Instituto Nacional de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer

Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Cancerología— ESE
NIT. 899.999.092-7
www.cancer.gov.co

Boletín Epidemiológico INC

No. 8. Año: 2015. Publicación anual. Bogotá, D.C., Colombia. ISSN 2145-0196

Contenido

Introducción

1. Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en el INC

2. Resultados de la notificación al Sivigila en 2014

3. Indicadores de los certificados de defunción 2014

Maria Elena Reyes
Constanza Pardo

4. Tema de interés:

VIH/SIDA y cáncer
Sonia Cuervo, MSc

Referencias bibliográficas

Comité Editorial:
Constanza Pardo Ramos
Maria Elena Reyes Ortiz
Sonia Isabel Cuervo Maldonado

Coordinación Editorial:
Constanza Pardo Ramos
Coordinadora del Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer
cpardo@cancer.gov.co

Periodicidad: Anual

Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus del género *lentivirus*, el cual ataca el sistema inmunitario y debilita las defensas, ocasionando la presencia de infecciones y algunos tipos de cáncer. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. Cuando la capacidad de respuesta del sistema inmunitario está seriamente comprometida, aparecen manifestaciones clínicas como las ocasionadas por infecciones oportunistas, síntomas generales y neurológicos, hasta el estado más avanzado de infección o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, Sida (1).

El número de casos de nuevas infecciones por el VIH continúa disminuyendo en todo el mundo. En 2012, se dieron 2,3 millones de nuevas infecciones por el VIH. Esta cifra constituye la cantidad más baja de nuevas infecciones por año desde la segunda mitad de los años 90; entonces, se registraban aproximadamente 3,5 millones de nuevos casos al año. Entre 2001 y 2012, el índice de infecciones por el VIH descendió en más de un 50% en 26 países, y entre un 25% y un 49% en otros 17 países (2).

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se ha convertido en uno de los agentes infecciosos de mayor impacto en la salud pública y considerada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud como una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico sobre las finanzas de este sistema y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluidas las repercusiones laborales. En este sentido se convierte en un evento de notificación obligatoria de acuerdo con la normatividad vigente (Decreto 3518 de 2006) con el fin de desarrollar acciones dirigidas para evitar la aparición de nuevos casos (1).

El presente boletín describe la experiencia en la notificación del VIH/SIDA del Instituto Nacional de Cancerología - ESE (INC) en el marco del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y presenta los resultados de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública y de las estadísticas vitales durante el año 2014.

1. Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA

La pandemia por VIH/Sida ha generado numerosas pérdidas humanas, deterioro de la calidad de vida de millones de personas, consecuencias económicas negativas derivadas del incremento de los recursos necesarios para la atención en salud y de la incapacidad y muerte de miles de personas en edad productiva, que la sitúan como uno de los mayores desafíos para la humanidad (1).

Según cálculos de la OMS y el ONUSIDA, a finales de 2011 había en el mundo unos 34,2 millones de personas infectadas por el VIH. Ese mismo año, contrajeron la infección unos 2,5 millones de personas, y unos 1,7 millones murieron por causas relacionadas con el sida, entre ellos 230.000 niños; lo que representa 700.000 nuevas infecciones menos que hace 10 años y 600.000 muertes menos que en 2005. Gran parte de los progresos se atribuyen al tratamiento de las personas infectadas con antirretrovirales, medicamentos que pueden salvarles la vida. Los mecanismos efectivos de transmisión identificados involucran las vías en las cuales se encuentran fluidos que contienen el VIH: sexual, sanguínea y perinatal (1).

En el INC, el VIH/SIDA es un evento de alta ocurrencia; sin embargo, teniendo en cuenta el gran impacto que tienen los defectos congénitos del nacimiento en la mortalidad infantil, la morbilidad y la discapacidad de la población, es necesario realizar las acciones definidas en el Protocolo de Vigilancia y Control de las anomalías congénitas definido por el Instituto Nacional de Salud (1), en el cual se establecen las medidas para la detección y atención oportuna de casos, con el fin de prevenir y controlar este tipo de enfermedades.

Entre 2010 y 2014 fueron notificados en el INC 38 casos de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. El 89% de los casos ocurrieron en hombres y el 53% en personas entre15 y 44 años de edad. El diagnóstico oncológico más común entre los pacientes notificados correspondió a linfoma no Hodgkin, seguido por linfoma Burkitt. De la totalidad de casos, el 34% fallecieron.

Tabla 1. Características de los pacientes con VIH/SIDA notificados al Sivigila, INC, 2010 -2014

Variable	Niveles de la variable	n	%
Año de notificación	2010	4	11
	2011	11	29
	2012	8	21
	2013	8	21
	2014	7	18
Edad	De 1 a 4 años	1	3
	De 5 a 14 años	1	3
	De 15 a 44 años	20	53
	De 45 a 64 años	16	42
	65 años y mas	0	0
Sexo	Masculino	34	89
	Femenino	4	11
Diagnóstico	Leucemia mieloide aguda	1	3
	Leucemia mieloide crónica	1	3
	Linfoma Burkitt	6	16
	Linfoma Hodgkin	2	5
	Linfoma no Hodgkin	16	42
	Sarcoma de Kaposi	2	5
	Tumor maligno de testículo	1	3
	Tumor maligno de la columna vertebral	1	3
	Tumor maligno de la conjuntiva	1	3
	Tumor maligno de la órbita	1	3
	Tumor maligno del conducto anal	2	5
	Tumor maligno esófago	1	3
	Tumor maligno recto	1	3
	Sin enfermedad oncológica	2	5
Condición final	Vivo	25	66
	Muerto	13	34

Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2010 - 2014.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el INC es necesario reforzar el conocimiento del proceso de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA. A continuación se socializan los aspectos importantes de este protocolo.

