

^d Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva, Colombia
Correo electrónico: mebohorquez@ut.edu.co (M.E. Bohórquez).

Introducción: Las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad de mujeres con carcinoma de glándula mamaria (CGM) hacen de esta patología la más frecuente en todo el mundo, perfilándose como un problema de salud pública. Las desigualdades en la incidencia y prevalencia del CGM en diferentes grupos étnicos o entre una misma población pueden atribuirse no solo a factores de riesgo modificables – ambientales sino a factores genéticos que pueden ser de origen somático o germinal. Investigaciones previas realizadas en mujeres de Estados Unidos han sugerido que el componente étnico/heredable podría estar asociado positiva o negativamente con el riesgo de desarrollar la enfermedad.

Objetivo: Evaluar la ancestría genética y el riesgo de desarrollar CGM analizando 18 marcadores AIMs y 4 haplogrupos del ADN mitocondrial (ADNm) en dos grupos de mujeres (casos y controles) con el fin de establecer la relación genética/riesgo.

Establecer molecularmente los polimorfismos de los diferentes tipos de marcadores utilizados para determinar las proporciones de mestizaje.

Contrastar la variación genética evidenciada en los marcadores de ancestría de las dos poblaciones evaluadas con el riesgo a desarrollar CGM para establecer o no la relación riesgo/ancestro.

Materiales y métodos: Se colectaron 408 muestras pertenecientes a casos y controles.

Se seleccionaron 4 haplogrupos del ADNm (A, B, c, y D) para amplificar por PCR convencional. Se utilizaron 18 SNP autosómicos bialélicos para estimar la proporción ancestral de los casos y controles, genotificándolos mediante PCR alelo específico competitivo.

La asociación entre los factores de riesgo ambientales y el riesgo a desarrollar CGM fue evaluada por pruebas de X^2 , entre otras. La asociación entre el riesgo a desarrollar CGM y la ancestría genética se determinó por regresión logística.

Resultados: En la población analizada, la contribución de los 4 linajes del ADNm, fundadores de las poblaciones amerindias (A, B, C y D) se encuentra presente en un 90%, mientras que las frecuencias genotípicas de los marcadores autosómicos (SNPs) indican una contribución del 50,46% europea, 36,16% amerindia y 13,36% africana.

Tener hábitos de consumo de alcohol y usar anticonceptivos hormonales se asoció con un incremento del riesgo a desarrollar CGM.

Conclusiones: No se encontró evidencia de asociación estadística entre la ancestría genética y el riesgo a desarrollar CGM, después de ajustar las variables por estilo de vida y reproductivos, se evidenció una ligera asociación de la ancestría europea frente al riesgo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.021>

Barreras para la atención en salud percibidas por los adultos con cáncer gástrico, sus médicos y cuidadores en Santander, Colombia. Estudio poblacional

Claudia Janeth Uribe Pérez^{a,*},
Angélica María Amado Niño^a, Esther de Vries^b,
Eduardo Valdivieso^c, Germán Tovar^c

^a Estudio Genético de Enfermedades Complejas, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia

^b Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Investigaciones FOSCAL, Fundación Oftalmológica de Santander, Bucaramanga, Colombia

Correo electrónico: curibep@unab.edu.co (C.J.U. Pérez).

Introducción: El cáncer gástrico (CG) es un problema de salud pública de gran impacto en la mortalidad a nivel mundial. En Bucaramanga y su Área Metropolitana es la primera causa de muerte. Su sintomatología inespecífica y la operatividad del sistema de salud conllevan a diagnóstico de CG en estadios avanzados, limitando las opciones terapéuticas e influenciando negativamente en la sobrevida.

Objetivo: Describir barreras para atención en salud percibidas por adultos con CG, cuidadores y médicos tratantes.

Materiales y métodos: Estudio cualitativo, poblacional de adultos diagnosticados con CG (2015-2016). El método de análisis fue la teoría fundamentada en el proceso de codificación y categorización en cada uno de sus tres momentos. Actualmente en etapa axial finalizada. Se realizaron entrevistas a profundidad a 120 sujetos entre médicos, cuidadores y pacientes.

Resultados: Durante los signos y síntomas de CG se enfrentan barreras individuales secundarias a la cultura y conocimiento, propias de la fragmentación y segmentación del sistema de salud colombiano, como son: económicas, administrativas, institucionales, de información y conocimiento de los médicos de primer nivel de atención.

Las Barreras para el diagnóstico y tratamiento se relacionan con la cultura y conocimiento del adulto enfermo y sus familias, las cuales se reflejan en la búsqueda de atención en salud por medicina no tradicional, automedicación, centros naturistas, etc.

Las barreras de conocimiento del médico de primer nivel que no tiene como opción diagnosticar el CG, y esto sumado a la limitación o restricción institucional para ordenar la endoscopia, barreras administrativas-institucionales secundarias a estructura y funcionamiento del sistema de salud obstaculizan la oportunidad diagnóstica y terapéutica caracterizada por la necesidad de trámites continuos como requisito para la atención en salud. Las barreras económicas que se reflejan en la disponibilidad de recursos financieros de quien padece el CG y el redireccionamiento del gasto de bolsillo para atender las necesidades de la enfermedad; durante el tratamiento, las barreras administrativas se expresan por la alteración en su continuidad debido a la interrupción o ausencia de contratos con las instituciones que prestan los servicios de salud, trámites para la aprobación de procedimientos y medicamentos, dificultad y dilatación en el acceso a cuidado paliativo, que en consecuencia generan deterioro del capital humano.

