

Situación del

CÁNCER

en la población pediátrica atendida
en el SGSSS de Colombia **2023**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023



Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Cuenta de Alto Costo (CAC)

ISSN: 2619 - 2063

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D. C., Colombia, noviembre de 2024

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC).
Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023;
Bogotá, D. C. 2024.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este libro sin la autorización escrita de la Cuenta de Alto Costo

Junta directiva

Presidente

Jorge Alberto Tamayo Saldarriaga
Salud Total EPS

Beda Margarita Suárez Aguilar
Anas Wayuu EPS Indígena

Julián Guillermo Guerra Camargo
Comfenalco Valle EPS

Jorge Iván Domínguez Londoño
Coosalud EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS-S

Julio Alberto Rincón Ramírez
Nueva EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Subdirectores técnicos y equipos de trabajo de la Cuenta de Alto Costo:

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alberto Soler Vanoy
Subdirector de Gestión del Riesgo y Apropiación

Miguel Ángel García Gómez
Subdirector de Tecnología e Innovación

Diana Carolina Camargo Bermúdez
Coordinadora de Auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Rubén Alfonso Rivera Rivera
Coordinador de Gestión de la Tecnología y Gestión de la Información

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Coordinador de Innovación, Investigación y Desarrollo

Grupo desarrollador

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Lina Johana Herrera Parra
Líder de Investigación

Sergio Augusto Cáceres Maldonado
Epidemiólogo

Sandra Milena Puentes Sánchez
Especialista en Analítica

Sara Esther Builes Montes
Especialista en Analítica

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Diana Carolina Camargo Bermúdez
Coordinadora de Auditoría

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

María Teresa Daza Fonseca
Vocal

Luis Alberto Soler Vanoy
Vocal

Miguel Ángel García Gómez
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo Marín
Vocal

Revisión y corrección de estilo

Alejandro Niño Bogoya
Jefe de comunicaciones
Unidad de Comunicación y Difusión

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca
Diseñadora editorial
Unidad de Comunicación y Difusión

Revisores clínicos

Delegados, miembros de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica (ACHOP):

Carlos Andrés Portilla Figueroa

Presidente de ACHOP

Oncohematólogo pediatra; líder médico de la Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica - Clínica Imbanaco; profesor del departamento de pediatría - Universidad del Valle; delegado Rac Latam St Jude Research Hospital.

Carlos Alberto Pardo González

Miembro de la ACHOP

Oncohematólogo pediatra, Unidad de Oncología y Hematología Pediátrica - Hospital de la Misericordia (HOMI) Fundación Hospital Pediátrico La Misericordia; grupo de Oncología y Hematología Pediátrica - Universidad Nacional de Colombia; profesor asistente y coordinador de postgrado en Oncohematología Pediátrica - Universidad Nacional de Colombia.

María Angélica Castillo Plata

Miembro de la ACHOP

Oncohematóloga pediatra - Clínica Infantil Colsubsidio; Mediacarte.

Cindy Nathalie Martínez Gutiérrez

Miembro de la ACHOP

Oncohematóloga pediatra - Clínica Infantil Colsubsidio.

Ángel Castro Dajer

Miembro de la ACHOP

Oncohematólogo pediatra del departamento de Pediatría - Universidad de Cartagena; Unidad de Oncología y Hematología Pediátrica - Clínica Blas de Lezo.

Carlos Alberto Pardo González

Miembro de la ACHOP

Oncohematólogo pediatra, Unidad de Oncología y Hematología Pediátrica - Hospital de La Misericordia (HOMI) Fundación Hospital Pediátrico La Misericordia; grupo de Oncología y Hematología Pediátrica - Universidad Nacional de Colombia.

Isabel Cristina Sarmiento Urbina

Miembro de la ACHOP

Oncohematóloga pediatra; jefe de Oncohematología Pediátrica - Clínica del Country; profesora Universidad Nacional de Colombia.

Edgar Cabrera Bernal

Miembro de la ACHOP

Oncohematólogo pediatra, Unidad de Oncología y Hematología Pediátrica - Hospital de La Misericordia (HOMI) Fundación Hospital Pediátrico La Misericordia; grupo de Oncología y Hematología Pediátrica - Universidad Nacional de Colombia.

Ayslin González Cabarcas

Miembro de la ACHOP

Hematooncóloga pediatra - Universidad de Buenos Aires (Argentina); servicio de hematooncología pediátrica - Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja.

Aviso de Copyright © y Propiedad Industrial de la Cuenta de Alto Costo.

Todos los derechos reservados.

La titularidad de los derechos patrimoniales de autor del presente documento en su integridad y en sus distintos acápite, pertenece a la CUENTA DE ALTO COSTO, así como la vigilancia de los derechos morales en cabeza de las personas naturales que son autores o coautores, por tanto la información allí contenida está protegida en el marco de la Decisión 351 de la Comunidad Andina de Naciones, la Ley 23 de 1982, así como las normas, por las cuales la misma norma fue modificada, en especial, por el Decreto 1360 de 1989, la Ley 44 de 1993, la Ley 1403 de 2010, 1519 de 2012, la Ley 1834 de 2017 y la Ley 1915 de 2018, entre otras normas concordantes. Por lo anterior, cualquier edición, extracto, mutilación, reproducción, divulgación, cita parcial o total, comunicación pública, realización de obra derivada, cesión total o parcial de derechos, licenciamiento, explotación o usufructo, o cualquier otro tratamiento que algún individuo o Institución realice de la totalidad o fracción de la presente obra sin la autorización expresa de la Dirección Ejecutiva de la CUENTA DE ALTO COSTO, puede llegar a considerarse como un asunto de defraudación de Derechos de Autor, susceptible de denuncia penal ante la Fiscalía General de la Nación, por las conductas típicas descritas en los Artículos 270 y 271 de la Ley 599 de 2000 - Código Penal de la República de Colombia. Así mismo, la CUENTA DE ALTO COSTO declara que es titular de los derechos de propiedad industrial relacionados con signos distintivos que se encuentran integrados al presente documento, por lo que su uso no autorizado puede constituir un asunto de infracción marcaría, cuya acción judicial se adelantaría ante la Superintendencia de Industria y Comercio, conforme a lo establecido en el Artículo 154 y siguientes de la Decisión 486 de 2000 de la Comunidad Andina de Naciones.

Cualquier información adicional relacionada con el contenido y alcance de la presente nota de Propiedad Intelectual, puede ser solicitada al correo electrónico:

direccion@cuentadealtocosto.org

o a la dirección física de correspondencia:

Carrera 45 N° 103 - 34. Oficina 802 de la CUENTA DE ALTO COSTO.

Tabla de control de cambios

Fecha	Versión	Descripción de los cambios	Ubicación del cambio
	1.0		

Tabla de contenido

Abreviaturas	14
Glosario	15
Introducción	17
Referencias bibliográficas	17
Aspectos éticos y legales	19
Aspectos metodológicos	20
Auditoría de la información.....	20
Generalidades del reporte	20
Población de interés y periodo evaluado.....	20
Calidad de la información.....	21
Malla de validación en los sistemas de información.....	21
Verificación de la información con fuentes externas.....	21
Auditoría de campo	21
Ajuste de los datos posterior a la auditoría	21
Análisis epidemiológico.....	23
Generalidades	23
Análisis descriptivo	23
Estimación de la morbilidad y mortalidad	23
Análisis de los indicadores de gestión del riesgo	23
Referencias bibliográficas.....	27
1. Generalidades del cáncer en la población pediátrica	28
Contenido infográfico capítulo 1	29
1.1. Descripción general de los casos reportados.....	30
1.2. Morbimortalidad del cáncer en la población pediátrica evaluada	31
1.2.1. PCNR del cáncer en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	31
1.2.2. PCNR del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	32
1.2.3. Prevalencia del cáncer en la población pediátrica según la región y la entidad territorial.....	32
1.2.4. Prevalencia del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	33
1.2.5. Mortalidad general en la población pediátrica con cáncer	34
1.2.6. Mortalidad general del cáncer en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	35

