

Mortalidad por cáncer de cuello uterino en la Amazonía colombiana

Cervical cancer mortality in the Colombian Amazon

Adriana Ardila Sierra. Investigadora en Salud Pública. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. Calle 19 No 8A -32 Bogotá, Colombia. Teléfono: (+57) 3166191074. amardila@fucsalud.edu.co. Autora de correspondencia.

Carol Vásquez-Basallo. Estudiante de Citohistología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. Calle 19 No 8A -32 Bogotá, Colombia. Teléfono: (+57 1) 3538000. cdvasquez@fucsalud.edu.co

Paula Ortiz-de Oro. Estudiante de Citohistología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. Calle 19 No 8A -32 Bogotá, Colombia. Teléfono: (+57 1) 3538000. paortiz@fucsalud.edu.co

Myriam Puerto de Amaya. Bacterióloga y Citohistóloga, Profesora asociada. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. Calle 19 No 8A -32 Bogotá, Colombia. Teléfono: (+57 1) 3538000. mbpuerto@fucsalud.edu.co

Resumen

OBJETIVO. Analizar el pico de mortalidad por cáncer de cuello uterino que se presentó en Guainía, en 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio ecológico. Se analizaron los datos de todas las instituciones con información sobre morbilidad y atenciones relacionadas con el cáncer de cuello uterino en Colombia, entre enero de 2009 y diciembre de 2019. Se incluyeron todos los datos disponibles para Guainía. Se excluyeron las bases sin datos entre 2016 y 2018. Se analizaron la morbilidad, atenciones y procedimientos, comparando el comportamiento en 2018 respecto de los demás años.

RESULTADOS. Las personas atendidas, las atenciones y los procedimientos relacionados con cáncer de cuello uterino disminuyeron en 2016 y 2017. La concentración de atenciones por persona más baja del periodo se dio en 2017. En 2019, aumentó el número de personas con diagnóstico de infección por papilomavirus.

CONCLUSIONES. La reducción en las tamizaciones, las atenciones y los procedimientos relacionados con cáncer de cuello uterino, en un territorio, puede ocasionar aumentos en la mortalidad por este tipo de cáncer. Es fundamental sostener en el tiempo las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento, para evitar esta mortalidad.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias del cuello uterino; Infecciones por Papillomavirus; cuello del útero; Mortalidad.

Abstract

OBJECTIVE. To analyze the cervical cancer mortality peak, in Guainía, in 2018.

MATERIALS AND METHODS. Ecological study. Data from all institutions with cervical cancer morbidity, mortality and attention information in Colombia, between January/2009 and December/2019, were analyzed. All available data for Guainía were included. The databases with no data between 2016 and 2018 were excluded. Morbidity, mortality, attention, and procedures were analyzed, comparing the behavior in 2018 to the other years.

RESULTS. Cervical cancer-related patients, care and procedures decreased in 2016 and 2017. The lowest concentration of care per person in the period was in 2017. In 2019, the number of people diagnosed with papillomavirus infection increased.

CONCLUSIONS. The reduction in screenings, care and procedures related to cervical cancer, in a territory, can lead to increases in mortality from this type of cancer. It is essential to sustain prevention, diagnosis, and treatment actions over time to avoid this mortality.

KEYWORDS: Uterine Cervical Neoplasms; Papillomavirus Infections; Cervix Uteri; Mortality.

ANTECEDENTES

El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte no violenta en mujeres, en el mundo.^{1,2} Este cáncer es prevenible³⁻⁵ y también es curable si se diagnostica oportunamente,^{6,7} mediante pruebas de tamizaje.⁸ Por esto, es inaceptable que aún mueran mujeres en el mundo por esta causa.

En 2018, en Colombia, fue la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres (7,1%), después del cáncer de mama (24,8%) y el colorrectal (8,8%)². Ese mismo año, Guainía, departamento colombiano, amazónico, 75% indígena, presentó la tasa de mortalidad por cáncer cuello uterino más alta del país (14,21 por cada 100.000 mujeres). Esta cifra corresponde a la que tenía Colombia, en promedio, en 1987; en el país se han documentado inequidades en la supervivencia entre territorios.⁹