Descripción del VIH/SIDA

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tiene una evolución crónica que afecta el sistema inmunitario de la persona, y que en ausencia de tratamiento, lleva al desarrollo de sida y a la muerte. Cuando se produce la infección, aparecen un conjunto de síntomas inespecíficos, los cuales frecuentemente pasan desapercibidos, y en

muchos casos el diagnóstico de la enfermedad se realiza cuando la persona ha desarrollado sida. Los principales aspectos del evento se describen en la tabla 2.

Definición de caso

Para el evento de VIH/SIDA se identifican tres definiciones operativas de caso, estas corresponden al caso confirmado de VIH, caso confirmado de SIDA y caso confirmado de muerte por SIDA (tabla 3).

Notificación

La notificación de todo caso de VIH/SIDA identificado en una institución prestadora de servicios de salud (IPS) o en una empresa social del estado (ESE) debe realizarse de forma semanal, es decir, el primer lunes siguiente a la identificación del caso.

Para lo anterior, el profesional encargado debe diligenciar las fichas de notificación correspondientes, que incluyen: la ficha de datos básicos (cara A) y la ficha de datos complementarios (cara B). Estas se encuentran disponibles en la ruta de internet: http://*www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/fichas-de-notificacion*

Flujo de información

La ficha diligenciada debe ser entregada a la oficina de vigilancia epidemiológica de la institución, para ser enviada al referente local, distrital, nacional e internacional.

Tabla 2. Descripción del evento

Agente etiológico	El virus de la inmunoinsuficiencia humana (VIH), fue el primer *lentivirus* con implicaciones en la patología humana; retrovirus del que se han identificado dos serotipos: VIH-1 y VIH-2 y múltiples variantes.
Modo de transmisión	Por contacto o intercambio de sangre o fluidos entre al menos una persona portadora del VIH y otra. Este contacto puede ser directo (por relaciones sexuales o de madre a hijo) o indirecto a través de productos u objetos contaminados. La saliva, la orina, el sudor, las lágrimas, el vómito y la materia fecal no se consideran fluidos con riesgo de trasmitir VIH.
Periodo de ventana inmunológica	Es el periodo durante el cual no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses contados a partir del contacto con la persona infectada o el fluido infectante). Por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que puedan ser detectados por las pruebas diagnósticas.
Periodo de transmisibilidad	El portador del VIH transmite la infección desde pocos días e incluso horas después de haberse infectado por el virus, hasta el momento mismo de la muerte, sea o no sintomático, tenga o no tratamiento antirretroviral.
Susceptibilidad	Todos somos susceptibles al VIH.
Reservorio	El hombre
Inmunidad	En la actualidad no existe vacuna contra el virus de la inmunodeficiencia humana.

Fuente: Adaptado del protocolo de VIH/SIDA. Instituto Nacional de Salud, 2014.

Tabla 3. Definiciones operativas de caso

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado de VIH	Caso confirmado de infección por VIH en mayores de 18 meses y adultos: caso probable con dos pruebas presuntivas inmunoenzimáticas (EIA) reactivas para anticuerpos contra el VIH y alguna de las siguientes pruebas confirmatorias positivas: Western Blot o inmunofluorescencia indirecta (IFI) reactivos, prueba de PCR cualitativa positiva.
	Caso confirmado de infección por VIH en menores de 18 meses: se recomienda utilizar como pruebas confirmatorias las virológicas, es decir, la detección cualitativa de ácidos nucleicos del VIH por medio de la reacción en cadena de polimerasa (PCR cualitativa de VIH) o la técnica de carga viral (RNA) cuantitativa. Si la detección del ácido nucleico del VIH (PCR cualitativo) es negativa en los primeros días de vida del bebé (48 horas), esta debe repetirse al primer mes, y si es negativa de nuevo a los seis meses, para excluir la posibilidad de obtener resultados falsos-negativos. Otras pruebas para hacer el diagnóstico antes de los dieciocho meses de vida son el cultivo del VIH y la detección del antígeno p24.
Caso confirmado de Sida	Una de las veintiséis entidades clínicas oportunistas listadas en el estadio C de la clasificación clínica del CDC.
	Recuento de 200 linfocitos CD4+/mm3, o bien un porcentaje de linfocitos CD4+ menor de 14% con respecto al total de linfocitos.
	Este caso puede ser la primera forma de notificación del caso VIH/Sida o un nuevo reporte de caso, por cambio de estadio clínico.
Caso confirmado de muerte por Sida	Caso confirmado por laboratorio de acuerdo a la edad, cuya causa de muerte fue Sida. (Este caso puede ser la primera forma de notificación del caso VIH/Sida o un nuevo reporte por cambio de estadio clínico.

Fuente: Protocolo de VIH/SIDA. Instituto Nacional de Salud, 2014.

2. Resultados de la notificación al Sivigila en 2014

Eventos de notificación obligatoria

Durante el 2014 fueron reportados al Sivigila, 72 casos individuales de eventos de interés en salud pública. Entre estos casos, se presentaron eventos confirmados y probables.

Los eventos probables fueron confirmados posteriormente o descartados mediante pruebas diagnósticas definidas por los protocolos para la vigilancia en salud pública de cada evento. En total, se confirmaron 71 eventos, de los cuales el 90% se validaron mediante pruebas de laboratorio clínico; se descartó 1 caso, que correspondió al evento de tosferina (tabla 4).