1.2.7. Mortalidad general del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	35
1.2.8. Evolución del registro de cáncer pediátrico en el aseguramiento en Colombia	36
1.3. Caracterización de los casos nuevos de cáncer pediátrico	37
1.3.1. Características clínicas y de la atención de los casos nuevos reportados de cáncer	37
1.3.2. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos reportados de cáncer.....	38
1.3.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos reportados de cáncer	39
1.4. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer pediátrico.....	42
1.4.1. Características clínicas de los casos prevalentes de cáncer	42
1.4.2. Caracterización del tratamiento en los casos prevalentes de cáncer.....	42
2. Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica	44
Contenido infográfico capítulo 2	45
2.1. Morbimortalidad de la LLA	46
2.1.1. PCNR de la LLA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial.....	46
2.1.2. PCNR de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	47
2.1.3. Prevalencia de la LLA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	47
2.1.4. Prevalencia de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	48
2.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con LLA según la región y la entidad territorial	48
2.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LLA según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	49
2.1.7. Evolución del registro de la LLA en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia	49
2.2. Caracterización de los casos nuevos de LLA en la población pediátrica	50
2.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LLA.....	50
2.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LLA.....	50
2.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LLA.....	51
2.3. Caracterización de los casos prevalentes de LLA en la población pediátrica	52
2.4. Indicadores de la gestión del riesgo de la LLA en la población pediátrica.....	53
Referencias bibliográficas.....	58
3. Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica.....	59
Contenido infográfico capítulo 3	60
3.1. Morbimortalidad de la LMA	61
3.1.1. PCNR de la LMA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	61
3.1.2. PCNR de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	62

3.1.3. Prevalencia de la LMA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial.....	62
3.1.4. Prevalencia de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	63
3.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con LMA según la región y la entidad territorial	63
3.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LMA según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	64
3.1.7. Evolución del registro de la LMA en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia	64
3.2. Caracterización de los casos nuevos de LMA en la población pediátrica	65
3.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LMA	65
3.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LMA	65
3.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LMA	66
3.3. Caracterización de los casos prevalentes de LMA en la población pediátrica	68
3.4. Indicadores de la gestión del riesgo de la LMA en la población pediátrica	68
Referencias bibliográficas.....	74
4. Tumores del sistema nervioso central (SNC) en la población pediátrica.....	75
Contenido infográfico capítulo 4	76
4.1. Morbimortalidad de los tumores del SNC.....	77
4.1.1. PCNR de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	77
4.1.2. PCNR de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	78
4.1.3. Prevalencia de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	78
4.1.4. Prevalencia de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	79
4.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SNC según la región y la entidad territorial	79
4.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SNC según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	80
4.1.7. Evolución del registro de los tumores del SNC en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia	80
4.2. Caracterización de los casos nuevos con tumores del SNC en la población pediátrica	81
4.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de tumores del SNC	81
4.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de tumores del SNC	82
4.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de tumores del SNC	83
4.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de tumores del SNC.....	84
4.3. Caracterización de los casos prevalentes con tumores del SNC en la población pediátrica.....	85

5. Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población pediátrica	87
Contenido infográfico capítulo 5	88
5.1. Morbimortalidad del LNH.....	89
5.1.1. PCNR del LNH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial.....	89
5.1.2. PCNR del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	90
5.1.3. Prevalencia del LNH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	90
5.1.4. Prevalencia del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	91
5.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con LNH según la región y la entidad territorial	91
5.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LNH según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	92
5.1.7. Evolución del registro de LNH en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia	92
5.2. Caracterización de los casos nuevos de LNH en la población pediátrica.....	93
5.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LNH.....	93
5.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LNH.....	93
5.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LNH.....	94
5.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LNH	96
5.3. Caracterización de los casos prevalentes de LNH en la población pediátrica	97
6. Linfoma Hodgkin (LH) en la población pediátrica.....	99
Contenido infográfico capítulo 6	100
6.1. Morbimortalidad del LH.....	101
6.1.1. PCNR del LH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial.....	101
6.1.2. PCNR del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	102
6.1.3. Prevalencia del LH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	102
6.1.4. Prevalencia del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	103
6.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con LH según la región y la entidad territorial	103
6.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LH según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	104
6.1.7. Evolución del registro del LH en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia	104
6.2. Caracterización de los casos nuevos de LH en la población pediátrica	105
6.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LH.....	105
6.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LH.....	105

6.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LH.....	106
6.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LH	107
6.3. Caracterización de los casos prevalentes de LH en la población pediátrica	109
7. Tumores del sistema urinario (SU) en la población pediátrica	110
Contenido infográfico capítulo 7	111
7.1. Morbimortalidad de los tumores del SU	112
7.1.1. PCNR de los tumores del SU en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	112
7.1.2. PCNR de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	113
7.1.3. Prevalencia de los tumores del SU en la población pediátrica según la región y la entidad territorial	113
7.1.4. Prevalencia de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	114
7.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SU según la región y la entidad territorial	114
7.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SU según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	115
7.1.7. Evolución del registro de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento en Colombia.....	115
7.2. Caracterización de los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica.....	116
7.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos con tumores del SU.....	116
7.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica	116
7.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos con tumores del SU.....	117
7.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos con tumores del SU	118
7.3. Caracterización de los casos prevalentes con tumores del SU en la población pediátrica	119
Discusión y conclusiones	121
Referencias bibliográficas.....	123

Lista de tablas

Tabla 1. Entidades activas que deben reportar la información según la Resolución 0247 de 2014	20
Tabla 1.1. Descripción general de la población pediátrica con cáncer reportada en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	30
Tabla 1.2. PCNR del cáncer en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	32
Tabla 1.3. PCNR del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	32
Tabla 1.4. Prevalencia del cáncer en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	33
Tabla 1.5. Prevalencia del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	33
Tabla 1.6. Mortalidad general del cáncer en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	35
Tabla 1.7. Mortalidad general en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	36
Tabla 1.8. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	37
Tabla 1.9. Caracterización del tratamiento prescrito a los casos nuevos de cáncer pediátrico según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	39
Tabla 1.10. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	41
Tabla 1.11. Caracterización del tratamiento en los casos prevalentes de cáncer pediátrico en el periodo según el régimen de afiliación, Colombia 2023	43
Tabla 2.1. Medidas de frecuencia de la LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	46
Tabla 2.2. PCNR de la LLA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	46
Tabla 2.3. PCNR de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	47
Tabla 2.4. Prevalencia de la LLA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	47
Tabla 2.5. Prevalencia de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	48
Tabla 2.6. Mortalidad general de la LLA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	48
Tabla 2.7. Mortalidad general de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	49
Tabla 2.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	50
Tabla 2.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	51

Tabla 2.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	52
Tabla 2.11. Descripción de los indicadores de gestión del riesgo de la LLA	53
Tabla 2.12. Indicadores de la gestión del riesgo de la LLA según la región de residencia en el aseguramiento, Colombia 2023	58
Tabla 3.1. Medidas de frecuencia de la LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	61
Tabla 3.2. PCNR de la LMA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	61
Tabla 3.3. PCNR de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	62
Tabla 3.4. Prevalencia de la LMA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	62
Tabla 3.5. Prevalencia de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	63
Tabla 3.6. Mortalidad general de la LMA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	63
Tabla 3.7. Mortalidad general de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	64
Tabla 3.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	65
Tabla 3.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	66
Tabla 3.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	68
Tabla 3.11. Descripción de los indicadores de gestión del riesgo de la LMA en la población pediátrica....	68
Tabla 3.12. Indicadores de la gestión del riesgo de la LMA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	73
Tabla 4.1. Medidas de frecuencia de los tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	77
Tabla 4.2. PCNR de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	77
Tabla 4.3. PCNR de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	78
Tabla 4.4. Prevalencia de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	78
Tabla 4.5. Prevalencia de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	79
Tabla 4.6. Mortalidad general de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	80
Tabla 4.7. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SNC según el régimen de afiliación, Colombia 2023	80

