

La Atención Primaria de Salud en el Control del Cáncer de Próstata y Colon. Villa Clara. 2012 – 2016.

Gabriela Isidor Alvarez-Guerra 1
José Vladimir Brunet Liste 2
Dra. Liset Alvarez-Guerra González 3

- 1: Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara/Estudiante de primer año de la Carrera de Medicina, Santa Clara, Cuba, Correo electrónico: estadisticavc@informed.sld.cu
- 2: Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara/Estudiante de tercer año de la Carrera de Medicina, Santa Clara, Cuba, Alumno ayudante de la especialidad de Oncología.
- 3: Dirección Provincial de Salud de Villa Clara/ Jefe de Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Santa Clara, Cuba, Correo electrónico: lisetgg@informed.sld.cu. Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Afiliado a la Sociedad Cubana de Salud Pública y de Higiene y Epidemiología.

Resumen:

El control del cáncer no es vulnerable a acciones parciales, discontinuas o de escasa cobertura, requiere de una estrategia de carácter integral. El cáncer de próstata es el cáncer de mayor reporte en los hombres de Villa Clara y el cáncer de colon constituye la tercera causa en hombres y cuarta en mujeres. Se desarrolló una investigación descriptiva en Villa Clara en los años 2012 – 2016 con el objetivo de caracterizar la utilización de las pruebas SUMA SOFH y PSA, realizadas en la Atención Primaria de Salud, en función del diagnóstico de cáncer de colon y próstata. Se observó un incremento significativo en la cobertura de población estudiada. La positividad fue 10,5 y 8,4 % de SOHF y de PSA respectivamente. Se incrementa el diagnóstico en etapas tempranas para el cáncer de próstata y se mantienen oscilaciones, sin tendencia establecida en el cáncer de colon. Se recomienda incrementar las acciones con enfoque de riesgo en la atención primaria de salud.

***Palabras clave:* cáncer de colon/SOHF, cáncer de próstata/PSA**

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomiendan, en la actualidad, un modelo emergente de lucha contra el cáncer que integre toda una gama de actividades para aprovechar al máximo los recursos limitados existentes y lograr el mayor impacto posible. (1)

El carcinoma colorrectal constituye un problema sanitario de gran magnitud debido a sus altas frecuencia y mortalidad, por lo cual se ha considerado que será la neoplasia más frecuente de este siglo. Solo en los Estados Unidos son diagnosticados cada año de 130 000 a 165 000 personas con esta afección, que es la segunda causa de muerte por cáncer en ese país, así como en muchas naciones de Europa. Durante el 2005, el Instituto Nacional del Cáncer en EE.UU. estimó que 104 950 individuos más padecían cáncer de colon y una mortalidad de este tumor combinado con el de recto en 56 290 pacientes. (2 - 4)

En la población mundial, el cáncer colorrectal es la tercera neoplasia en orden de frecuencia; es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres (luego del de mama) y la tercera entre los hombres (luego del de próstata y pulmón). (1 - 4) En Cuba, el cáncer colorrectal ocupa, dentro de los tumores malignos, el tercer lugar en mortalidad para ambos sexos, es responsable de aproximadamente el 9 % del total de las defunciones por tumores malignos en el presente siglo, con mayores niveles de mortalidad en las mujeres. (5)

El concepto de detectar cáncer colorrectal buscando sangre oculta en heces fecales (SOHF), se basa en la observación de que los carcinomas sangran más que la mucosa normal. El volumen de sangre perdido en las heces en sujetos normales es de 0,5 mL/d. Esta cifra aumenta significativamente en casos de cáncer colorrectal y en adenomas, en razón de la localización, tamaño y estadio. (6 - 10)

En las últimas décadas, el cáncer de próstata se ha convertido en la neoplasia no cutánea más frecuente tanto en Europa como en Estados Unidos y su incidencia ha ido creciendo progresivamente. En los EEUU es actualmente la segunda causa de muerte por cáncer en el sexo masculino, y la situación es similar en Europa. (11)

Su pronóstico ha mejorado en los últimos años, en buena parte a causa de la introducción de la determinación del Antígeno Prostático Específico (PSA) en la detección del cáncer de próstata. La utilización de esta magnitud biológica, se ha convertido en una herramienta clave en el manejo de este tumor. Actualmente disponemos de datos que avalan el uso de la determinación de PSA en el diagnóstico, estadiaje y monitorización del cáncer de próstata (11)