En 2018 la mortalidad promedio de Colombia por cáncer cuello uterino fue de 9,55 muertes por cada 100.000 mujeres.¹⁰ La meta nacional para 2020 es de menos de 6,9 muertes por 100.000 mujeres¹¹. Desde 2016, en Guainía inició un nuevo modelo de atención en salud; el objetivo era mejorar el acceso y la calidad de los servicios en este territorio,¹² caracterizado por su dispersión poblacional (44.431 habitantes, en 72.238 km²).¹³ Por lo cual llama la atención el aumento concomitante en la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Este artículo tiene el objetivo de analizar el pico de mortalidad por cáncer de cuello uterino que se presentó en Guainía, en 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio ecológico. Se analizaron datos del Instituto Nacional de Salud, el Observatorio Nacional del Cáncer, el Sistema Integrado de Información de la Protección Social, el portal Así vamos en Salud y la cuenta nacional de alto costo “Hechos Información Gestión Innovación Acción” - HIGIA. Se incluyeron todos los datos disponibles para Guainía. Se excluyeron las bases sin datos para los años 2016 a 2018, así como los

datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, porque se reporta la suma de casos de cáncer de cuello uterino y de cáncer de mama, y no es posible separarlos. Se analizó el comportamiento de la morbilidad, las atenciones y los procedimientos realizados a lo largo del tiempo, comparando el comportamiento en 2018 respecto de los demás años.

En el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) se extrajeron los datos de personas atendidas y atenciones (códigos CIE-10: C530, C531, C538, C539, C54 D060, D061, D067, D069, D260, N87, B97.7), y de procedimientos médicos (códigos de la clasificación única de procedimientos en salud - CUPS: 671200 al 03, 672001, 673, 674, 7022, 898001, 898005 y 898009, 892904, 898101), desde 2009 hasta 2019 (Fecha de consulta: 17/07/2020).

RESULTADOS

El Análisis de la Situación de Salud de Guainía (ASIS) de 2018 ofrece muy poca información.¹⁴ Las cifras de morbilidad se presentan en combinación con las de cáncer de mama y las de mortalidad sólo se informan de manera cualitativa (en figuras), con datos hasta 2017.

En el ASIS de 2018, se evidencia un aumento de casos de más del 100% entre 2016 y 2017 (8,07 casos de cáncer de mama y cuello uterino por cada 100.000 mujeres de 18 años y más en 2016 y 16,96 casos en 2017), pero no es posible dilucidar a expensas de cuál de las dos patologías. No se informan casos de infección por el virus del papiloma humano, ni sobre vacunación. **Figura 1.**

El Instituto Nacional de Cancerología reporta la mortalidad por cáncer de cuello uterino, según quinquenios; así, cada cifra anual es el promedio entre los dos años anteriores y los dos años posteriores al reportado, como se muestra en la Figura 2, donde la cifra de 2017 incluye el promedio de 2015-2019. **Figura 2**

Según la Figura 2, que abarca datos promediados desde 2008 hasta 2019, tanto el total de muertes como la mortalidad cruda y la mortalidad estandarizada por cáncer de cuello uterino en Guainía han tenido una tendencia sostenida al aumento, lo cual indica que el problema actual ya venía dando señales de alerta.

Morbilidad por cáncer de cuello uterino en Guainía

Según la cuenta de alto costo del sistema de salud (HIGIA), en 2018 la prevalencia de cáncer de cuello uterino invasivo en el país fue de 58.7 por cada 100.000 mujeres; los departamentos que tuvieron mayor prevalencia fueron Córdoba, Casanare, Huila, Nariño, Sucre, Antioquia, Cesar, Bolívar y Caquetá (rango entre 90.9 y 70.6 por cada 100.000 mujeres) y los departamentos con menor prevalencia fueron Vaupés, San Andrés, Guainía, Vichada, La Guajira, Chocó, Santander, Cundinamarca y Caldas (Rango: 20,3 a 47,3 por cada 100.000 mujeres); no se detalla el dato de Guainía.

Según los datos del Sistema de información de la Protección Social (SISPRO), en Guainía el número de personas atendidas y las atenciones por cáncer de cuello uterino disminuyeron drásticamente en 2016 y 2017 (Figuras 3 y 4), años en los cuales inició el

nuevo modelo. Con una recuperación en los dos años siguientes, cuando las cifras se volvieron a acercarse a las que se presentaban antes del modelo.

En cuanto a los diagnósticos principales, predominaron la displasia cervical y el tumor maligno; su detección disminuyó al reducirse las atenciones en 2016 y 2017, que fueron los años previos al pico de mortalidad de 2018 (Figura 3).

Los aumentos de 2019 fueron tanto en el número de atenciones por persona como en el número total de personas atendidas (Figura 3 y 4). La concentración de atenciones por persona más baja se dio en 2017, un año antes del pico de mortalidad (3,5 atenciones por persona atendida en 2016, 1,6 en 2017, 3,4 en 2018 y 3,1 en 2019) (Figura 4).

Además, entre 2016 y 2018 la cantidad de procedimientos diagnósticos o terapéuticos relacionados con cáncer de cuello uterino disminuyó con respecto a los dos años anteriores (Figura 5). Mientras que en 2019 hubo gran aumento, a expensas de las citologías, seguidas por las biopsias, como se muestra en la figura 5.