Tabla 4.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	81
Tabla 4.9. Caracterización histológica de los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	82
Tabla 4.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	86
Tabla 5.1. Medidas de frecuencia del LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	89
Tabla 5.2. PCNR del LNH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	89
Tabla 5.3. PCNR del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	90
Tabla 5.4. Prevalencia del LNH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	90
Tabla 5.5. Prevalencia del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	91
Tabla 5.6. Mortalidad general del LNH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	91
Tabla 5.7. Mortalidad general del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	92
Tabla 5.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	93
Tabla 5.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LNH según el régimen de afiliación, Colombia 2023	94
Tabla 5.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	97
Tabla 6.1. Medidas de frecuencia del LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	101
Tabla 6.2. PCNR del LH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	101
Tabla 6.3. PCNR del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	102
Tabla 6.4. Prevalencia del LH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	102
Tabla 6.5. Prevalencia del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	103
Tabla 6.6. Mortalidad general del LH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	103
Tabla 6.7. Mortalidad general del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	104
Tabla 6.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	105

Tabla 6.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LH según el régimen de afiliación, Colombia 2023	106
Tabla 6.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	109
Tabla 7.1. Medidas de frecuencia de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	112
Tabla 7.2. PCNR de los tumores del SU en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	112
Tabla 7.3. PCNR de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	113
Tabla 7.4. Prevalencia de los tumores del SU en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	113
Tabla 7.5. Prevalencia de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	114
Tabla 7.6. Mortalidad general de los tumores del SU en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	114
Tabla 7.7. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SU según el régimen de afiliación, Colombia 2023	115
Tabla 7.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	116
Tabla 7.9. Caracterización clínica de los casos nuevos con tumores del SU según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	117
Tabla 7.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	119

Lista de figuras

Figura 1. Proceso de obtención de los registros incluidos en los análisis epidemiológicos de la cohorte de cáncer pediátrico, Colombia 2023.....	22
Figura 2. Población menor de 18 años proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2022	24
Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2020	25
Figura 3. Proyección de la población menor de 18 años afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud según la Empresa Administradora de Planes de Beneficio, Colombia 2022	26
Figura 1.1. Distribución porcentual de los casos nuevos según el tipo de cáncer pediátrico y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	31
Figura 1.2. Distribución porcentual de las muertes en la población pediátrica según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	34
Figura 1.3. Relación entre la PCNR y la mortalidad general en los tipos de cáncer priorizados para la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	34
Figura 1.4. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2023	36
Figura 1.5. Tendencia de la oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer pediátrico en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023.....	40
Figura 1.6. Tendencia en la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer pediátrico según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2023.....	40
Figura 1.7. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer pediátrico según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2023.....	41
Figura 1.8. Distribución porcentual de los casos prevalentes en la población pediátrica según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	42
Figura 2.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2023	49
Figura 2.2. Frecuencia de los tratamientos prescritos en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	51
Figura 2.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	52
Figura 2.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2023	54
Figura 2.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2023	54

Figura 2.6. Tendencia de la toma de citometría de flujo de médula ósea al diagnóstico en los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023	55
Figura 2.7. Tendencia de la toma de citología de líquido cefalorraquídeo durante el proceso del diagnóstico en los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023	55
Figura 2.8. Tendencia de la clasificación del riesgo al final de la inducción en los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023	56
Figura 2.9. Tendencia de la progresión de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023	56
Figura 2.10. Tendencia del abandono del tratamiento de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2023	57
Figura 2.11. Tendencia de la muerte en inducción de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 -2023	57
Figura 3.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2023	64
Figura 3.2. Frecuencia del uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	66
Figura 3.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	67
Figura 3.4. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LPA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	67
Figura 3.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2023	69
Figura 3.6. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2023	70
Figura 3.7. Tendencia de la toma de citometría de flujo de médula ósea al diagnóstico en los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023	70
Figura 3.8. Tendencia de la toma de citología de líquido cefalorraquídeo durante el proceso del diagnóstico en los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023	71
Figura 3.9. Tendencia de la clasificación del riesgo al final de la inducción de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023	71
Figura 3.10. Tendencia de la progresión de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023	72
Figura 3.11. Tendencia en el abandono del tratamiento de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2023	72

Figura 3.12. Tendencia de la muerte en inducción de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2023	73
Figura 4.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de los tumores del SNC en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2023	81
Figura 4.2. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de tumores del SNC según el tipo histopatológico en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	83
Figura 4.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	84
Figura 4.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023	84
Figura 4.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023	85
Figura 5.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2023	92
Figura 5.2. Frecuencia del uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	95
Figura 5.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	95
Figura 5.4. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LL en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	96
Figura 5.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023	96
Figura 5.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023	97
Figura 6.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del LH en la población pediátrica el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2023	104
Figura 6.2. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LH en la población pediátrica según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	107
Figura 6.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023	107
Figura 6.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023	108
Figura 6.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023	108
Figura 7.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2023	115

Figura 7.2. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	117
Figura 7.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023.....	118
Figura 7.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023.....	118
Figura 7.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023.....	119

Abreviaturas

AJCC:	<i>American Joint Committee on Cancer.</i>
BDUA:	Base de Datos Única de Afiliados.
CAC:	Cuenta de Alto Costo.
CIE-10:	Clasificación Internacional de Enfermedades 10° Revisión.
CIE-O-3:	Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, 3ra Edición.
CNR:	casos nuevos reportados (diagnosticados durante el periodo de análisis).
COVID-19:	enfermedad por coronavirus 19.
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
DDDS:	Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.
DE:	desviación estándar.
EAPB:	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.
EAPVS:	Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud.
EPS:	Entidades Promotoras de Salud.
EOC:	Empresas Obligadas a Compensar.
GPC:	guía de práctica clínica.
IARC:	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (por sus siglas en inglés).
IC:	Intervalo de confianza.
IPS:	Institución Prestadora de Servicios.
LAC:	Latinoamérica y el Caribe.
LAP:	leucemias agudas pediátricas.
LLA:	leucemia linfocítica aguda.
LMA:	leucemia mieloide aguda.
LH:	linfoma Hodgkin.
LNH:	linfoma no Hodgkin.
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PCNR:	proporción de casos nuevos reportados (diagnosticados en el periodo).
RIC:	rango intercuartílico.
RSD:	registro simplificado de datos.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SNC:	sistema nervioso central.
SU:	sistema urinario.

Glosario

Los términos presentados a continuación y que son referencia para todo el documento se adoptaron del diccionario de cáncer del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos (NCI por sus siglas en inglés)¹.

Anticuerpos monoclonales:	es un tipo de proteína creada en laboratorio, cuya función es estimular una reacción inmunitaria que destruye células neoplásicas.
Antineoplásicos:	medicamentos que bloquean el crecimiento neoplásico.
Biopsia:	remoción de células o tejido, para ser examinados por el patólogo.
Cáncer:	células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.
Cáncer primario:	es un término usado para describir dónde se desarrolló el tumor original.
Citotóxico:	sustancia que elimina células, como las cancerosas. Estos medicamentos pueden impedir que las células cancerosas se dividan y crezcan, y pueden disminuir el tamaño de los tumores.
Diagnóstico histopatológico:	confirmación de un tipo de cáncer o neoplasia, a través del estudio de tejidos y células.
Histología:	el estudio de los tejidos y las células bajo el microscopio.
In situ:	células anormales que se encuentran en el lugar donde se formaron inicialmente y no se han diseminado.
Inmunoterapia:	tipo de terapia biológica en la que se usan sustancias para estimular o inhibir el sistema inmunitario a fin de ayudar al cuerpo a combatir el cáncer, las infecciones y otras enfermedades.
Invasivo o infiltrante:	cáncer que se ha diseminado más allá de la capa de tejido de la cual se desarrolló, infiltrando el tejido sano.
Metástasis:	diseminación de células cancerígenas del lugar de donde inicialmente se originaron a otras partes del cuerpo.
Neoplasia:	crecimiento celular anormal descontrolado. Para efectos del documento sinónimo de cáncer.
Quimioterapia:	tratamiento usado para detener el crecimiento de las células neoplásicas.