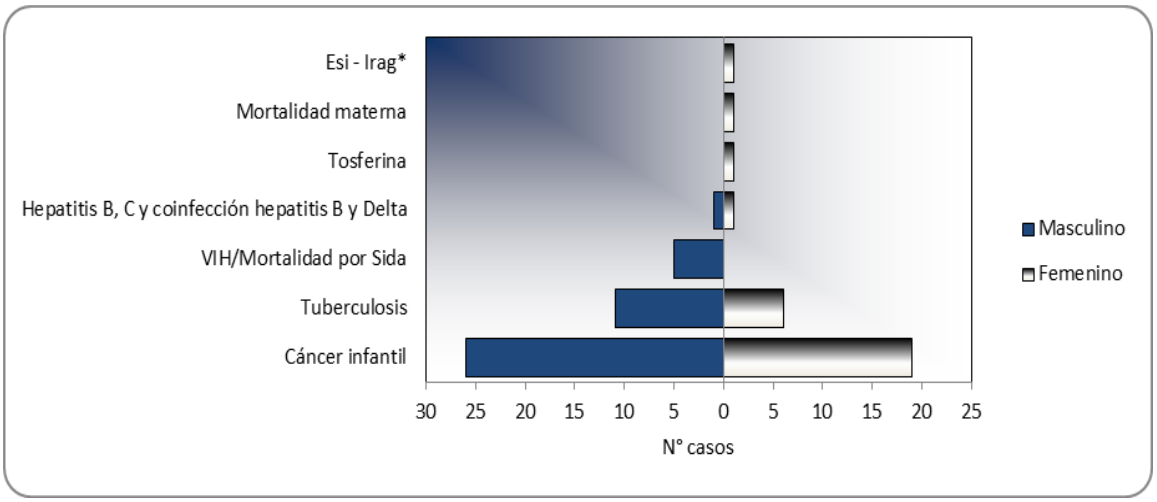
Tabla 4. Distribución de eventos de interés en salud pública notificados, por clasificación de caso, INC, 2014

Evento	Clasificación de caso			Total
	Confirmado		Descartado	
	Por lab. clínico	Por clínica		
Cáncer infantil	45	0	0	45
Tuberculosis	12	5	0	17
VIH/Mortalidad por Sida	5	0	0	5
Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y Delta	2	0	0	2
Tosferina	0	0	1	1
Mortalidad materna	0	1	0	1
Esi - Irag*	1	0	0	1
Total	**65**	**6**	**1**	**72**

Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2014.

La distribución de los eventos notificados según sexo, reportó 59,7% de los casos en hombres. Exceptúando el cáncer infantil, los eventos de mayor notificación fueron la tuberculosis, seguido por otras enfermedades infecciosas como VIH/Sida/mortalidad por Sida y Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y Delta (fig. 1).

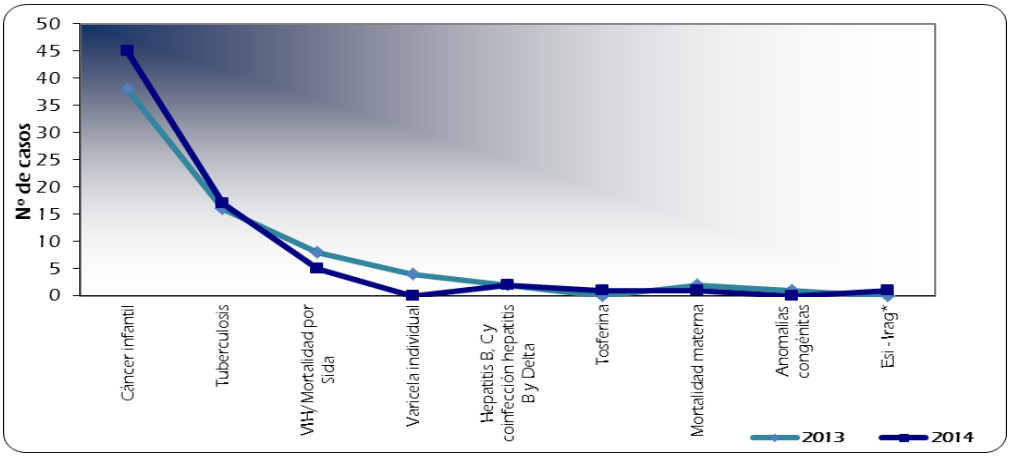
Figura 1. Distribución de eventos de interés en salud pública, por sexo, INC, 2014



Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2014.

Con relación al año anterior, en el 2014 se presentaron 2 casos menos en la notificación. Es importante aclarar que a partir del 2014, se incluyó en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) la notificación de todos los cánceres en menores de 18 años y la institución implementó la notificación a partir de octubre de ese mismo año, por tanto este evento no se puede comparar con años anteriores. Se identificó aumento en la notificación de casos de tuberculosis y disminución de casos de VIH/Sida/Mortalidad por Sida en comparación con el 2013. Los eventos tosferina y ESI-IRAG, se presentaron en el año 2014 a diferencia del 2013 (fig. 2).