En la misma figura se aprecia que la citología fue el procedimiento predominante todo el periodo, mientras que la proporción de colposcopias fue baja (Mediana: 3,2 colposcopias por cada 100 biopsias, Rango: 0 - 18,5), lo cual fue más evidente a partir del inicio del nuevo modelo, en 2016.

En el 68% de los casos identificados en SISPRO no se reportó la etnia, en el 25% se reportó “etnia indígena” sin especificar cuál etnia y en 7% se reportó “otra etnia”; las proporciones más altas del reporte de la etnia indígena se dieron en los tumores malignos y en el carcinoma in situ (Figura VI).

Indicadores de calidad

Según la Resolución 3280 de 2018, en Colombia es obligatorio realizar colposcopia cuando hay hallazgos anormales en la tamización (por citología o por inspección visual) y el estándar para su toma en caso de hallazgos anormales es de 30 días. En las fuentes consultadas hay muy pocos datos de calidad discriminados por departamento. La evaluación más reciente de la detección temprana de cáncer de cuello uterino, fue realizada por el Instituto Nacional de Salud y se remonta al periodo 2005 - 2010 (incluyó cobertura de tamización, oferta de servicios, calidad de la citología, seguimiento de las mujeres con lesiones intraepiteliales de alto grado, y efectividad de la citología).¹⁵

Según la cuenta de alto costo del sistema de salud (HIGIA), en Colombia las peores medianas de oportunidad desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, corresponden al cáncer de cuello uterino; a nivel nacional, en 2018 la oportunidad en la atención a este cáncer, desde las sospechas médicas hasta el diagnóstico, fue de 43 días y la oportunidad desde el diagnóstico hasta el tratamiento fue de 69 días.

Según el Observatorio Nacional del Cáncer, en Guainía la proporción de mujeres con toma de citología cervicouterina aumentó entre 2014 y 2019, mientras que la realización de colposcopia tuvo un comportamiento oscilante (figura 7).¹⁶

Según el informe de 2018 del Instituto Nacional de Salud sobre cáncer de mama y cuello uterino,¹⁷ en Guainía la tasa de incidencia de notificación de cáncer de cuello uterino, ajustada por edad, fue inferior pero cercana a la nacional, que estuvo en 15,3 mujeres notificadas por cada 100.000 mujeres; no se detalla el dato de Guainía.

Finalmente, según los datos de SISPRO, el número de personas atendidas con diagnóstico de infección por papilomavirus aumentó en 2019 (11 personas, fecha de consulta 23/07/2020) (Figura 3). En los reportes del Plan Ampliado de Inmunizaciones no se incluye la vacunación contra virus del papiloma humano y no se encontraron otros reportes oficiales. En el ASIS departamental 2018 no se hace mención a esta vacuna, probablemente no se esté aplicando en el departamento.

DISCUSIÓN

En este manuscrito se analizó la situación del cáncer de cuello uterino en un territorio priorizado de Colombia por haber sido el piloto nacional de un nuevo modelo de salud, que inició en 2016, dirigido a los departamentos con población dispersa. Se tuvieron en cuenta todos los datos disponibles en portales públicos y un primer hallazgo fue la ausencia de datos georreferenciados por departamento en varias fuentes.

Sin embargo, con la información disponible se identificó que la alta mortalidad del 2018 estuvo antecedida por una reducción en el número de atenciones y de personas atendidas durante los primeros dos años de implementación del nuevo modelo (2016 y 2017), con una menor detección de tumores malignos que en los años anteriores, lo cual pudo contribuir a la detección tardía de aquellos casos que configuraron el pico de mortalidad de 2018. También hubo una disminución en la concentración de atenciones por persona atendida en 2017, el año inmediatamente anterior al pico.

La mejoría de las cifras de personas atendidas y número de atenciones en 2019 amerita un seguimiento dado que son similares a las que se habían logrado en el Departamento entre 2014 y 2015, indicando que hubo tiempos mejores y que aún se esperarían mejores logros con el paso del modelo.

Por otra parte, preocupa la baja proporción de colposcopias porque este examen es la prueba confirmatoria de elección, ante hallazgos citológicos anormales, y es necesario para el seguimiento y el manejo definitivo oportuno.¹⁵ Aunque no se cuenta con comparadores, la mediana de 3,2 colposcopias por cada 100 biopsias se considera muy baja.

No se puede descartar que los cambios institucionales ligados al inicio del nuevo modelo hayan impactado negativamente las relaciones entre los servicios de salud y las comunidades con efectos negativos en la demanda de atención y con menores posibilidades de interacciones interculturales favorables para el acceso cultural.