Glosario

Quimioterapia intratecal:

tratamiento con medicamentos antineoplásicos que son inyectados entre las capas de tejido que recubren el cerebro y la médula espinal.

Radioterapia:

es el uso de radiación de alta energía proveniente de rayos gamma, rayos x, protones, neutrones y otras fuentes, para detener el crecimiento del cáncer.

Terapia biológica:

es un tipo de tratamiento que usa organismos vivos, sustancias procedentes de los mismos o versiones producidas en el laboratorio de estas sustancias, para el tratamiento de enfermedades como el cáncer.

TNM:

es un sistema que se usa para describir la cantidad de cáncer y su diseminación en el cuerpo de un paciente. La letra T describe el tamaño del tumor y la diseminación del cáncer al tejido cercano; la letra N describe la diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos cercanos y la letra M describe las metástasis (diseminación del cáncer a otras partes del cuerpo).

¹ NIH Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer [en línea]. 2017. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario>.

Introducción

El cáncer es una de las principales causas de muerte en la población pediátrica (1). Según las estimaciones más recientes de GLOBOCAN para el año 2022, murieron 105.000 niños y adolescentes debido a esta enfermedad, de los cuales el 9,49 % estaban en Latinoamérica (2). Aunque las neoplasias en esta población no son prevenibles, son tratables e incluso curables si se detectan de manera temprana. Sin embargo, en los países de bajos y medianos ingresos, continúan existiendo dificultades para el diagnóstico y el acceso oportuno a los servicios de salud (3).

Estas inequidades en la atención del cáncer infantil hacen de esta enfermedad un problema de salud pública global. Por esta razón, en el año 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la iniciativa *CureAll Américas*, cuyo propósito es mejorar la calidad de los servicios de salud y aumentar la priorización del cáncer infantil en los ámbitos mundial, regional y nacional, para lograr mejores tasas de supervivencia de los niños y de los adolescentes para el año 2030 (4).

En Colombia, desde el 2010, se empezó a desarrollar una amplia normativa para garantizar la atención del cáncer infantil con la Ley 1388 (5), la cual estableció la creación del registro nacional del cáncer infantil. Adicionalmente, en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 se incluyó esta condición en la población pediátrica, como uno de los principales eventos de interés.

Del mismo modo, se creó un plan de acción para mejorar la atención integral de niños con esta enfermedad, mediante la priorización del diagnóstico oportuno, el acceso a los medicamentos y tecnologías, el cuidado paliativo, los servicios de apoyo social y monitoreo. Dicho plan, fue construido con los diferentes actores del sistema de salud a finales del 2022 (6).

Además, para el 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), publicó la actualización de las guías de práctica clínica de las leucemias y linfomas en la población pediátrica, con lo cual se evidencia el compromiso nacional con los niños y adolescentes afectados por estas enfermedades y facilita el avance en la gestión del riesgo de esta población (7-10).

Este documento corresponde al octavo informe emitido por la Cuenta de Alto Costo (CAC), en donde se presenta un resumen de los datos acerca de la situación actual del cáncer en la población infantil en el contexto del aseguramiento en Colombia. Para este análisis, se utilizó la información reportada por los aseguradores y por los prestadores entre el 2 de enero del 2022 y el 1° de enero del 2023, con el objetivo de describir las características clínicas y sociodemográficas y los resultados en la gestión de esta población. Esta publicación busca proporcionar información clave para mejorar los servicios de salud que atienden a los pacientes con cáncer pediátrico y contribuir al bienestar integral de los niños y adolescentes del país.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. El 55% de los niños y adolescentes con cáncer se curan en América Latina y el Caribe [en línea]. 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/15-2-2022-55-ninos-adolescentes-con-cancer-se-curan-america-latina-caribe>
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I BF. Global Cancer Observatory: Cancer Today. [En línea]. International Agency for Research on Cancer. 2024 [citado el 23 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today/en>
3. Rodríguez A, Valdez L, Vega J, Gómez García W. Cáncer infantil: lo que debemos saber. *Cienc y Salud* [en línea]. El 3 de junio de 2023;7(2):69-76. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/2852>
4. Organización Panamericana de la Salud. *CureAll Américas* [en línea]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cureall-americas>
5. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Ley 1388 de 2010 [en línea]. 2011 p. 1-9. Disponible en: http://www.ins.gov.co/normatividad/Leyes/LEY_1388_DE_2010.pdf



6. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Día Internacional contra el Cáncer Infantil 2024 [en línea]. 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Dia-Internacional-contra-el-Cancer-Infantil-2024.aspx>
7. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de leucemia linfocítica aguda en niños, niñas y adolescentes. Guía 9-2. Guía completa. [En línea]. Segunda. Bogotá D.C. Colombia; 2023. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/Linea-Tematicas.aspx>
8. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de leucemia mieloide aguda en niños, niñas y adolescentes. Guía 9-1. Guía completa [en línea]. Segunda. Bogotá D.C. Colombia; 2023. Disponible en: <https://gpc.minsalud.gov.co/SitePages/default.aspx>
9. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de linfoma no Hodgkin en niños, niñas y adolescentes. Guía 10-2. Guía completa. [En línea]. Segunda. Bogotá D.C. Colombia; 2023. 1-342 p. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/Linea-Tematicas.aspx>
10. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de linfoma Hodgkin en niños, niñas y adolescentes. Actualización Parcial. Guía no. 10- 1. Guía completa. [En línea]. Segunda. Bogotá D.C. Colombia; 2023. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/Linea-Tematicas.aspx>

Aspectos éticos y legales

La información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos obtenidos del reporte obligatorio que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) realizaron a la CAC durante el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2022 y el 1° de enero de 2023.

Su objeto es producir y difundir información y conocimiento útiles para la toma de decisiones, desde las perspectivas clínica y administrativa, orientadas a la protección y la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades de alto costo; con el propósito de contribuir a mejorar los resultados en la salud pública e individual de los colombianos, y promover el uso eficiente y equitativo de los recursos limitados del sistema de salud; generando valor social, científico, informativo e investigativo para el país.

Los autores declaran la ausencia de conflictos de intereses de tipo económico, político, de prestigio académico o cualquier interés compartido.

El contenido de este informe es el producto de un riguroso ejercicio académico correspondiente a una investigación documental retrospectiva clasificada sin riesgo, en la que se insta por la pluralidad en la obtención de la información en Colombia, garantizando que la información recolectada de las fuentes de datos primarias se administra, conserva, custodia y mantiene en anonimato, confidencialidad, privacidad e integridad, según las normas internacionales para la investigación con seres humanos (Declaración de Helsinki, Informe Belmont y Pautas CIOMS) y la normativa colombiana establecida por la Resolución 8430 de 1993, por la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y para este caso en particular, la protección de los datos clínicos derivados del manejo de la historia clínica reglamentada por la Resolución 1995 de 1999 y la Ley Estatutaria de habeas data 1581 de 2012, por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales sancionada mediante la Ley 1581 de 2012 y reglamentada por el Decreto Nacional 1377 del 2013 que regula el manejo adecuado de datos sensibles.



Aspectos metodológicos

Auditoría de la información

Generalidades del reporte

Los datos presentados corresponden a la información notificada con corte al 1° de enero del 2023 a la Cuenta de Alto Costo (CAC), por las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y las direcciones departamentales y distritales de salud (DDDS). Lo anterior en cumplimiento de la Resolución 0247 de 2014 (1), que establece la obligatoriedad del reporte anual de la población con cáncer que fue atendida en el marco del sistema de salud colombiano, incluyendo los menores de 18 años. Esta información hace parte de la bodega de datos de la CAC y se estructura según el instructivo definido en la misma resolución.