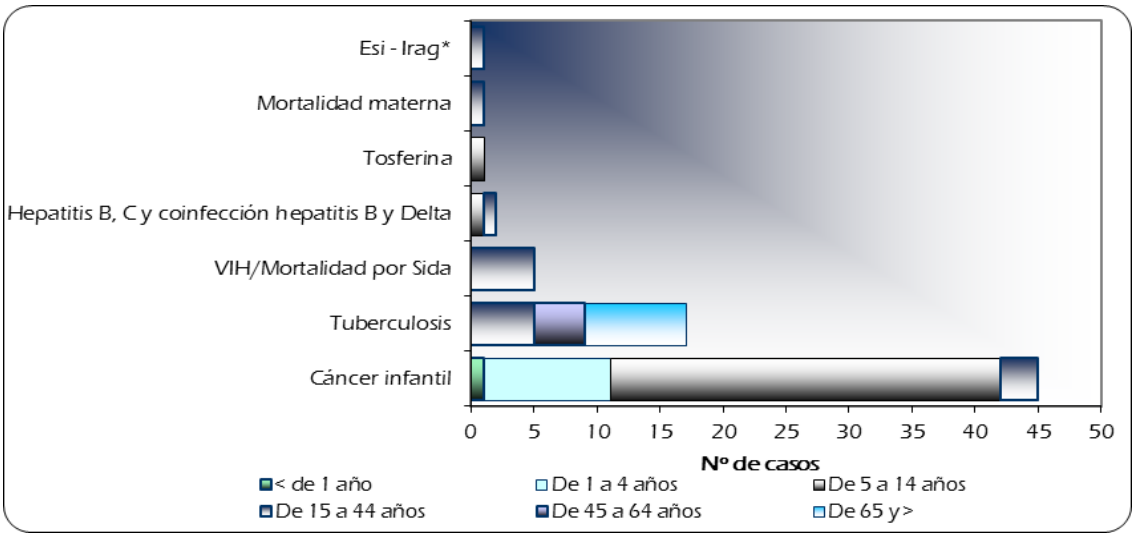
Figura 2. Distribución de eventos de interés en salud pública, por año de notificación, INC, 2014



*Enfermedad similar a la influenza - Infección respiratoria aguda grave.
Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2014.

En los grupos etarios de menores de un año y de 5 a 14 años se destacó el evento cáncer infantil; para el grupo de 15 a 44 años, predominaron los eventos de VIH/Sida/Mortalidad por Sida y tuberculosis, seguido de cáncer infantil; el grupo de pacientes entre 45 y 64 años y mayores de 65 años se vieron afectados por el evento de tuberculosis (fig. 3).

Figura 3. Distribución de eventos de interés en salud pública, por grupo de edad, INC, 2014



Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2014.

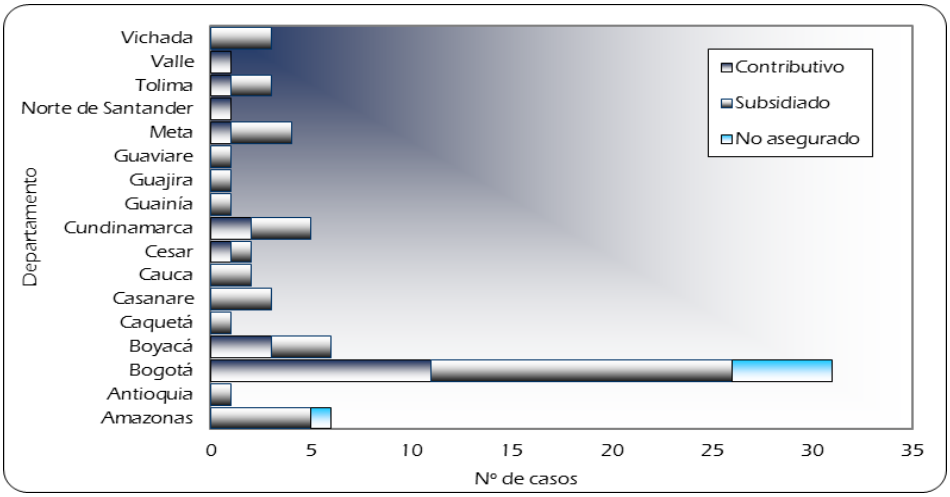
La ciudad de Bogotá aportó la mayoría de casos notificados de eventos de interés en salud pública con el 43% de los reportes. En su orden, los departamentos de residencia más comunes entre los pacientes correspondieron a: Bogotá D. C., Amazonas, Boyacá, Cundinamarca, Meta y Casanare (fig. 4).

El régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de tipo subsidiado estuvo presente en 45 de los casos (63%).

El régimen contributivo aportó 21 casos (29%). Se identificaron 6 casos de pacientes no asegurados al SGSSS (fig. 4), entre estos, 5 casos de cáncer infantil y un caso de tuberculosis.

La muerte materna correspondió a una mujer residente en el municipio de Soacha y pertenecía al régimen subsidiado.

Figura 4. Distribución de eventos de interés en salud pública, por régimen de afiliación al SGSSS, según lugar de residencia habitual, INC, 2014



Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2014.

Tabla 5. Distribución de muertes por eventos de interés en salud pública, según sexo, INC, 2014

Evento	Sexo		
	Masculino	Femenino	Total
Cáncer infantil	3	5	8
Mortalidad materna	1	0	1
Tuberculosis	0	2	2
VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	0	3	3
Total	**4**	**10**	**14**

Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2014.

Durante el 2014 se notificaron 14 defunciones consideradas eventos de interés en salud pública, igual que en el 2013. Dada la naturaleza de la institución, la mayor frecuencia de muertes se presentaron como causa de cáncer infantil, seguido por eventos como mortalidad por sida, mortalidad por tuberculosis y mortalidad materna; siendo estas de alta importancia por ser eventos trazadores en salud pública.

La mortalidad materna ocurrió por causas no obstétricas y resultó de la enfermedad oncológica de base de la paciente (tabla 5).

De acuerdo al diagnóstico oncológico de los pacientes notificados al SIVIGILA, se observa que de 72 eventos notificados, 38 fueron leucemias linfoides y mieloides; 32 casos correspondieron a otros tipos de tumores malignos entre los que se destacaron los linfomas Hodgkin y no Hodgkin, y sarcoma de Kaposi (tabla 6).