Dado que durante el periodo estudiado en este territorio se estuvo implementando un nuevo modelo de atención en el cual hubo cambios frecuentes de instituciones participantes y de personal de salud, el comportamiento de los datos estudiados puede reflejar, al menos parcialmente, un efecto de “borrón y cuenta nueva” secundario a dichos cambios y empalmes.

Este hallazgo concuerda con otros reportes que han identificado algunos logros en el acceso a atención de alta complejidad, con el nuevo modelo, pero falencias en el ámbito de la atención preventiva y de primer nivel.^{18, 19}

Esto indicaría que la implementación de nuevos modelos de atención conlleva el riesgo de reducir logros previos, entonces se recomienda que los territorios que incursionen en

nuevos modelos prevean estrategias de gestión para que dichos cambios y empalmes no impliquen la pérdida de las capacidades territoriales previamente construidas.

Por otra parte, preocupa la ausencia de reportes de vacunación contra el virus del papiloma humano en este departamento, que muy seguramente reflejan la ausencia de vacunación. La preocupación es mayor considerando que las atenciones por infección por virus del papiloma humano han aumentado y teniendo en cuenta que esta infección también se ha asociado recientemente a otros tipos de cáncer, adicionales al cáncer de cuello uterino y en hombres.

La baja proporción de casos reportados como etnia indígena en SISPRO (25%) contrasta con el 75% de población indígena de este departamento y sugiere un subregistro de este dato que ha sido identificado en estudios previos.²⁰

La mayor parte de las limitaciones de este estudio se relacionan con la ausencia de datos o datos incompletos para Guainía en las fuentes nacionales, así como con la calidad de los datos existentes, que depende de la calidad de las notificaciones. Dos faltantes importantes, para comparar con el país, fueron la cobertura de tamización en mujeres entre 25 y 69 años de edad y la calidad de las citologías que se toman.

CONCLUSIONES

En Guainía, el pico de mortalidad por cáncer de cuello uterino de 2018 fue posterior a una reducción en las tamizaciones, atenciones y procedimientos relacionados con este tipo de cáncer entre 2016 y 2017. Lo cual indica que la reducción en las tamizaciones, las atenciones y los procedimientos relacionados con cáncer de cuello uterino, puede ocasionar aumentos en la mortalidad por este cáncer. Es fundamental sostener las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento, a lo largo del tiempo, para evitar la mortalidad por este tipo de cáncer.

Como este fenómeno se dio durante la implementación de un nuevo modelo de atención en salud, se infiere que no es posible dar por sentado el éxito de los nuevos modelos de atención en los territorios; si dichos modelos no garantizan la continuidad de los esfuerzos que se venían realizando previamente, el efecto puede ser el contrario, como en este caso.

En este departamento es necesario aumentar los servicios para la detección oportuna de los casos, y específicamente es prioritario incrementar el acceso a colposcopia.

Es necesario mejorar la calidad de los datos de la vigilancia en salud pública, tanto a nivel departamental como nacional, así como la captura y el reporte de indicadores de calidad de la atención en cáncer de cuello uterino, discriminados por departamento.

Agradecimiento

El proyecto de investigación del cual se deriva este artículo fue financiado por Minciencias (CT 789-2018).

REFERENCIAS

1. Barrios E, Garau M. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. *Anfamed* 2017;4:7-161. <http://dx.doi.org/10.25184/anfamed2017.4.1.2>