La determinación del PSA es la prueba diagnóstica objetiva de mayor ayuda para establecer la sospecha de cáncer de próstata, siendo la que posee el mayor valor predictivo de la enfermedad por sí misma. (11)

El control del cáncer no es vulnerable a acciones parciales, discontinuas o de escasa cobertura, sino que requiere de una estrategia de carácter integral. Cuba, siguiendo las recomendaciones de la OMS/OPS de lograr soluciones ágiles ante la tendencia ascendente de la incidencia y la mortalidad por cáncer, decide crear la Unidad Nacional para el Control del Cáncer, estableciendo un proceso de gestión y coordinación de acciones para el control de esta enfermedad. (1)

A medida que se fueron orientando las políticas de salud relacionadas con el cáncer, estas se fueron implementando en Villa Clara, quien ha organizado el sistema de salud en función de controlar las localizaciones priorizadas en el programa nacional y que constituyen las principales causas de muerte por cáncer. Como parte de esta estrategia, se han implementado tecnologías en función de diagnosticar tempranamente el cáncer.

El cáncer de próstata es el cáncer de mayor frecuencia reportado en los hombres de Villa Clara y el cáncer de colon constituye la tercera causa de incidencia en hombres y cuarta en mujeres.

Por tal razón, se desarrolló una investigación con los objetivos siguientes:

Objetivo general:

Caracterizar la utilización de los kit de sangre oculta en heces fecales y antígeno prostático específico en función del diagnóstico de cáncer de colon y próstata en Villa Clara durante los años 2012 – 2016.

Objetivos específicos:

1. Identificar la cobertura de población estudiada de Sangre Oculta en Heces Fecales y Antígeno prostático específico en la población de Villa Clara.
2. Describir la positividad de las determinaciones realizadas.
3. Identificar las etapas clínicas al diagnóstico de cáncer de colon y próstata.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. El periodo de estudio estuvo comprendido entre enero del 2012 y diciembre del 2016. No se pudo obtener la información relacionada con la realización de sangre oculta en heces fecales del año 2012, porque esta técnica no se encontraba disponible en la provincia en esa fecha. Para dar salida al primer y segundo objetivo, el universo estuvo constituido por la población 50 años y más de la provincia de Villa Clara, en los años 2012 – 2016. Para dar salida al tercer objetivo el universo estuvo constituido por la totalidad de casos reportados de cáncer de colon y próstata en los años de estudio. La información se obtuvo del Registro Provincial de Cáncer y los informes estadísticos de TECNOSUMA (modelo 241-509) del Sistema de Información Estadística Complementaria. Se utilizaron las variables: años de estudio, SUMA SOFH realizados, SUMA SOFH positivos, PSA realizados, PSA positivos y Etapas clínicas al diagnóstico del cáncer de colon y próstata. Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas (frecuencias absolutas y relativas). La información se resumió en tablas y figuras utilizando el sistema EXCEL. Se realizó la prueba chi cuadrado para identificar diferencias estadísticas en la proporción de población estudiada con SUMA SOFH y PSA y casos diagnosticados por año según etapa clínica temprana e ignorada. Se garantizó la confidencialidad de la información, al ser utilizada solo con fines de la investigación.

III. RESULTADOS

El estudio de sangre oculta en heces fecales, como parte de las acciones del programa integral para el control del cancer en la Atención Primaria de Salud, se inicia en Villa Clara en el año 2013. En la tabla 1 se muestra la distribución de exámenes realizados en los años 2013 – 2017 en Villa Clara, así como la población objeto de estudio. En el año inicial se realizaron 2247 determinaciones, cifra que se ascendió hasta 31982 en el año 2016. La cobertura alcanzada en el último año fue de 11, 4% de la población de 50 y más años, esta cifra se ha incrementado cada año de manera significativa ($p=0,023$).

Tabla 1 SUMA SOHF Distribución de exámenes realizados y población a estudiar. Villa Clara 2013 – 2016.

Años de estudio	SUMA SOHF realizados	Población a estudiar	% de población estudiada
2013	2247	262453	0,9
2014	9732	277936	3,5
2015	18180	279666	6,5
2016	31982	279666	11,4

Chi cuadrado 9,522, p 0,023

En la tabla 2 se muestran los estudios de UMELISA PSA total realizados en Villa Clara durante los años 2012 – 2016. La cifra de exámenes realizados en el año 2012 fue de 13089, lo que representa una cobertura de 10,1 % de la población masculina de 50 y más. El número de determinaciones se incrementa cada año de forma significativa ($p=0,001$) hasta alcanzar 45458 determinaciones en el 2016 y una cobertura de 33,8 %. La utilización de PSA como prueba de screening permite aumentar el número de tumores diagnosticados. Como indica la American Cancer Society, la supervivencia a los 5 años ha aumentado desde el 76 % en los años 1984-86 (la era pre-PSA) hasta el 99% de los años 1999-2006. Además, desde el año 2009 se disponen de los datos del estudio europeo (ERSPC) que muestran una disminución del 20 % en la mortalidad del cáncer de próstata cuando se realiza el cribage poblacional. (11).