Tabla 6. Distribución de pacientes por diagnóstico oncológico con eventos de interés en salud pública, según sexo, INC, 2014

Diagnóstico oncológico*	Evento	Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
C18 - C20 - C21 - Tumor maligno de colon, recto y ano	Mortalidad materna		1	1
	Tuberculosis	1		1
C22 - Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y delta		1	1
C32 - Tumor maligno de la laringe	Tuberculosis	1		1
C37 - Tumor maligno del timo	Tuberculosis		1	1
C40 - Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares de los miembros	Cáncer infantil	1	1	2
	Tuberculosis	1		1
C44 - Tumor maligno de la piel	Cáncer infantil	1		1
	Tuberculosis	1		1
C46 - Sarcoma de Kaposi	Tuberculosis	1		1
	VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	3		3
C48 - Tumor maligno del peritoneo	Tuberculosis	1		1
C49 - Tumor maligno otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos	Cáncer infantil	1	1	2
C50 - Tumor maligno de la mama	Tuberculosis		3	3
C71 - Tumor maligno del encéfalo	Cáncer infantil	1	1	2
C73 - Tumor maligno de la glándula tiroides	Cáncer infantil	1		1
C76 - Tumor maligno de la cabeza, cara y cuello	VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	1		1
C81 - Linfoma Hodgkin	Cáncer infantil	1		1
C83 - Linfoma no Hodgkin difuso	Cáncer infantil		2	2
	Tos ferina		1	1
	Tuberculosis	2		2
	VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	1		1
C90 - Mieloma múltiple	Tuberculosis	1		1
C91 - Leucemia linfoide	Cáncer infantil	17	13	30
	Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y delta	1		1
	Tuberculosis	1	1	2
C92 - Leucemia mieloide	Cáncer infantil	3	1	4
	Tuberculosis		1	1
D46 - Síndrome mielodisplásico	Tuberculosis	1		1
Sin enfermedad oncológica	Infección respiratoria aguda grave irag inusitada		1	1
Total		**43**	**29**	**72**

* Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10

Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2014.

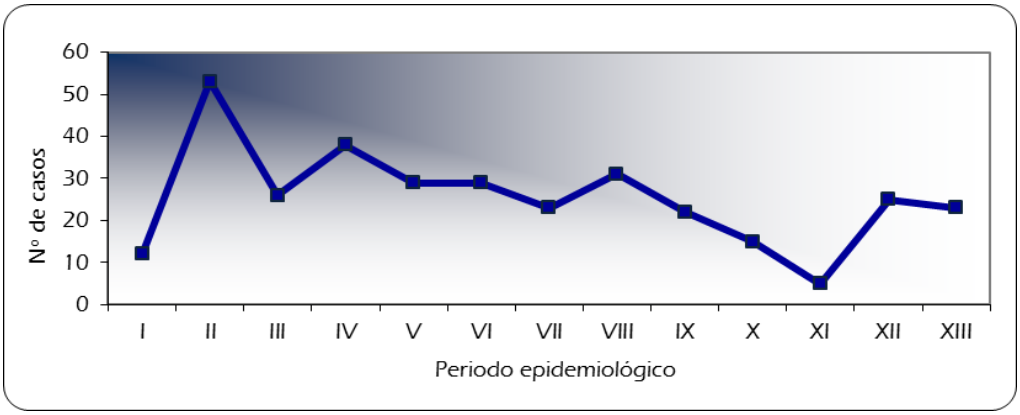
Búsqueda Activa Institucional (BAI)

Siguiendo la estrategia de Búsqueda Activa Institucional (BAI) con los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y los certificados de defunción, se identificaron 15 eventos no notificados oportunamente al Sivigila; los casos correspondieron a cánceres infantiles.

Notificación colectiva

Según los lineamientos para la vigilancia de eventos colectivos, durante 2014 se realizó notificación de dos eventos: 1) Morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) y 2) Morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA). El evento morbilidad por EDA se notificó retrospectivamente haciendo uso de los RIPS; con la identificación de un pico importante para el periodo II (fig. 5).

Figura 5. Distribución de la notificación colectiva por EDA por periodo epidemiológico, INC, 2014



Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2014.

3. Indicadores de los certificados de defunción 2014

Con base en el Registro único de afiliados – módulo de nacimientos y defunciones (RUAF-ND), a continuación se presentan los resultados del seguimiento realizado a indicadores como la cobertura, la oportunidad y la calidad en el registro de los certificados de defunción en el INC.

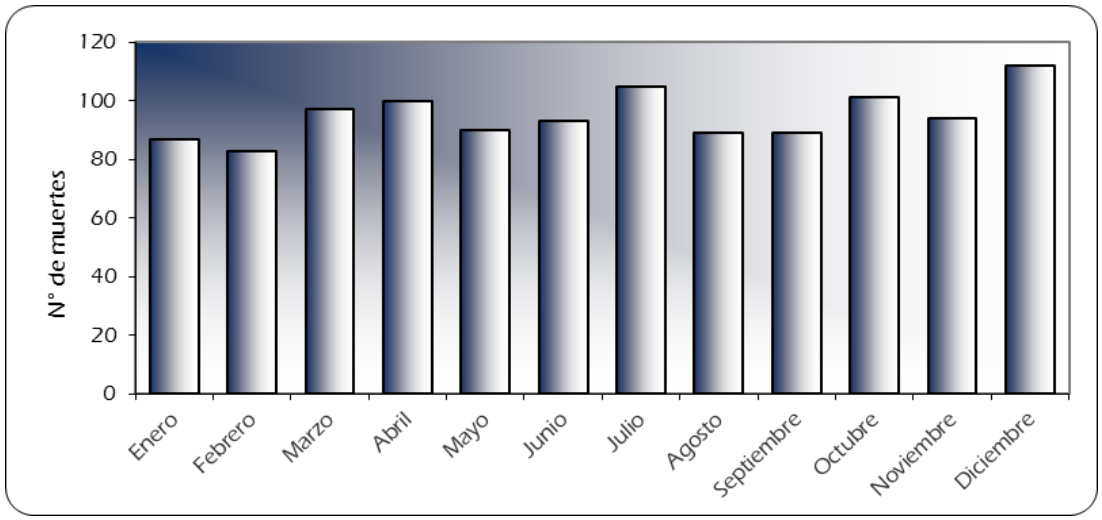
Cobertura

Durante 2014 se presentaron, en total, 1.140 defunciones, 33 menos en comparación con el año 2013.