2. International Agency for Research on Cancer. The Global Cancer Observatory - Globocan. 2018. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/170-colombia-factsheets.pdf>
3. Marañón T, Mastrapa K, Flores Y, Vaillant L, Landazuri S. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. CCM 2017;21:187-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100015&lng=es
4. Viroga S, Speranza N. Seguridad de la vacuna VPH: ¿qué sabemos y qué hay de nuevo? Boletín Farmacológico 2016;7(1):6. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/11070>
5. Zapata A, Borja A, Macías I, Albán C. Medidas asociadas a la reducción del riesgo de cáncer de cuello uterino. RECIAMUC 2019;3(1):127-46 DOI: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(1\).enero.2019.127-146](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(1).enero.2019.127-146)
6. Correia R, Bonfim C, Ferreira D, Furtado B, Costa H, Feitosa K, et al. Quality of life after treatment for cervical cancer. Esc. Anna Nery 2018;22(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0130>
7. Arrivillaga M, Ruiz DM, Medina M. Atención en salud de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino: evidencia cualitativa de la fragmentación del sistema de salud en Colombia. RGYPS 2019;18(37):1-20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-37.asml>
8. García A, Díaz P, Melo U, Parra F, Vera C, Orozco V. Validación de la citología cervicouterina convencional con prueba de referencia histopatológica en la identificación de cáncer escamocelular invasor. Rev. chil. obstet. ginecol. 2006;71:184-8. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000300007>
9. Arias N, De Vries E. Inequidades en salud y supervivencia al cáncer en Manizales, Colombia: un estudio de base poblacional. Colombia Médica. 2018;49(1):63-73. <http://dx.doi.org/10.25100/cm.v49i1.3629>
10. Así vamos en salud. Mortalidad por cáncer de cérvix, por Departamento - Colombia. 2005-2019. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/31hrRTr>.
11. Londoño B, Ramirez C, Urquijo L, Ospino M, Londoño C, Ortiz L. Plan Nacional para el control del Cáncer en Colombia 2012-2020. Bogotá, Colombia. 2012. Disponible en: <https://bit.ly/3jPNjou>
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas. 2015. Disponible en: <https://bit.ly/3jVs84w>
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Entrega de resultados Censo nacional de población y vivienda (CNPV)- 2018. Comunicado de prensa. Colombia; 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3eg6mHc>
14. Secretaría Departamental de Salud del Guainía. Análisis de situación en salud, Departamento de Guainía. 2018.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Colombia; 2014. <https://bit.ly/3gJ65vY>

16. Observatorio Nacional de Cáncer, Ministerio de salud. Mortalidad de cánceres priorizados Bogotá, Colombia ; 2020 [Disponible en: <https://bit.ly/2ELFHV5>
17. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento cáncer de mama y cuello uterino en Colombia 2018 Ministerio de Salud 2018. <https://bit.ly/3jtUXVH>
18. Ardila-Sierra A, Niño Leal L, Sarmiento Medina M, Rivera-Triana D, Pachón Lozano A, Martínez Acosta F. Un recorrido por la implementación del MIAS de Guainía. Línea de tiempo. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud; 2020. p. <https://bit.ly/2AucRGO>.
19. Ardila-Sierra A, Niño-Leal L, Rivera-Triana D, Sarmiento-Medina MI, Alzate JP. Condiciones en la frontera sur entre Colombia y Venezuela ante la pandemia de COVID-19. 2020. 2020;22(2):9. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n2.86366>
20. Ardila-Sierra A, Rivera-Triana D, Sarmiento Medina MI, Romero-Piñeres AC, Bayona-Camelo A, Herrera-Bolívar S. Pacientes procedentes de un territorio disperso que fallecieron en un hospital universitario. Serie de casos. Investigaciones en Seguridad Social y Salud. 2020;21(1):23-31.

Lista de Figuras

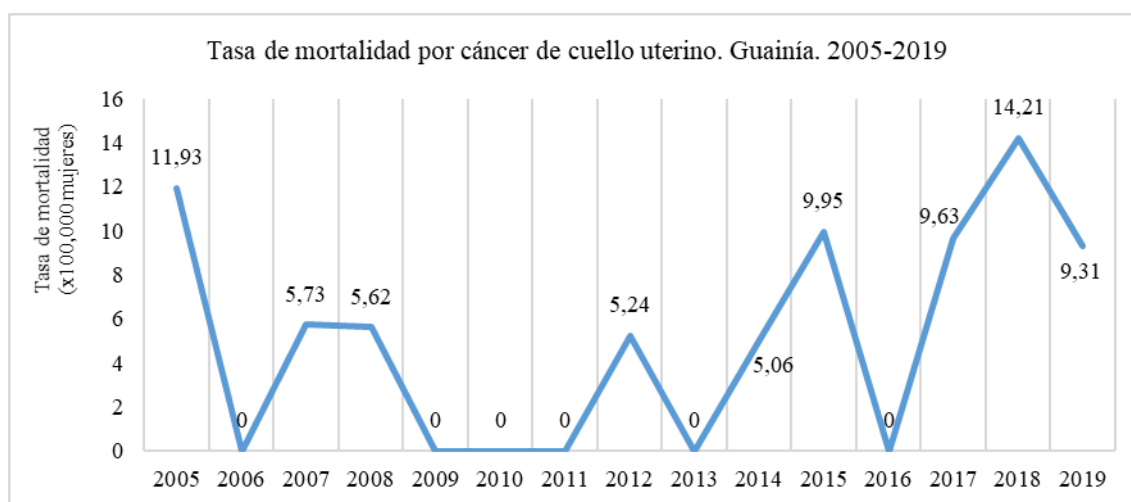


Figura 1. Mortalidad por cáncer de cuello uterino. Guainía. 2005 – 2019

Fuente: Elaboración propia con datos de <https://www.asivamosensalud.org/>. Fecha de consulta 22/07/20