Tabla 2 UMELISA PSA total. Distribución de exámenes realizados y población a estudiar. Villa Clara 2012 – 2016.

Años de estudio	UMELISA PSA total realizados	Población a estudiar	% de población estudiada
2012	13089	129617	10,1
2013	15897	127921	12,4
2014	25269	135603	18,6
2015	34135	134862	25,3
2016	45458	134472	33,8

Chi cuadrado 19,300 p 0,001

En la tabla 3 se observa la distribución de la positividad de los estudios de sangre oculta en heces fecales realizados. En el 2016 esta cifra alcanzó su máximo valor con 3361 positivas, que representan el 10,5 % del total. La positividad del método en un estudio consultado resultó ser de 36 % mayor a la encontrada en otros estudios (12, 13) que utilizan el mismo método de pesquisa. Esta diferencia puede estar relacionada a que los sujetos utilizados eran pacientes sintomáticos, lo que aumenta la posibilidad de que presenten alguna afección colónica.

Tabla 3 SUMA SOHF Distribución de exámenes realizados y positividad de los mismos. Villa Clara 2013 – 2016.

Años de estudio	SUMA SOHF realizados	SUMA SOHF positivos	%
2013	2247	222	9,9
2014	9732	854	8,8
2015	18180	1804	9,9
2016	31982	3361	10,5

La tabla 4 muestra la positividad de las determinaciones de PSA total en los años 2012 al 2016, en el año 2016 se encontraron 3810 muestras positivas de PSA total, lo que representa el 8,4 % del total de exámenes realizados.

Tabla 4 UMELISA PSA total. Distribución de exámenes realizados y positividad de los mismos. Villa Clara 2012 – 2016

Años de estudio	UMELISA PSA total realizados	PSA positivos	%
2012	13089	2823	21,6
2013	15897	2038	12,8
2014	25269	2372	9,4
2015	34135	2341	6,9
2016	45458	3810	8,4

En el año 2012 se reportaron 128 casos de cáncer de próstata. Esta cifra ha sido similar en los años de estudio, excepto en el 2016 donde se reportan 155 pacientes, representando un ligero incremento. Los diagnósticos en etapas tempranas en el año 2012 representaron un 55,5 % del total, cifra que ha ido oscilando en los años de estudio y en el 2016 representaron el 53,6 %, no existiendo diferencias estadísticas significativas (Tabla 5). Los casos reportados con etapa clínica ignorada se han ido reduciendo significativamente, desde 11,7 % en el 2012 hasta 3,2 en el 2016, lo que se traduce en mayor calidad del registro de cancer y en mejor oportunidad terapéutica para el paciente. En el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba, desde enero de 1990 hasta diciembre de 2005, se obtuvo que la neoplasia de colon fue generalmente diagnosticada en etapas avanzadas de la enfermedad. Se diagnosticaron en etapa III el 47,1 %, mientras que 24 (35,3 %) la mostraron en la etapa II y solo 12 (17,6 %) fueron operados cuando la enfermedad se encontraba en fase I. Dicha investigación concluyó en que la prueba de sangre oculta en heces fecales empleada, presenta una sensibilidad y especificidad alta para el cáncer colorrectal, no así para los pólipos del colon. (2)

Tabla 5 Cáncer de Colon. Pacientes reportados según Etapa Clínica al diagnóstico. Villa Clara 2012 – 2016

Años de estudio	Etapas tempranas *		Etapas tardías		Ignorados**		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
2012	71	55,5	42	32,8	15	11,7	128	100
2013	55	45,4	45	37,2	21	17,4	121	100
2014	55	41,7	58	43,9	19	14,4	132	100
2015	67	53,6	49	39,2	9	7,2	125	100
2016	81	52,3	69	44,5	5	3,2	155	100

*Chi cuadrado 7,11627907, p 0,06828248

** Chi cuadrado 13,2592593, p 0,0041082

En la tabla 6 se observa la distribución de pacientes reportados de cáncer de próstata según etapa clínica al diagnóstico. El año de menor número de casos reportados fue el 2013 con 123 pacientes y el año de mayor reporte fue en 2016 con 203 pacientes. El diagnóstico en etapas tempranas se incrementó significativamente de 40,3 en el año inicial de la investigación hasta 61,6 % en el año final, cifra

ligeramente inferior al 2015 (61,8 %). La disminución de casos reportados con etapa clínica ignorada fue significativa desde 9,0 hasta 0,0 en el 2016.

