonne Gamboa, Maryory Hernández

Introducción

Las neoplasias malignas constituyen uno de los problemas más preocupantes de salud pública en el mundo. A nivel mundial se estima que el cáncer ocasiona 8.5 % del total de las muertes que se producen al año en el mundo. En Colombia esta cifra está alrededor de 14 % y en la mayoría de los países desarrollados es de 20%. Según la OMS, en los próximos 25 años estas cifras se duplicaran en la mayor parte del mundo (1). En lo que compete al cáncer gástrico a pesar de que se ha observado una disminución de la incidencia a nivel mundial, es el segundo cáncer más frecuente con 780000 nuevos casos (9.9 %) del total y 628000 muertes (12.1%) de las muertes por cáncer (2). En Colombia representa la primera causa de mortalidad por cáncer (3) ocasionando alrededor de 6000 muertes anuales, que conllevan a 54700 años de vida saludables perdidos. En Norte de Santander los registros disponibles solo permiten conocer las tasas de mortalidad, la cual esta alrededor de 15 casos por 100000 habitantes, afectando cada vez con más frecuencia población joven y económicamente activa (4).

Estas cifras ponen de manifiesto que cambios en los perfiles sociodemográficos y epidemiológicos han convertido el cáncer, es un problema de salud pública (5), correspondiendo al cáncer gástrico el penoso primer lugar en el país. Es necesario, entonces, asumir el reto de enfrentar esta patología impulsando estrategias de prevención en el marco del sistema de seguridad social, responsabilidad que como asociación científica debemos compartir, buscando una coordinación entre los sectores para aplicar estrategias que busquen la implementación de políticas nacionales dirigidas a la prevención de cáncer gástrico en Colombia.

Este artículo presenta la estrategia de intervención frente al Cáncer Gástrico que ha sido planteada en el Norte de Santander y los avances realizados en su implementación hasta el momento.

Situación del cáncer gástrico en el Norte de Santander

En el Norte de Santander se observa de manera preocupante un aumento notable de la mortalidad por cáncer la cual alcanza tasas de 60.1 x 100000 habitantes, correspondiendo 41.52% a tumores del aparato digestivo (4). El cáncer gástrico ocupa la primera causa de mortalidad por cáncer y la cuarta causa global de mortalidad después de las heridas por arma de fuego, infarto agudo del miocardio y eventos cerebro vasculares. Cuando se analizan los grupos de edad entre 15 y 60 años asciende al tercer lugar desplazando a la enfermedad cerebro vascular la cual se presentan en edad mayor y si adicionalmente descartamos la mortalidad por trauma, el cáncer gástrico es la segunda causa de mortalidad.

En un análisis del comportamiento epidemiológico del cáncer gástrico realizado en el hospital Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta en el periodo de 1991 al 2000, se encontró que 97% de las lesiones se diagnosticaron en estadios avanzados y solamente 3% correspondían a lesiones incipientes, cifra muy inferior, comparada con la de países donde existen programas de detección temprana. Sesenta por ciento de los casos se presentan con signos de inoperabilidad, y solo reciben tratamiento quirúrgico 31.2% de los pacientes, con perspectivas de sobrevida menores al 10% a 5 años (6). Resultados similares fueron encontrados en un estudio realizado en 1988 por el Departamento de Cirugía del Hospital Erasmo Meoz (7).

Problemática de los pacientes con cáncer gástrico

Como se ha planteado no sólo en Norte de Santander, sino en todo el territorio nacional los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico presentan la misma historia natural es decir, largos periodos de evolución de los síntomas, múltiples consultas a los servicios de salud, tratamientos empíricos sin respuestas, la falta de solicitud de estudios diagnósticos, la negativa de las autorizaciones por empresas prestadoras de salud que aducen políticas de ahorro de costos, o en otras ocasiones, mas grave aún, cuando son autorizados, no se realizan con la debida calidad

Manuel Moros, Ciro Jurado, Hernando Mora, German Wilches, Raúl Escobar, Getty González, Ivon Espitia, Ivonne Gamboa, Maryory Hernández. Grupo de Prevención de la Morbimortalidad por Enfermedades Crónicas. Gobernación del Norte de Santander, Plan de Atención Básica del Norte de Santander. Centro de Rehabilitación del Norte de Santander, Asociación Nortasantandereana de Cirugía.