En la **tabla 1** se relaciona el número de entidades existentes, las que reportaron casos en el periodo, las que informaron no tener ningún paciente objeto del reporte y las que no reportaron, pero si presentaron casos en los periodos anteriores.

Tabla 1. Entidades activas que deben reportar la información según la Resolución 0247 de 2014

Tipo de entidad	Entidades existentes	Entidades que reportaron casos de la condición	Entidades que reportan no tener casos	Entidades que no reportaron a la CAC en el periodo
EAPB de excepción	4	3	0	1
EAPB especial	10	9	0	1
EAPVS	6	5	1	0
EPS	37	32	0	5
Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	37	16	21	0
Total	99	65	22	7

EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios; **EAPVS:** Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud; **EPS:** Entidades Promotoras de Salud.

Población de interés y periodo evaluado

La población objeto del reporte está conformada por todas las personas con edades entre los 0 y 17 años y 364 días cumplidos, con diagnóstico histopatológico o clínico de cáncer *in situ* o invasivo, afiliadas a las EAPB (incluyendo el régimen de excepción y las DDDS), que fueron atendidas entre el 2 de enero de 2022 y el 1° de enero de 2023, junto a aquellas reportadas el periodo anterior incluyendo la actualización de los datos correspondientes.

La población reportada se dividió en dos grupos: el primero corresponde a los cuatro tipos de neoplasias hematológicas priorizadas según la Resolución 3974 de 2009 (2), las cuales son las de mayor frecuencia en los menores de 18 años: linfoma Hodgkin (LH), linfoma no Hodgkin (LNH), leucemia linfocítica aguda (LLA) y leucemia mieloide aguda (LMA). El segundo grupo comprende los tumores sólidos diagnosticados con mayor frecuencia en la población pediátrica, tales como los que afectan el sistema nervioso central y los tumores de las vías urinarias. Estos se presentan según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE - 10) (3), conforme a lo establecido por la Resolución 0247 de 2014, que agrupa los tipos de cáncer según su topografía y no por la Clasificación Internacional de Cáncer en Niños (ICCC, por sus siglas en inglés). En el capítulo de generalidades se incluyen todos los tipos de cáncer reportados en esta población.

Calidad de la información

La información reportada fue auditada con el fin de garantizar su calidad y confiabilidad. Este proceso se desarrolló en tres fases: la verificación inicial realizada en la malla de validación, el cruce de los datos con las fuentes externas y la auditoría de los registros contra los soportes de la historia clínica. A continuación, se describe cada una de las fases:

Malla de validación en los sistemas de información

En este primer paso, se identificaron los errores durante el reporte, con el objetivo de retroalimentar a las entidades en tres aspectos: estructura, consistencia y coherencia entre las variables. Posterior a esto, se realizó la obtención de los registros únicos mediante la aclaración de las personas coincidentes en la misma entidad o aquellos compartidos entre diferentes entidades o regímenes.

Verificación de la información con fuentes externas

Después se verificaron los casos a través del cruce con la base de datos única de afiliados (BDUA) y se identificó la situación administrativa relacionada con el estado de afiliación y las novedades asociadas con el estado vital.

Auditoría de campo

Finalmente, con el objetivo de confirmar el diagnóstico y el tratamiento de cada caso, se verificaron los datos reportados, mediante la revisión de la historia clínica y otros documentos clínicos relevantes. En los casos informados por primera vez a la CAC, se validó que el diagnóstico establecido estuviera incluido en las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social para cada tipo de cáncer. Adicionalmente, se garantizó que contaran con la interpretación médica en la historia clínica del diagnóstico clínico o patológico, la administración de los tratamientos oncológicos y las atenciones complementarias. Por otro lado, en los casos con diagnóstico confirmado y validado previamente por la CAC, se verificaron las terapias administradas durante el periodo, las atenciones del equipo multidisciplinario y el seguimiento.

Es importante mencionar que, con el fin de establecer una base de datos robusta y confiable, en la verificación de los datos se aplica calificación de calidad de la información. Lo anterior, es esencial para el análisis epidemiológico, la evaluación de indicadores de salud y la gestión de riesgos. Además, esta base de datos proporciona información veraz que apoya la asignación eficiente de recursos sanitarios. También, se dispone al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para facilitar la toma de decisiones informadas y la elaboración de políticas de salud pertinentes.

Partiendo de la base radicada y posterior a las inactivaciones por inconsistencias, se auditaron 13.432 casos en la población pediátrica, es decir el 69,98% del total de los radicados. El 24,08% (n= 3.235) de la población auditada correspondió a las neoplasias priorizadas con fecha de diagnóstico antes del periodo del reporte y el 39,41% (n= 5.293) incluyó el total de los casos nuevos de los tipos de cáncer no priorizados (**figura 1**).

Ajuste de los datos posterior a la auditoría

Al culminar la auditoría de campo y los ajustes pertinentes, todos los registros (auditados o no) se revisaron en tres puntos esenciales: fallecidos antes del periodo, pacientes auditados con inconsistencias según el motivo y registros duplicados. En este último, se determinó la presencia de tumores dobles o múltiples, situación en la que todos los registros se incluyeron en el análisis, así como los casos compartidos entre entidades distintas o reportados en más de una ocasión por error, para mantener la información del seguimiento y la atención.

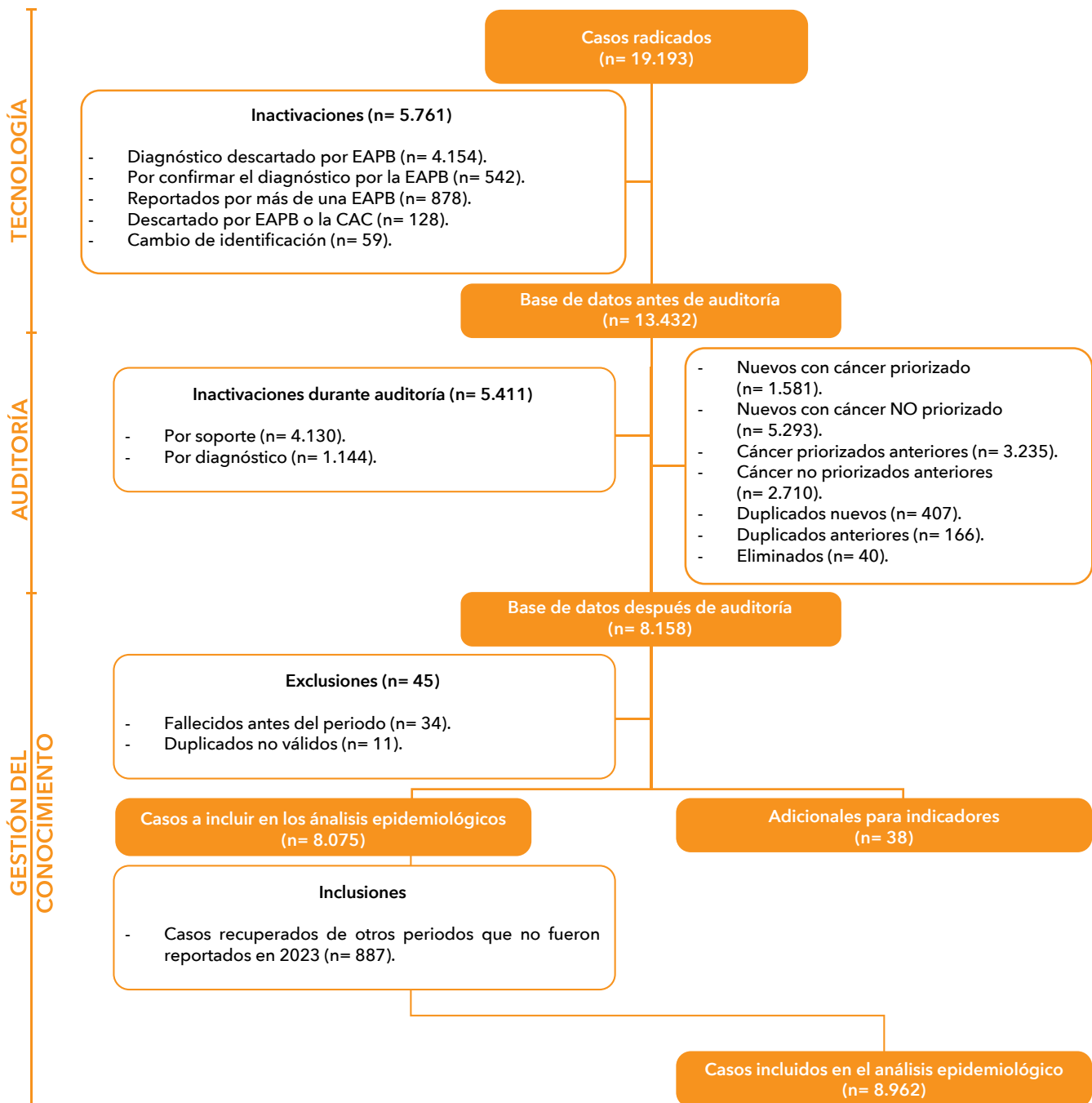
En conclusión, para el periodo de interés se identificaron 8.158 casos en menores de 18 años con diagnóstico de cáncer en la base de datos posterior a la auditoría. Luego de la depuración de la información, se excluyeron 45 registros por los siguientes motivos: fallecidos antes del periodo (n= 34) y reportes duplicados no válidos (n= 11).