El comportamiento de la mortalidad mes a mes presentó mayor ocurrencia de defunciones en diciembre, seguido de julio. El mes que presentó menor número de defunciones fue febrero (fig. 6).

Con corte al 31 de diciembre de 2014, el INC obtuvo una cobertura total del 100%; a diferencia de años anteriores, gracias a la realización y aplicación de planes de mejora en el proceso de certificados de defunción.

Figura 6. Distribución de muertes por mes de ocurrencia, INC, 2014



Fuente: RUAF-ND – 2014 - Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2014.

El servicio que más certificados de defunción diligenció durante el año fue Gaica, con el 39,4%, seguido de servicios como la unidad de Cuidados paliativos, Medicina interna, la Unidad de cuidados intensivos (UCI), Oncología clínica y Gastroenterología (fig. 7).

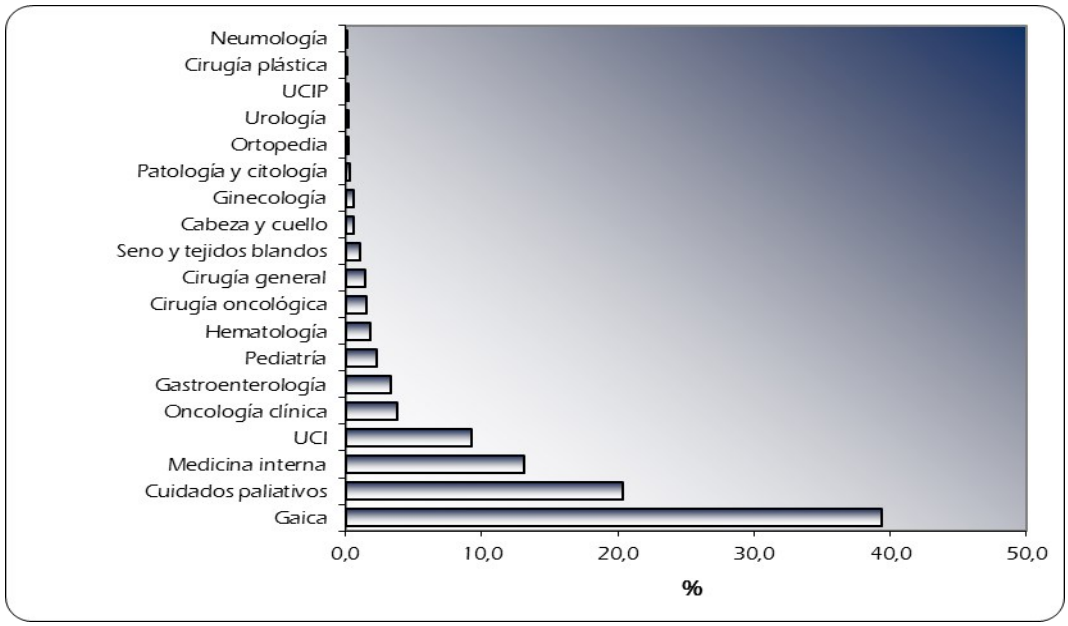
Es necesario aclarar que Gaica no solo certifica muertes ocurridas en el servicio, sino también defunciones domiciliarias y defunciones ocurridas en otros servicios. La directriz establecida en el INC define que es el médico o el servicio tratante quien debe realizar el certificado de defunción, con el fin de evitar el traslado a otro profesional, la responsabilidad legal que implica certificar un hecho vital.

Oportunidad

El tiempo promedio para diligenciar cada certificado en el aplicativo RUAF-ND en el 2014 fue de 0,4 días. En comparación con el 2013 este indicador disminuyó en 2,3 días; alcanzando este año el estándar definido por los entes de control, el cual es de 1 día.

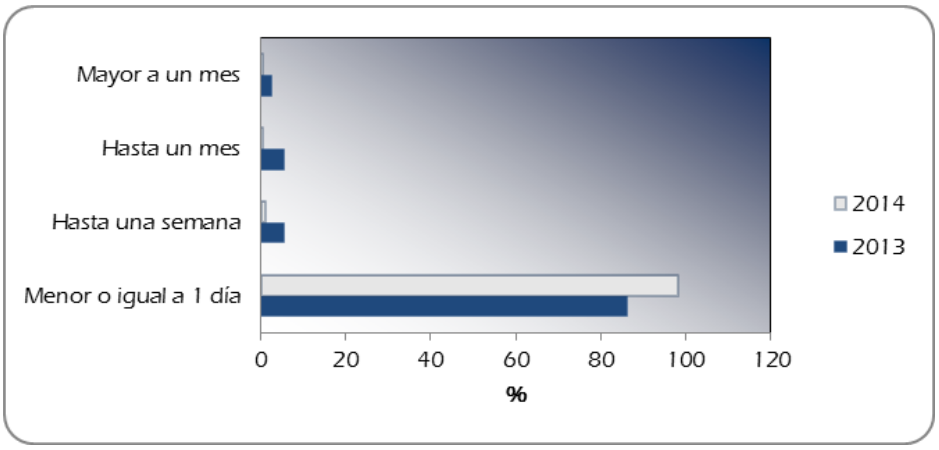
El 98% de los certificados de defunción fueron diligenciados de manera inmediata o en un tiempo no mayor a 24 horas, pero se identificó que cerca del 2% de los certificados tardaron desde una semana hasta un mes para ser registrados en el aplicativo web RUAF-ND (fig. 8).