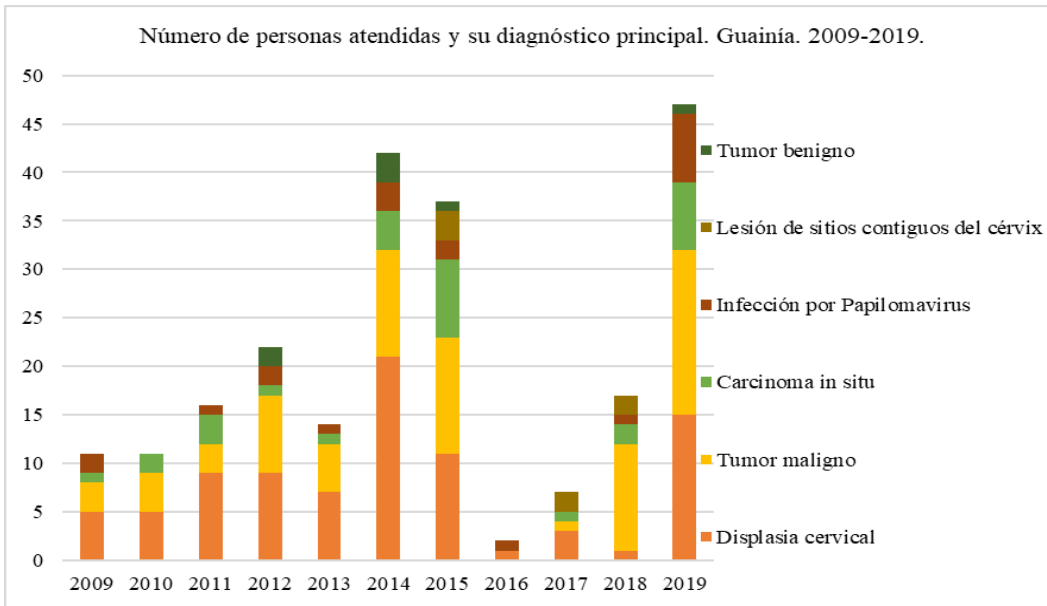


Figura 2. Tasa de mortalidad por 100.000 personas - año en mujeres. Cáncer de cuello uterino. Guainía. 2010 - 2017.

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de https://www.infocancer.co/portal/#!/filtro_mortalidad/ Consulta: 17/07/20

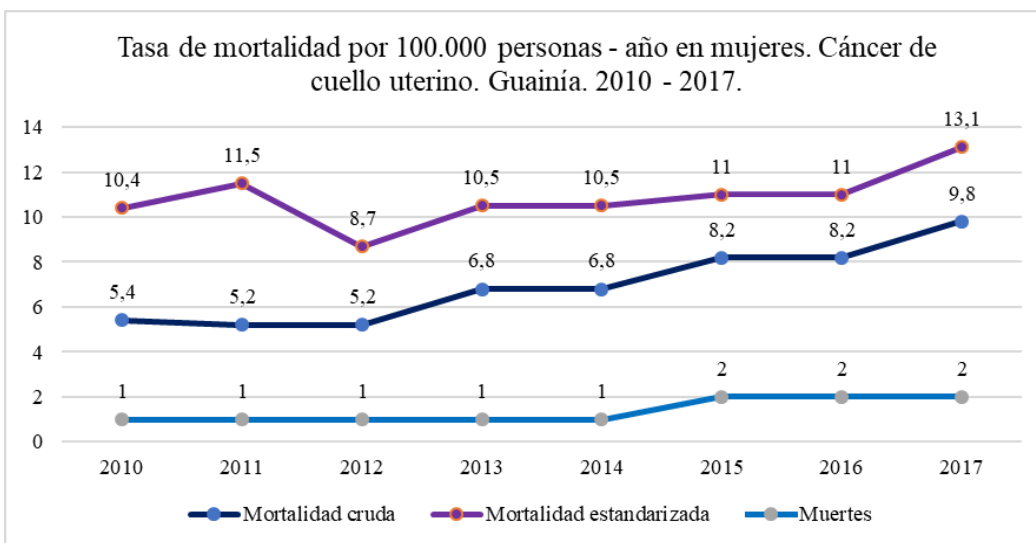


Figura 3. Número de personas atendidas y su diagnóstico principal. Guainía. 2009-2019.