Tabla 6 Cáncer de Próstata. Pacientes reportados según Etapa Clínica al diagnóstico. Villa Clara 2012 – 2016.

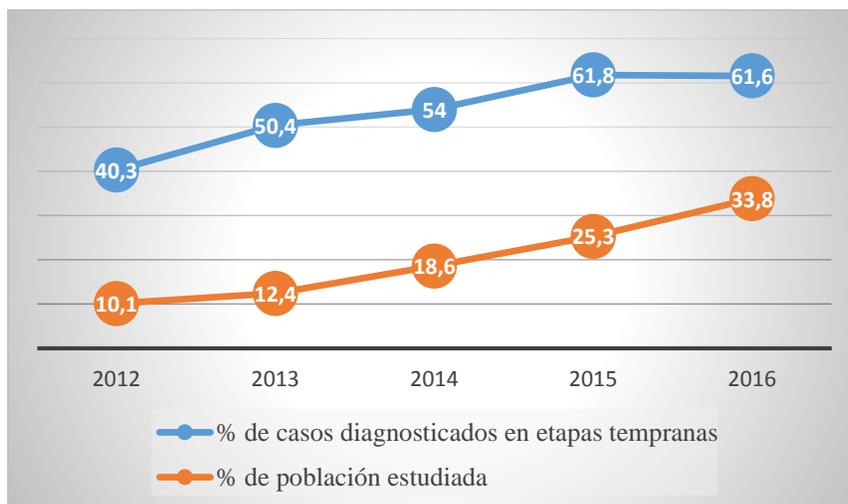
Años de estudio	Etapas tempranas *		Etapas tardías		Ignorados**		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
2012	54	40,3	68	50,7	12	9	134	100
2013	62	50,4	58	47,2	3	2,4	123	100
2014	74	54	59	43,1	4	2,9	137	100
2015	94	61,8	54	35,5	4	2,6	152	100
2016	125	61,6	78	38,4	0	0	203	100

*Chi cuadrado 39,6185819, p 0,000

** Chi cuadrado 9,17391304, p 0,02706579

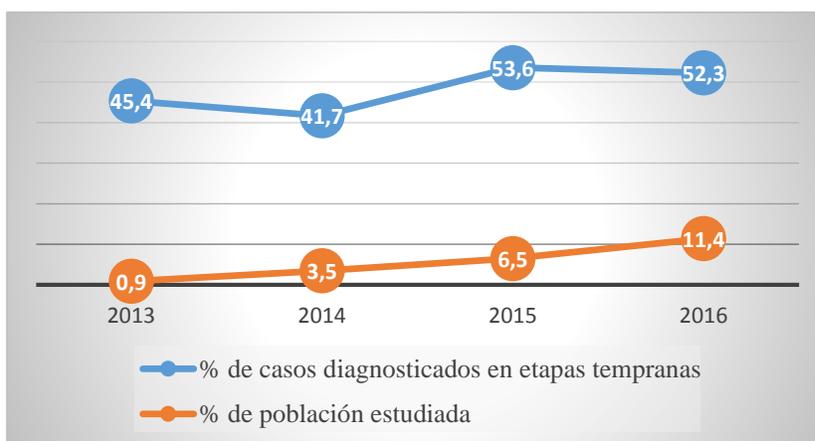
A criterio del autor la vigilancia de los Tumores de Colon y Próstata se incrementa significativamente en los años de estudio y en el caso del Cáncer de próstata se ha ido traduciendo en un incremento en el diagnóstico en etapas tempranas (Figura 1), no siendo así en el cáncer de colon (Figura 2), cifras que oscilan en los años de estudio y podría estar influyendo el inadecuado enfoque de riesgo y la realización de estudios a segmentos de la población de bajo riesgo, aunque los niveles de positividad se han ido incrementando, lo que nos obliga a pensar en la mejor realización del estudio a pacientes con riesgo o a pacientes sintomáticos. También podría influir la continuidad de los estudios en casos que hayan resultado positivos, ya que la cobertura de colonoscopia aún es insuficiente en la provincia. Aun cuando el cáncer de próstata ha ido alcanzando niveles de diagnóstico favorables, está lejos de alcanzar los propósitos esperados y es de vital importancia trabajar con un enfoque de riesgo en la comunidad, logrando una dispensarización correcta de la población.