Figura 7. Distribución de muertes según servicio del certificador, INC, 2014



Fuente: RUAF-ND – 2014 - Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2014.

Figura 8. Oportunidad en el diligenciamiento de los certificados de defunción, INC, 2013 - 2014



Fuente: RUAF-ND – 2014 - Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2014.

El certificado de defunción que presentó mayor número de días en su diligenciamiento desde la ocurrencia de la muerte hasta la realización del registro en la web fue de 83 días. En comparación con el 2013, para el 2014 se observa una mejoría significativa en los tiempos para el diligenciamiento de los certificados en el aplicativo web.

De acuerdo con el tiempo promedio para el diligenciamiento de los certificados de defunción por servicio, se encontró que la mayoría de los servicios se destacaron por tener los mejores tiempos promedio para diligenciar los certificados. El único servicio que tuvo un promedio mayor a un día en el diligenciamiento de certificados fue Cirugía general (tabla 7).

En comparación con el 2013, para 2014 hubo una mejoría considerable en el tiempo promedio para el diligenciamiento de los certificados para todos los servicios.

Tabla 7. Oportunidad en el diligenciamiento de los certificados de defunción por servicio, INC, 2013-2014

Servicio	2013		2014	
	Nº de certificados	Promedio (días)	Nº de certificados	Promedio (días)
Gaica	398	2	452	0
UCP	236	2	233	0
Medicina interna	186	2	149	0
UCI	128	2	106	0
Hematología	79	4	21	1
Gastroenterología	31	14	38	1
Pediatría	26	2	26	0
Oncología clínica	26	1	43	0
Cabeza y cuello	12	0	7	0
Cirugía general	11	24	16	2
Ginecología	9	0	7	0
Cirugía oncológica	9	4	18	0
Patología	8	12	4	1
Seno y tejidos blandos	4	15	12	0
Urología	3	1	3	0
Ortopedia	3	18	3	0
UCIP	2	18	2	1
Neurocirugía	1	36		
Cirugía plástica			1	1
Neumología	1	0	1	1

Fuente: RUAF-ND – 2014 - Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2014.

Calidad

Durante el transcurso del año 2014, el Instituto recibió visitas de seguimiento por parte del Hospital San Cristóbal con el fin de verificar la calidad en el diligenciamiento de los ce--rtificados de defunción, haciendo énfasis en la georreferenciación, la cadena causal y oportunidad en el diligenciamiento del certificado (tabla 8).

Tabla 8. Hallazgos en la calidad del diligenciamiento de los certificados de defunción, INC, 2014

Variables críticas	n° de certificados
N° de certificados en los cuales en el capítulo causas de defunción se encuentran diligenciados procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos	5
N° de certificados en los cuales se utilizan siglas y/o abreviaturas en el capítulo causas de defunción	97 (9%)
N° de certificados que dentro de los diagnósticos diligenciados no se informa la causa básica de la defunción	4
Inoportunidad en el diligenciamiento del certificado (mayor de 24 horas)	18
N° de certificados con inconsistencias en la variable "estado del certificado"	151(13%)
N° de certificados en los cuales la dirección está diligenciada de manera incompleta	128(11%)
N° de certificados en los cuales se diligenció más de un diagnóstico por línea	12
N° de certificados de muertes de mujeres que no tienen diligenciado "defunción de mujeres en edad fértil"	3

Fuente: RUAF-ND – 2014 - Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2014.

Acciones de mejora

A partir de los hallazgos previamente expuestos se generaron recomendaciones y acciones de mejora; entre ellas, las siguientes:

* Inclusión de responsabilidades por parte del personal de enfermería al proceso de certificados de defunción.
* Capacitación continua al personal médico y de enfermería del Instituto Nacional de Cancerología.
* Inducción sobre el tema de estadísticas vitales a los residentes del INC.
* Asesoría individual, de manera permanente, desde la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer.
* Seguimiento semanal a la cobertura de los certificados de defunción y comunicación a la subdirección médica de los certificados sin diligenciar, con el fin de retroalimentar al médico responsable del diligenciamiento del certificado de defunción.
* Realización de precrítica a la totalidad de los certificados expedidos por el INC, verificando la calidad en el diligenciamiento de cada variable expuesta en el certificado de defunción, haciendo énfasis en las variables críticas, como son la georreferenciación, oportunidad en el diligenciamiento y la cadena causal.

Nota: Cualquier orientación relacionada con el diligenciamiento de los certificados de defunción puede ser solicitada en la Oficina del Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, teléfono 4320160 - extensión 4804.