Fuente: Elaboración propia con datos de Cubos SISPRO - RIPS. Fecha de consulta: 23/07/20

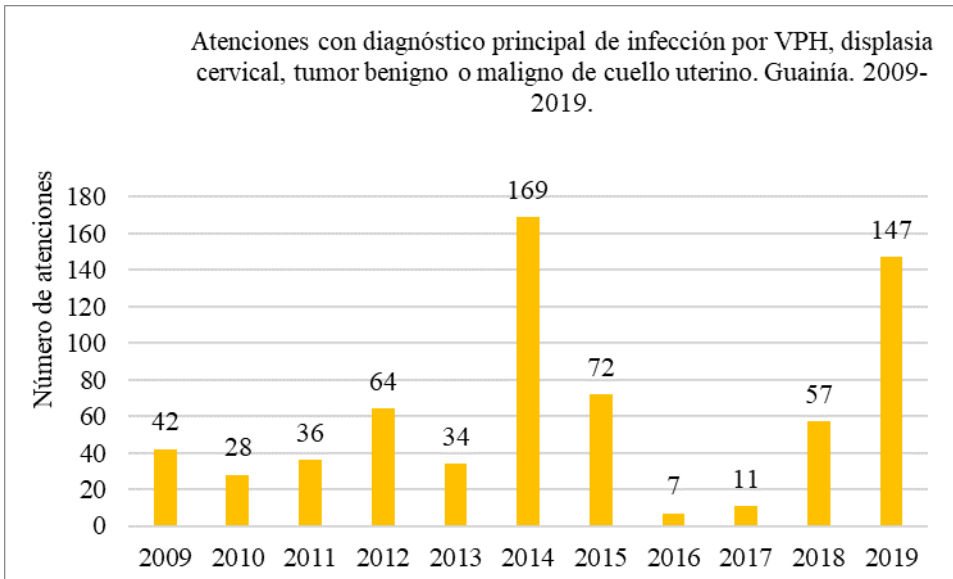


Figura 4. Número de atenciones y su diagnóstico principal. Guainía. 2009-2019.
 Fuente: Fuente: Elaboración propia con datos de Cubos SISPRO - RIPS. Fecha de consulta: 23/07/20

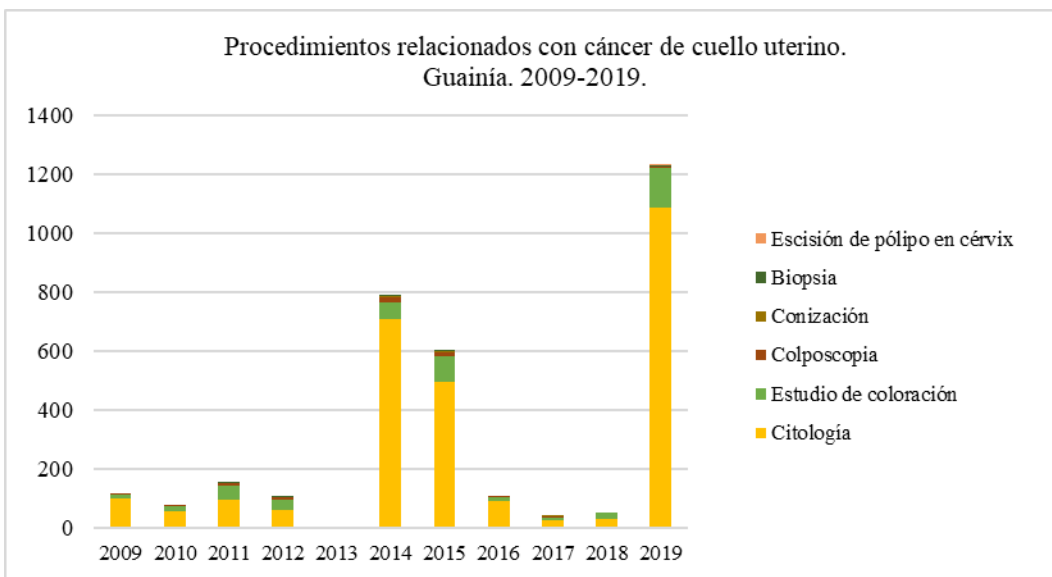


Figura 5. Procedimientos relacionados con cáncer de cuello uterino. Guainía. 2009-2019.
 Fuente: Elaboración propia con datos de Cubos SISPRO - RIPS. Fecha de consulta: 23/07/20