Por otro lado, para la estimación de los indicadores de la gestión del riesgo, se adicionaron 38 registros debido a que es posible que una persona reciba atención por una EAPB y por la entidad de medicina prepagada lo que conduce a una duplicidad válida. Por lo tanto, debe incluirse en las dos para evaluar la gestión del



riesgo de cada una de ellas. Sin embargo, en el análisis epidemiológico no se incluyen estos casos reportados por más de una entidad. A la base de datos después de la auditoría se adicionaron 887 casos de cáncer, correspondientes a las EAPB liquidadas en los años previos, que no se identificaron en el reporte del 2023, pero sí en los periodos previos como prevalentes. Adicionalmente, se identificó que 34 de estos, fallecieron entre el 2 de enero de 2022 al 1° de enero de 2023. Los casos en mención se tuvieron en cuenta únicamente para el análisis de la morbilidad a nivel demográfico, debido a que no se cuenta con la información actualizada del seguimiento clínico y farmacoterapéutico. En la **figura 1** se observa el proceso de consolidación de los registros.

Figura 1. Proceso de obtención de los registros incluidos en los análisis epidemiológicos de la cohorte de cáncer pediátrico, Colombia 2023



[Descargar figura](#)

Análisis epidemiológico

Generalidades

Las neoplasias incluidas en el análisis se clasificaron en los mismos grupos establecidos por GLOBOCAN, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición (CIE-10), la cual agrupa las enfermedades de acuerdo con su localización topográfica. La determinación de uso de dicho parámetro se debe a la ausencia de información de la ICCC que las asocia de forma histológica, basándose en el sistema de codificación CIE-0-3 (4). Sin embargo, los códigos CIE-10 y CIE-O se presentan al inicio de cada capítulo a manera informativa. Para los análisis de la morbilidad y mortalidad en los tumores sólidos solo se incluyeron los códigos de cáncer invasivo (letra C).

Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de interés. En el primer grupo se incluyeron la edad, el sexo, la pertenencia étnica, la entidad territorial, el régimen de afiliación y la entidad que realizó el reporte. Las variables clínicas estuvieron relacionadas con el diagnóstico, la estadificación, la oportunidad de la atención general y la frecuencia de uso de los medicamentos, entre otras. Para las variables numéricas con distribución normal, se reportó la media y la desviación estándar (DE); en caso contrario, la mediana y el rango intercuartílico (RIC: primer cuartil (Q1) – tercer cuartil (Q3)). Las variables categóricas se informaron como valores absolutos y relativos.

Estimación de la morbilidad y mortalidad

Las medidas estimadas fueron la proporción de casos nuevos reportados (PCNR), la prevalencia y la mortalidad general:

- **PCNR:** agrupa el número de los casos nuevos reportados (CNR), definidos como aquellos con fecha de diagnóstico oncológico (clínico o por cualquier método diagnóstico) durante el periodo de reporte. Se informó como el número de CNR por 1.000.000 de habitantes/afiliados menores de 18 años.
- **Prevalencia:** es el número total de personas con diagnóstico de cáncer que se reportaron a la CAC en el periodo analizado, independiente del estado vital a la fecha de corte, es decir, se calculó una prevalencia de periodo. Se reportó como el número de casos por 1.000.000 de habitantes/afiliados menores de 18 años.
- **Mortalidad:** los fallecimientos se definieron según las novedades administrativas relacionadas con la muerte, informadas por las entidades y validadas con la base de datos de mortalidad de la BDUA, que constituye la fuente oficial. Se reportó como el número de defunciones, por todas las causas, por 1.000.000 de habitantes/afiliados menores de 18 años.

Las medidas de morbilidad se estandarizaron por la edad, utilizando el método directo, tomando como referencia la población colombiana con edades entre los 0 y 17 años estimada por el DANE (n= 14.086.298) por quinquenios, con corte al 30 de junio de 2022 (**figura 2**). La morbilidad se calculó para las regiones del país, definidas por el DANE según el producto interno bruto (**mapa 1**). Para estandarizar las estimaciones nacionales se utilizó la población proyectada para el 2022 por Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe, bajo el supuesto de no cambio en tasas de fertilidad y mortalidad (5).

En los análisis que tuvieron como denominador la población afiliada al sistema de salud colombiano, se usó el conteo de afiliados menores de 18 años para cada EAPB con corte al 30 de junio de 2022, obtenido de la BDUA y en el caso de las entidades de los regímenes de excepción (RES001, RES003) y especial (RES011) (n= 12.239.552), la información se consolidó usando los datos de los afiliados proporcionados por las entidades (**figura 3**).