Rev Colomb Gastroenterol 2004;19:9-12.

que se requiere. Todos estos hechos confirman que existe multicausalidad de los problemas en la atención de la salud y carencia de una coordinación intersectorial que armonice la intervención en los diferentes sectores en la atención de esta patología como son:

- a) La ausencia de programas de promoción de la salud y la prevención de cáncer gástrico en el nivel nacional.
- b) Baja cobertura de servicios diagnósticos, que usualmente se orientan a la atención curativa, concentrado en la infraestructura hospitalaria, donde se asume una actitud paliativa, con desmedro de las actividades de educación y prevención que busquen mantener sana la población.
- c) Falta de complementación entre las Instituciones públicas y las de Seguridad Social que prestan servicios de salud, lo cual genera ineficiencia e inequidad en el gasto orientado a la atención médica.
- d) Los recursos son insuficientes para la atención de pacientes de III y IV nivel que requieren soportes especiales como es el caso del cáncer gástrico, conllevando a un aumento de la morbilidad y mortalidad hospitalaria.
- e) Desconocimiento por parte del equipo de salud en el diagnóstico y manejo de lesiones premalignas del tracto gastrointestinal, originado en la falta de programas de capacitación en prevención por parte de la mayoría de facultades de medicina, la falta de programas de educación médica continuada y a la desmotivación general que genera la explotación al que hacer médico por parte de los manejadores de la salud.
- f) También intervienen condiciones ambientales que afectan con mayor frecuencia a los estratos socioeconómicos más bajos, efecto agravado por los malos hábitos alimentarios de estos grupos poblacionales.
- g) Finalmente la carencia de un registro poblacional de cáncer en el departamento, que se traduce en un subregistro de los datos impidiendo acercarse a cifras probablemente más preocupantes.

Propuesta

Ante la situación planteada ya anteriormente se ha propuesto la creación de un programa para la detección del cáncer gástrico incipiente (8). Esta idea se ha retomado en el departamento creando un programa que comprende un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos denominado "Programa para la promoción en salud y prevención del Cáncer Gástrico en el Norte de Santander"

Elementos técnicos

Desde el punto de vista de organización, este es un programa de la Gobernación del Departa-

mento, coordinado desde el Instituto Departamental de Salud, con el apoyo de la Asociación Norte Santandereana de Cirugía y articulado con el Programa de Prevención de la Morbimortalidad por Enfermedades Crónicas, en lo referente a prevención primaria y que tiene como objetivo disminuir la morbilidad por Cáncer Gástrico en el Norte de Santander.

El programa se ha diseñado para enfrentar el cáncer gástrico como un grave problema de salud pública, y como tal, a replantear la perspectiva actual de manejo, hacia un trabajo comprometido en la aplicación de las diversas estrategias en la promoción de la salud, como única opción para avanzar en la reducción de las brechas existentes en las condiciones de salud referentes a esta enfermedad, cambiando el modelo actual de atención a la salud del individuo por un modelo de atención a la población.

Se enfatiza en:

- Prevención primaria, mediante programas educativos a la comunidad, incluso desde la infancia, apoyando otros programas existentes como la Escuela Saludable, Guías Alimentarias, que mediante estrategias de información y comunicación inducen al consumo de una dieta saludable, rica en frutas y verduras frescas como una herramienta importante en la prevención del cáncer gástrico, siguiendo la recomendación de la Agencia Internacional para la investigación del Cáncer IARC (9) y de la Sociedad Americana de Cáncer, la cual ha establecido en el año 2002 bajo el fundamento de la evidencia científica las pautas para la reducción del riesgo de cáncer mediante opciones de una alimentación saludable y actividad física (10). Estas actividades son desarrolladas por todo el equipo de salud, especialmente del primer nivel articuladas con el Plan de Atención Básica del Departamento, el cual se ha venido capacitando desde 1 año antes del inicio del programa. También se enfatiza el control de los diferentes factores de riesgo susceptibles de ello, mediante acciones de protección específica, recomendando la erradicación de *Helicobacter pylori* en pacientes diagnosticados con lesiones premalignas (11) y en familiares de primer grado con cáncer gástrico (12).
- En lo referente a la detección temprana (Prevención secundaria), se promueve la captación desde el primer nivel de atención de pacientes sintomáticos para estudio endoscópico diagnóstico, para lo cual se ha creado la Unidad de Promoción y Prevención de Cáncer Gastrointestinal (Figura 1) que mediante una estrategia de reorientación de servicios de salud, busca mejorar la disponibilidad, calidad y oportunidad de la atención en métodos diagnósticos, aumentado la cobertura de la endoscopia digestiva a la población vulnerable de escasos recursos económicos, Unidad que desde el 1