Conclusiones: Las barreras para la atención en salud aumentan la carga de la enfermedad para pacientes y cuidadores, causándoles sentimientos negativos para afrontar la enfermedad, influyen en la oportunidad para el diagnóstico y tratamiento, afectan la sobrevida, determinando las respuestas familiares y de los actores en salud ante la enfermedad.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.022>

Barreras para el tratamiento paliativo de adultos con cáncer gástrico

Claudia Janeth Uribe Pérez*, Angélica María Amado Niño, Ana María Rueda Patiño

Estudio Genético de Enfermedades Complejas, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia
Correo electrónico: curibep@unab.edu.co (C.J. Uribe Pérez).

Introducción: El cáncer gástrico (CG) es un problema de salud pública por sus altas tasas mundiales de incidencia y mortalidad; siendo la primera causa de muerte en la población del Departamento de Santander. Las barreras para la atención en salud impiden o dilatan el acceso oportuno a los servicios de salud e influyen en la supervivencia de los pacientes, quienes en Santander son diagnosticados en estadios tardíos del CG y una necesidad terapéutica inmediata es el cuidado paliativo.

Objetivo: Describir barreras de atención en el cuidado paliativo del CG en Santander-Colombia.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio cualitativo y un enfoque hermenéutico en 60 participantes entre adultos con CG, sus cuidadores y médicos tratantes; se siguió el método de análisis de teoría fundamentada.

Resultados: Se encontró que las barreras que obstaculizan, dilatan o impiden el acceso al cuidado paliativo son administrativas-institucionales secundarias a la estructura y operatividad del sistema de salud. Al respecto, la OMS promueve que cada país integre los cuidados paliativos dentro del sistema de salud adaptándolo a sus condiciones con cuatro componentes: políticas apropiadas, disponibilidad de medicamentos, educación en trabajadores de salud e implementación universal de los cuidados paliativos, obteniéndose como resultado el alivio del sufrimiento y mejora de calidad de vida para pacientes y cuidadores. Actualmente, el estar asegurado no garantiza el acceso a los servicios de salud y a los pacientes se les niegan o dilatan valoraciones médicas por especialistas, pruebas de laboratorios, tratamientos clínicos y quirúrgicos. Las barreras para la obtención de cuidados paliativos originan la prolongación del sufrimiento, no solo físico sino emocional del paciente y su familia, sumado a la angustia por el deterioro del paciente con CG en espera de tratamiento.

Conclusiones: Los cuidados paliativos deben ser una opción terapéutica transversal en los pacientes con cáncer gástrico para prevenir, aliviar el sufrimiento y dar calidad de vida. Sin embargo, no existe una implementación universal de los mismos debido a la existencia de las barreras que se interponen para la consecución de este servicio, lo que demuestra la ausencia de rectoría del Estado colombiano

sobre su sistema de salud para garantizar el acceso a los servicios de salud.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.023>

Incidencia y supervivencia específica de melanoma cutáneo maligno en una población colombiana. Estudio poblacional

Evy Reyes^a, Claudia Uribe^{a,*}, Esther de Vries^b

^a *Estudio Genético de Enfermedades Complejas, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia*

^b *Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia*
Correo electrónico: curibep@unab.edu.co (C. Uribe).

Introducción: La incidencia del melanoma cutáneo está bien estudiada, observando un aumento en poblaciones caucásicas (Estados Unidos, Australia y Europa). Para Latinoamérica, la información acerca de melanoma a nivel poblacional es escasa, pero los registros poblacionales de cáncer (RPC) disponen de información valiosa que facilita la caracterización de la enfermedad en nuestro ámbito.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas e histopatológicas del melanoma cutáneo en Bucaramanga y su Área metropolitana determinando la incidencia y la supervivencia global y específica.

Materiales y métodos: Todos los casos de melanoma cutáneo invasivo registrados por el RPC de Bucaramanga y su Área metropolitana entre 2000-2009 fueron incluidos (n=169). Se calcularon tasas de incidencia estandarizadas por edad, supervivencias globales y específicas estratificadas por género, localización anatómica y afiliación al sistema de seguridad social con seguimiento hasta junio de 2016.

Resultados: La tasa de incidencia estandarizada por edad fue de 1,7 por 100.000 habitantes, siendo los miembros inferiores la localización anatómica más afectada (42,6%) con una proporción importante presentándose en palmas, plantas (16%) y subungueales (7,1%). Al menos el 24,3% de los melanomas estaban ulcerados y el 21,1% tenían Breslow mayor a 2 mm. La supervivencia específica a 5 años fue de 79,3% con peor supervivencia para melanomas localizados en plantas (64,6%) y región subungueal (55,6%). La afiliación al régimen subsidiado de salud se asoció significativamente a menor supervivencia (68,8%) comparado con el régimen especial (95,8%).

Conclusiones: Este estudio confirma la baja incidencia del melanoma cutáneo en Bucaramanga, con una supervivencia específica a 5 años de 79,3%, con peor supervivencia asociada a melanomas lentiginosos acrales, melanomas gruesos y ulcerados. La mejor supervivencia en pacientes de régimen especial pone en evidencia la necesidad de un mejor acceso y atención para la población de estratos socioeconómicos bajos.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.024>