Análisis de los indicadores de gestión del riesgo

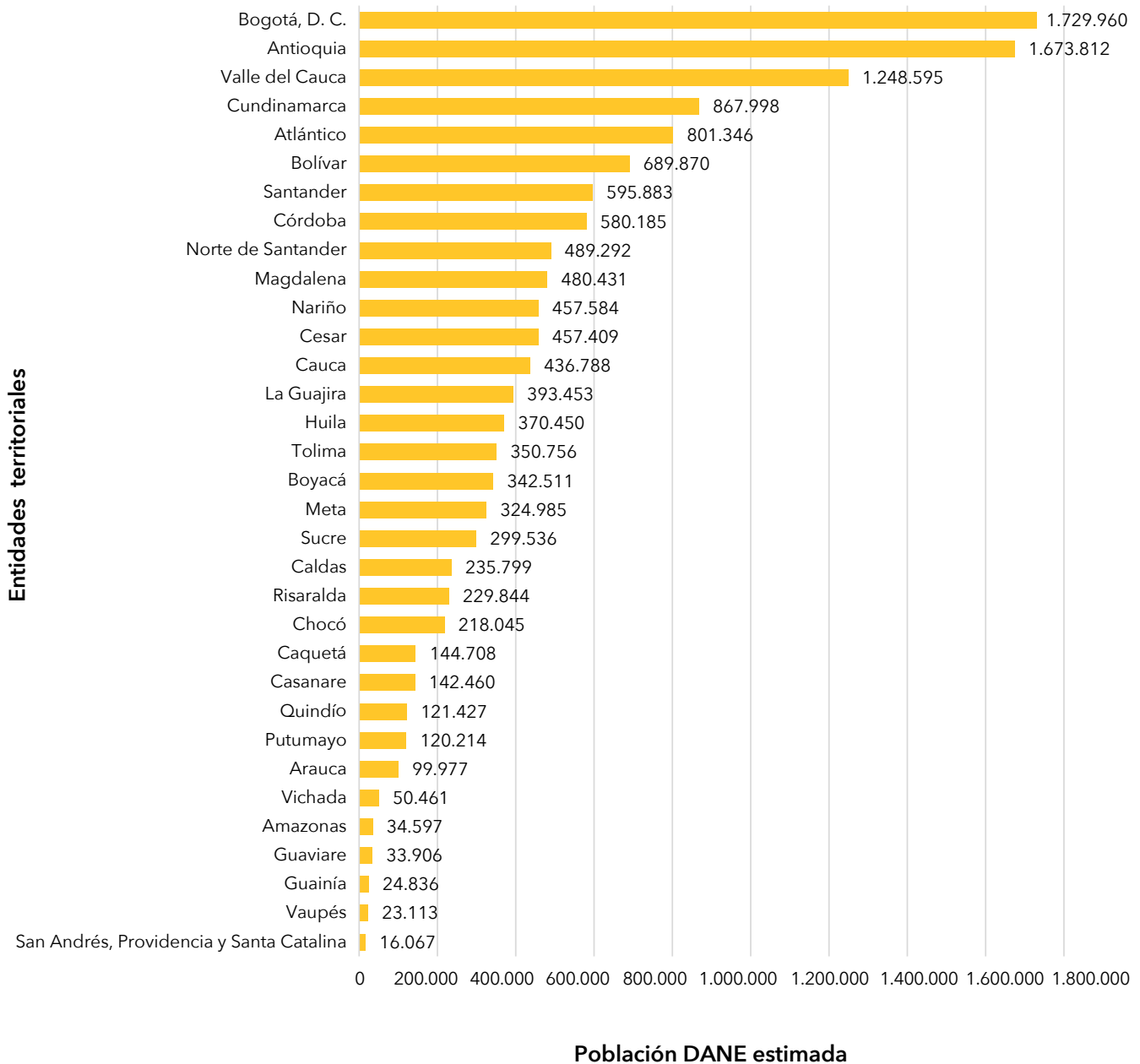
Se calcularon los indicadores para la evaluación de la gestión del riesgo en la población pediátrica con leucemias agudas, ya que actualmente es el único consenso basado en la evidencia disponible para los menores de



18 años (6) con cáncer. Adicionalmente, se calcularon dos indicadores globales de oportunidad de la atención para los LH, LNH, tumores del sistema nervioso central y de vías urinarias. El primero, mide los días transcurridos entre la sospecha médica o la remisión y la confirmación diagnóstica (reporte histopatológico que define la conducta terapéutica); sin embargo, es válido usar la fecha del diagnóstico clínico o de la primera valoración por el médico especialista en ausencia del diagnóstico patológico; el valor máximo permitido es de 2 años (730 días). El segundo, cuantifica los días entre la confirmación diagnóstica y el inicio del primer tratamiento (terapia sistémica, radioterapia o cirugía). Estos indicadores se midieron en los CNR y se reportaron la media y la mediana para un mejor análisis de la situación.

Todos los análisis estadísticos se realizaron en el programa Stata versión 17.

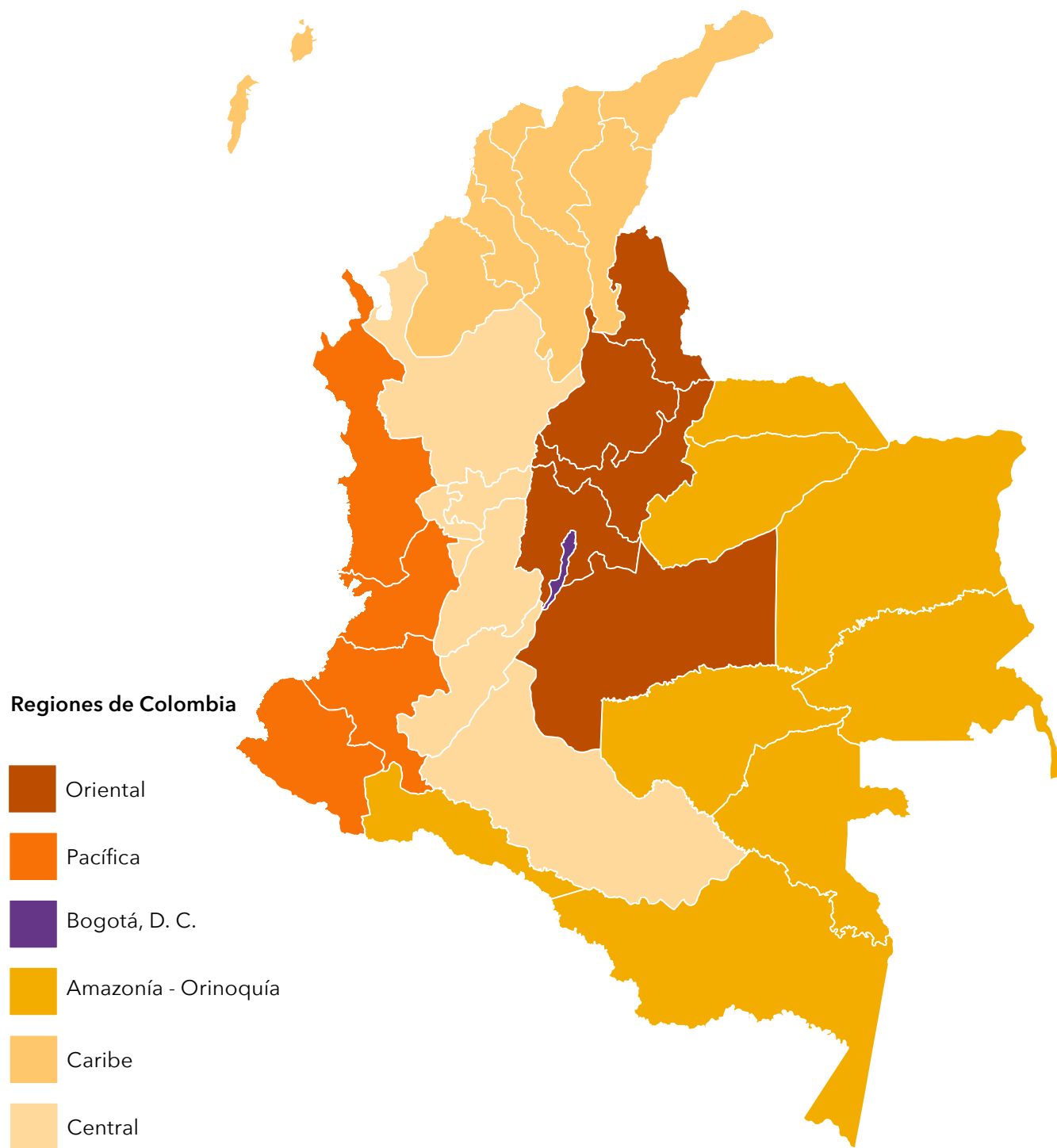
Figura 2. Población menor de 18 años proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2022



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección al 30 de junio de 2022.