4. Tema de interés

VIH/SIDA y cáncer

Desde los primeros informes de pacientes adultos con VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) en 1981, la pandemia aún no se controla. En Colombia, desde 1983 a marzo de 2012 se han informado 129.630 personas infectadas en las edades de 15 a 49 años, con una prevalencia nacional de la infección para el 2011 de 0,52. La epidemia se mantiene concentrada en poblaciones de mayor vulnerabilidad como hombres que tienen sexo con hombres y en mujeres trabajadoras sexuales. Estudios realizados en estas poblaciones han mostrado que la prevalencia es mayor a la nacional en ciudades como Barranquilla, Cartagena, Medellín, Pereira, Bogotá, Cali y Cúcuta, en las cuales puede estar entre el 5% y el 15% (3). Una de las causas que ha tenido más impacto en la sobrevivencia de este grupo poblacional es la introducción de la terapia antirretroviral altamente efectiva (TARAE) desde mediados de los noventa. Sin embargo, en el informe de ONUSIDA de 2013, Colombia ocupa el sexto lugar entre los países en donde vive el 90% de las personas con necesidad de tratamiento antirretroviral no cubierta; y adicionalmente y en este mismo informe Colombia ocupa el segundo lugar después de Pakistán entre los países que negaron servicios de salud y trabajo debido a su estado serológico con VIH, entre 2008 y 2013 (2).

En la descripción inicial del VIH se identificaron infecciones oportunistas por hongos como la neumocistosis, la candidiasis oroesofágica, criptococosis e histoplasmosis, además de otras causas de etiología bacteriana, viral y parasitaria. Paralelamente se describe el aumento en la frecuencia de cánceres como el sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin y cáncer de cérvix invasivo, lo que conlleva a que se consideren como neoplasias definitorias de Sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), debido a que son las neoplasias que se describen hasta en el 70% de los pacientes con VIH.

El uso de la TARAE además de aumentar la sobrevida de estos pacientes, en los países industrializados también se observó una disminución en la presentación de estas neoplasias definitorias; sin embargo, y a pesar del uso de TARAE, también se ha observado un incremento en la frecuencia de neoplasias no definitorias entre las cuales se puede mencionar el cáncer anal y el linfoma Hodgkin. Actualmente se estima que entre el 6 y 49% de los pacientes que tienen infección por VIH pueden desarrollar alguna neoplasia en el curso de la enfermedad (4).

A pesar del mayor riesgo que pueden presentar las personas infectadas con el VIH, no se ha definido el papel que puede desempeñar el virus en el desarrollo de cáncer. Entre las teorías que se han planteado se menciona el papel inmunosupresor del virus, la coinfección con otros virus con potencial oncogénico como el virus de la hepatitis C y el Eipstein Barr y así mismo algunos factores de riesgo que pueden compartir ambas enfermedades (5).

Teniendo en cuenta que en el Instituto Nacional de Cancerología se atienden pacientes que tienen la asociación de cáncer y VIH, el Grupo de Investigación en Enfermedades Infecciosas en Cáncer y Alteraciones Hematológicas (GREICAH) realizó un estudio descriptivo de corte transversal incluyendo pacientes adultos con diagnóstico de VIH y cáncer (6). Se analizaron variables sociodemográficas, preferencia sexual, comorbilidades, conteo de CD4, carga viral y tratamiento antirretroviral estableciendo medidas de asociación entre las últimas tres variables y la aparición de neoplasias definitorias. En un periodo de 7 años se encontraron 139 pacientes con diagnóstico confirmado de VIH y cáncer, 84.8% eran hombres. El rango de edad osciló entre 18 y 71 años con una media de 41,3 +/- 10,9 años. Las neoplasias definitorias, sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin y carcinoma de cérvix correspondieron a 65,2% de los casos (91/139); siendo la más frecuente el linfoma

no Hodgkin. El porcentaje restante correspondió a neoplasias no definitorias principalmente cáncer anal y linfoma Hodgkin y más 45% tenían neoplasias en estadios avanzados (III y IV).

Los resultados de este estudio muestran que en la asociación de sida y cáncer nuestra población se encuentra como en la era pre-TARAE, en la cual predominaban las neoplasias definitorias. Esta situación puede ser debida a que el diagnóstico de infección por VIH y la oportunidad del inicio del tratamiento antirretroviral son tardíos (6).

Con las tendencias mundiales relacionadas con el envejecimiento de la población mundial, la persistencia de la pandemia de VIH y la mayor sobrevida de estos pacientes a causa de la TARAE es esperable que la asociación entre cáncer y sida se documente más en el país. Si el diagnóstico de la infección por VIH es temprano y el inicio del tratamiento antirretroviral es oportuno también es posible que el patrón epidemiológico de la asociación entre sida y cáncer cambie y se encuentre más asociación con cánceres no definitorios de sida, por lo que es muy importante considerar la realización de la prueba de VIH en pacientes con algunos cánceres como el cáncer anal y el linfoma Hodgkin.

Finalmente, es indispensable aunar esfuerzos interdisciplinarios entre todas las áreas de atención en salud, con un diagnóstico y tratamiento temprano de la infección por VIH, y así ofrecer la mejor atención integral y tener impacto en la sobrevida de este grupo de pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Tuberculosis. 2014. [Consulta marzo de 2015]. Disponible en: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Tuberculosis.pdf.

2. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. [Consulta marzo de 2015]. Disponible en http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf.

3. Ministerio de Protección Social. Resumen de la situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia 1983 a 2011. [Consulta marzo de 2015]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidimiologica/RESUMEN%20EPIDEMIA%20VIIH%20FINAL%2021%20mayo_2012.pdf.

4. Silverberg MJ, Chao C, Leyden WA, Xu L, Tang B, Horberg MA, et al. HIV infection and the risk of cancers with and without a known infectious cause. AIDS. 2009; 23(17):2337–45.

5. Wool GM. AIDS related malignancies. Oncologist. 1998;3(4):279–83.

6. Álvarez-Guevara DL, Cuervo-Maldonado SI, Gómez-Rincón JC, Sánchez R, Ramírez N, Acero DC, et al. “Asociación entre VIH y cáncer en un hospital oncológico colombiano” (Comunicación personal).