Figura 1. Unidad de promoción y prevención de cáncer gastrointestinal del Norte de Santander.

de enero del presente año, atiende la población de la ciudad de Cúcuta y de los municipios del departamento con tasas más altas de mortalidad por esta enfermedad. Los criterios para la canalización de individuos (búsqueda activa), hacia la endoscopia digestiva son:

- Individuos sintomáticos o individuos diagnosticados con condiciones o lesiones premalignas, insistiendo en abordar con una endoscopia digestiva al paciente con síntomas dispépticos mayor de 40 años, y considerando que en ausencia de un programa masivo de Tamizaje para cáncer gástrico, la endoscopia digestiva de todo paciente con dispepsia constituye la única estrategia para incrementar la frecuencia del diagnóstico de cáncer gástrico incipiente (13). Estas endoscopias son realizadas por un equipo especializado debidamente entrenado y haciendo énfasis en el uso de técnicas de cromoscopia (14, 15).
- De otra parte para garantizar la calidad y oportunidad del programa se han desarrollado actividades de capacitación y actualización del equipo de salud en todos los niveles de atención, que incluyen los contenidos respectivos a las normas técnicas administrativas, además se han desarrollado durante la fase de despegue del programa: simposios, seminarios y talleres en técnicas en endoscopia e histopatología para el equipo especializado, buscando que todo el grupo maneje el mismo idioma, siguiendo la recomendación del Consenso Colombiano de Cáncer Gástrico (16).

Estrategias para la detección de cáncer gástrico incipiente

Estas se encuentran resumidas en la Figura 2.

Normatividad

Desde el punto de vista normativo existe una serie de leyes, decretos, resoluciones, acuerdos etc, que dan soporte al presente programa. Estas, se contemplan desde la Constitución Nacional, la cual en su artículo 48 establece la seguridad social como servicio público, de carácter obligatorio el cual se viene prestando mediante la Ley 100/93 de seguridad social, que proponiendo un modelo descentralizado, participativo y solidario, busca la cobertura total de la población en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Gran parte de éstas actividades se brindan a través del Plan de Beneficios constituidos por el Plan de Atención Básica, el cual a su vez “es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de a enfermedad, vigilancia en salud pública, y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad”. De otra parte el acuerdo 117 de 2000 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, ha definido claramente las acciones de detección temprana, haciendo referencia a los procedimientos que iden-