Figura 1 Cobertura de población estudiada con PSA y casos reportados de cancer de próstata en etapas tempranas. VC 2012 – 2016.



Fuente: Tablas 2 y 6

Figura 2 Cobertura de población estudiada con SUMASOFH y casos reportados de cancer de colon en etapas tempranas. VC 2013 – 2016.



Fuente: Tablas 1 y 5

Resulta conveniente abordar el problema del control del cáncer con un enfoque intersectorial, teniendo en cuenta que la intersectorialidad en nuestro país puede manifestarse con la potencialidad que esta requiere, ya que es un sistema de salud único, priorizado al más alto nivel.¹⁴ Múltiples ejemplos de proyectos locales pudieran convertirse en los antecedentes para desarrollar acciones en la provincia que logren potenciar los resultados alcanzados en los últimos años. Las estrategias de promoción de salud deben fortalecer la percepción del riesgo y propiciar el conocimiento de los factores de riesgo. El equipo de salud debe estar preparado para controlar los factores de riesgo, garantizar el diagnóstico oportuno y realizar los cuidados continuos a los enfermos.¹⁵

IV. CONCLUSIONES

La vigilancia de los tumores de colon y próstata, mediante los estudios de SOHF y PSA en la Atención Primaria de Salud se incrementa de manera significativa. Se elevó la positividad de ambos estudios, lo que se tradujo en elevación del número de casos e incremento significativo del diagnóstico en etapas tempranas, para el cáncer de próstata y se mantuvo con oscilaciones, sin una tendencia establecida en el cáncer de colon. Deben reforzarse las acciones de control con enfoque de riesgo.

REFERENCIAS

1. Programa Integral para el control del cáncer en Cuba. Pautas para la gestión 2010. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
2. Mederos Ávila María Esther, Veloso Mariño Bárbara, Arañó Rodríguez Maricela, Martínez Cantillo Liliana, de la Cruz Salmon Yorgenis. Diagnóstico tardío de cáncer de colon recurrente en la atención primaria de salud MEDISAN v.15 n.2 Santiago de Cuba feb. 2011.
3. Organización Panamericana de la Salud. Oncología clínica. Cáncer de colon. Manual de la American Cancer Society. Washington, DC: OPS, 2008:114-36
4. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2005. Atlanta: American Cancer Society, 2005.
5. Yunia Tusen Toledo, Lissette Chao González, Lisset Barroso Márquez. Valor de la prueba de sangre oculta en heces fecales para la detección de lesiones premalignas y malignas del colon. Rev Cub Med Mil vol.40 no.3-4 Ciudad de la Habana jul.-dic. 2011.
6. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Storm H. Cancer incidence in five continents. Lyon: IARC; 2005. p. 1-56.
7. Borrás JM, Espinas JA. Cribado del cáncer colorrectal: entre las dudas y la evidencia. Gac Sanit (Barc). 2002;16:544-5.
8. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2007. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2007.
9. Torres Vidal RM, Gran Álvarez MA. Impacto del cáncer de colon en la morbilidad y la mortalidad de la población cubana. 1979-2003. Rev Temas Estadísticos de Salud [Internet]. 2005 [citado 30 Junio de 2010];1(1). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/nro1_cancer_colon.pdf
10. Abad G, Quintero y cols. Valor de los métodos inmunológicos en el diagnóstico del cáncer colorrectal. Gastroenterol Hepatol. 2005;28:137-210. PSA Total, PSA Libre y Cociente (cáncer de próstata)
11. Duran Bellido. PSA Total, PSA Libre y Cociente, Barcelona, Madrid, disponible en: <http://laboratoriodeanalisisclinicos.com/analisis-clinicos/analisis-clinicos-hombre/deteccion-precoz-del-cancer-de-prostata-psa/>
12. Martins J. Cáncer colorrectal: análisis del tratamiento quirúrgico y sus resultados inmediatos. Rev Argent Coloproctol 2005;4(1-4):75-92.
13. González Rodiles Heredia RE, Rodríguez Fernández Z, Casaus Prieto A. Cáncer de colon recurrente: diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir 2009;48(1). <http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol48_1_09/cir06109.htm> [consulta: 14 mayo 2009].
14. Pastor Castell - Florit Serrate. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.