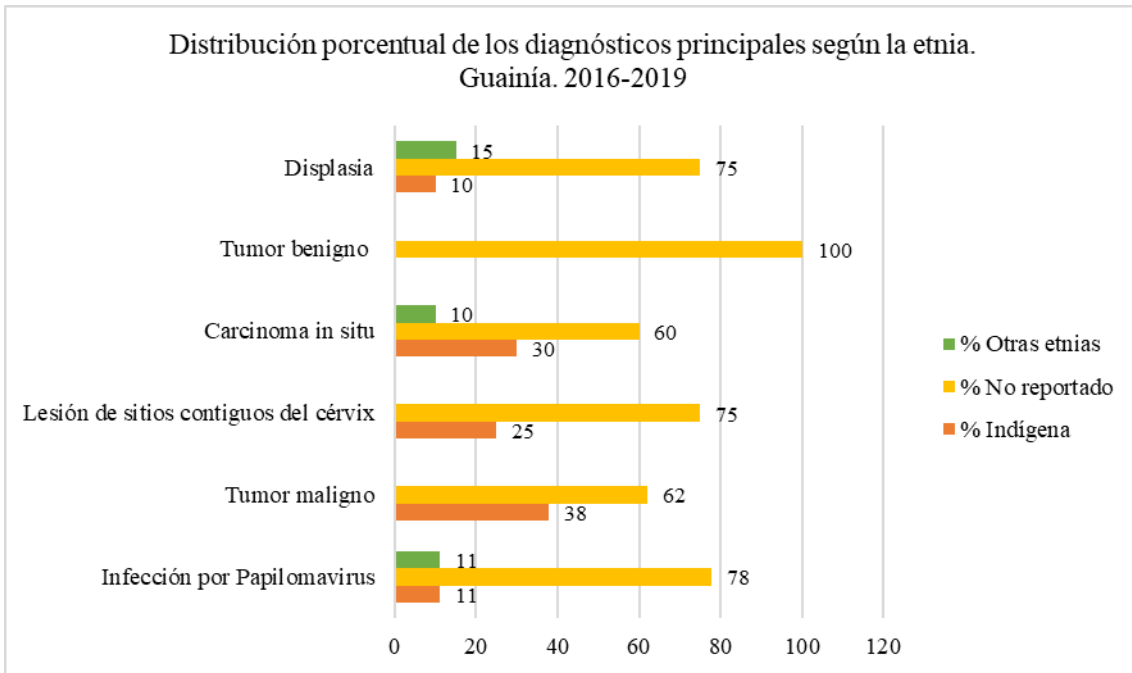


Figura 6. Distribución porcentual de los diagnósticos principales según la etnia. Guainía. 2016-2019

Fuente: Elaboración propia con datos de Cubos SISPRO - RIPS. Fecha de consulta: 23/07/20

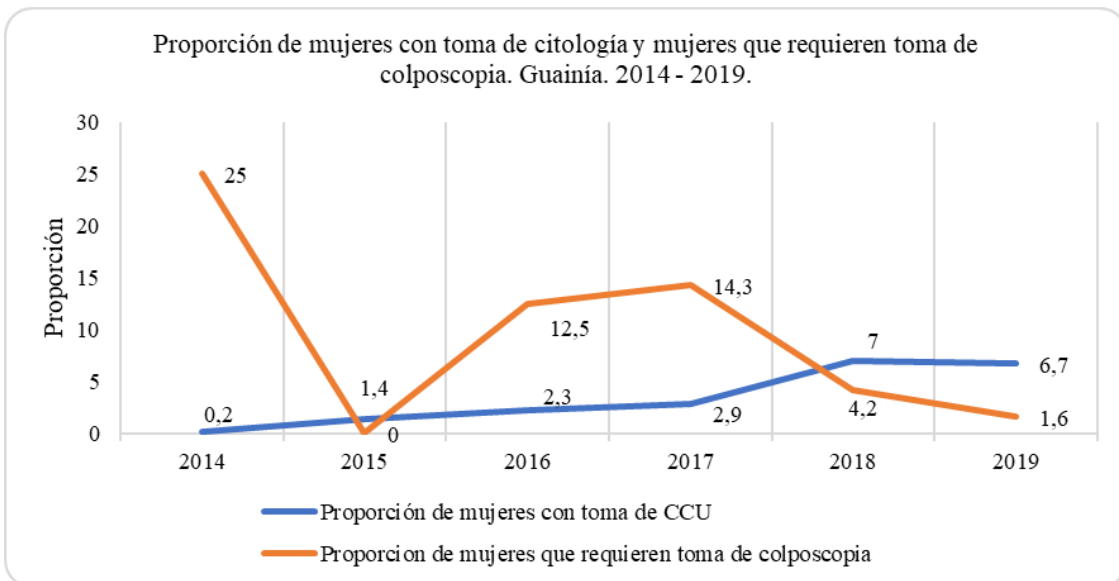


Figura 7. Proporción de mujeres con toma de citología y mujeres que requieren toma de colposcopia. Guainía. 2014 - 2019.

Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio Nacional de Cáncer. Fecha de consulta 17/07/20.