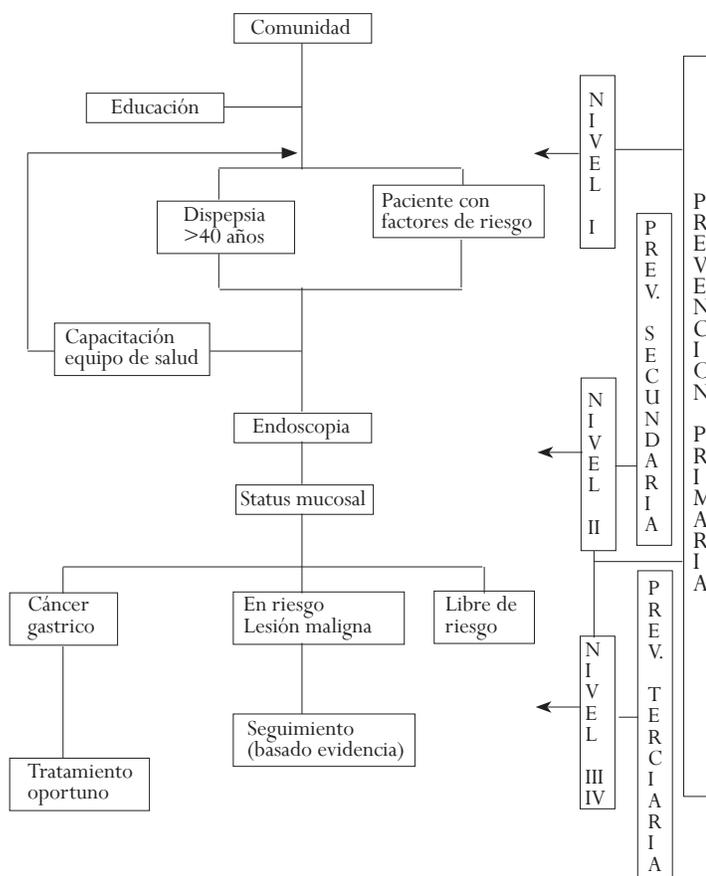


Figura 2. Estrategias para la prevención de cáncer gástrico incipiente.

tifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte. También la normatividad ha definido las enfermedades de Interés en Salud Pública: las cuales son aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial.

A pesar de que la prevención específica del cáncer gástrico no está contemplada dentro de las políticas de salud pública nacional, el artículo 8 del acuerdo 117 del CNSSS, le permite a los entes territoriales desarrollar otras actividades de Protección Específica, Detección Temprana y priorizar la atención de otras enfermedades de interés en salud pública, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de su población y las metas en salud pública territoriales. También la ley 715 de 2.002 en el Artículo 46, que hace referencia a las competencias en Salud Pública, expone que las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción y a promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para su inclusión en los planes y programas nacionales.

Conclusión

El Cáncer Gástrico es un problema de salud pública en el país que amerita una reflexión en la perspectiva actual de manejo hacia la implementación de estrategias que permitan un modelo de atención a la población en: prevención primaria, detección temprana, tratamiento oportuno y rehabilitación, aspectos

que no solamente están plenamente justificados, sino que tienen un respaldo normativo que permitiría a los diferentes entes territoriales implementar programas de prevención de cáncer gástrico si su perfil epidemiológico lo requiere, como ocurre en varios departamentos de la geografía nacional.

Referencias

1. **Africani Marcela.** Epidemiología del cáncer en Colombia. *Rev de Salud pública* Vol. 2 No 2
2. **Parkin M, Pisani P, Ferlay J.** Global Cancer Statistics. *Cancer J Clin* 1999;49:33-64
3. **Medina M.** Atlas de Mortalidad por Cáncer en Colombia., 1990 Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá 1994.
4. **Boletín Epidemiológico del Norte de Santander** 2001.
5. **Pimeros M.** Epidemiología del cáncer en Colombia. *Revista salud, Trabajo y ambiente* Vol 9 No 34, 2002.
6. **Landínez C, Rodríguez E.** Comportamiento epidemiológico del cáncer gástrico en el Hospital Erasmo Meoz 1991 a 2000. Tesis de grado Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander. 2001.
7. **Sus J.** Cáncer Gástrico en el Hospital Erasmo Meoz 1989. Revisión. Biblioteca Hospital Universitario Erasmo Meoz. Cúcuta Norte de Santander.
8. **Ronderos M.** Cáncer gástrico: detección precoz en poblaciones. *Trib Med* 1994; 89:275-281.
9. **Muñoz N.** Epidemiology of gastric cancer and perspectives for prevention. *Salud publica Mex*, 1997;39: 318-330.
10. **Byers T, Nestle M, Tiernan A, et al.** American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention. *Cancer J Clin* "002;52:92-119.
11. **Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, et al.** Helicobacter Pylori infection and the development of gastric cancer. *N Engl J Med* 2001;345:784-9.
12. **Niv Y.** Family History of Gastric Cancer: Should We test and treat for Helicobacter Pylori? *J Clin Gastroenterol* 2003;36(3) 204'208
13. **Hallisey MT, Allum WH, Jewkes AJ, et al.** Early detection of gastric cancer. *Br Med J* 301:3-51551.
14. **Bruno MJ.** Magnification endoscopy, high resolution endoscopy, and chromoscopy, towards a better optical diagnosis. *Gut* 2003;52:iv7.
15. **Oliveros R.** Guías de manejo en Gastroenterología Cromoscopia. *Rev Col Gastroenterología* sep 1999.
16. **González O.** Diagnóstico endoscópico. Primer Consenso Colombiano de Cáncer Gástrico. *Revista Colombiana de gastroenterología.* Supl 1(18),3. 2003.