[Descargar figura](#)

Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2020

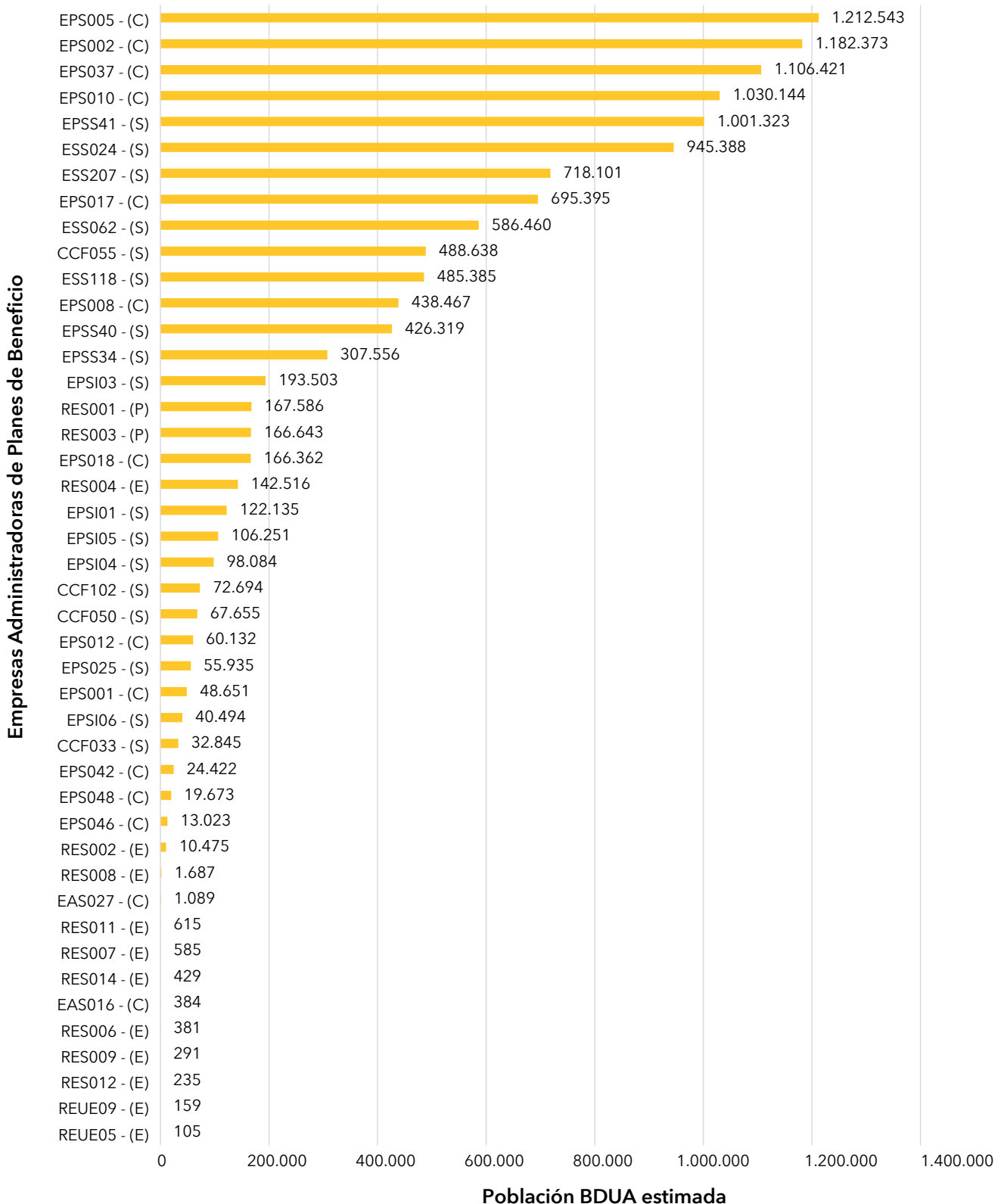


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Clasificación 2020.

[Descargar figura](#)



Figura 3. Proyección de la población menor de 18 años afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud según la Empresa Administradora de Planes de Beneficio, Colombia 2022



Fuente: Base Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social, corte al 30 de junio de 2022.

[Descargar figura](#)

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0247 del 2014. Bogotá D.C.; 2014. p. 1-22. Disponible en: https://www.cancer.gov.co/images/pdf/NORMATIVA/RESOLUCIONES/RESOLUCIÓN_000247_DE_2014.pdf
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3974 del 2009. Bogotá D.C.; 2009. p. 1-4. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minproteccion_3974_2009.htm
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Demografía y Epidemiología. Catálogo de patologías CIE-10. Actualización 26-01-2019.
4. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Tercera Edición. Primera Revisión. [En línea]; 2016. Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/producto/clasificacion-internacional-de-enfermedades-para-oncologia-cie-o/>
5. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects. 2022, Online Edition.
6. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia para la definición de los indicadores de gestión del riesgo en los pacientes menores de 18 años con leucemias agudas (LLA Y LMA). [En línea]. Bogotá D.C.; 2020. 1-62 p. Disponible en: <https://cuentadealto-costo.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-para-la-definicion-de-los-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-los-pacientes-menores-de-18-anos-con-leucemias-agudas-lla-y-lma/>

Generalidades del **cáncer**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Resumen infográfico

Capítulo 1

Generalidades del cáncer

Periodo: del 2 de enero de 2022 al 1° de enero de 2023.

Descripción general de los casos reportados



Se notificaron **8.962** casos prevalentes de cáncer infantil.



El 44,8% de los casos prevalentes corresponden a tumores sólidos, el 37,5% a leucemias agudas y el 13,9% a linfomas.



Los tipos de cáncer de mayor frecuencia en los casos nuevos fueron la LLA (30,4%), los tumores malignos del SNC, descartando las neoplasias en ojo (12,2%) y el LH (7,4%).

Morbimortalidad del cáncer en la población pediátrica

La PCNR y la prevalencia aumentaron en comparación con el 2022, en un **10,8% y un 17,3%**, respectivamente.



La PCNR estandarizada más alta se estimó en los siguientes tipos de cáncer: LLA, tumores del SNC y LNH con 23,5; 9,4 y 5,8 casos nuevos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.



La mortalidad general estandarizada más alta se presentó entre los casos de LLA y las neoplasias del SNC con 10,4 y 6,2 defunciones por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

Caracterización clínica de los casos nuevos

El **45,6%** de los casos eran **tumores sólidos**, y el **37,4%** leucemias agudas.



Dentro de los estadificados, el 27,6% de los tumores sólidos se diagnosticaron en estadios I, mientras que el 62,6% de los linfomas se encontraba en estadios avanzados.



El 40,2% de las leucemias agudas se clasificaron en el grupo de riesgo alto.



La terapia sistémica fue la alternativa terapéutica más frecuente (77,8%), seguida de la cirugía (28,4%).



En el país, la mediana del tiempo de espera hasta la confirmación del diagnóstico en los casos de cáncer pediátrico fue de 12 días (RIC 4 - 26) y para iniciar tratamiento de 5 días (RIC 0 - 17).

[Descargar infografía](#)



1. Generalidades del cáncer en la población pediátrica

1.1. Descripción general de los casos reportados

Para el periodo 2023, el número de los casos de cáncer en los menores de 18 años fue de 8.962, de los cuales el 12,16% (n= 1.090) fueron diagnosticados durante el 2 de enero de 2022 al 1° de enero de 2023; mientras que, 414 fallecieron en este mismo lapso. Con respecto al periodo anterior, se presenta un aumento del 9,55% en los casos nuevos reportados y un incremento en el número de las defunciones por todas las causas del 2,73%. Del total de los casos prevalentes, el 99,77% (n= 8.941) se identificaron como neoplasias de tipo invasivo, según la clasificación CIE-10, y el 0,23% (n= 21) como *in situ*, siendo estos últimos, en su mayoría carcinomas en tiroides o melanoma.

En cuanto a las medidas estandarizadas de morbimortalidad, la proporción de los casos nuevos reportados (PCNR) fue de 77,16 (IC 95%: 72,64 - 81,89), la prevalencia de 636,24 casos (IC 95%: 623,12 - 649,56) y la mortalidad general de 29,43 fallecimientos (IC 95%: 26,66 - 32,40), por un millón de habitantes menores de 18 años. En la **tabla 1.1** se presentan en detalle las características generales de los casos informados en la población pediátrica. En los CN, el 53,30% eran del sexo masculino, la mediana de la edad fue de 9 años (RIC: 4 - 14), el 25,69% residía en la región Central y la mayoría (54,04%) pertenecían al régimen contributivo. Más de la mitad de los fallecimientos, por todas las causas, se presentaron en los hombres (58,45%) y la mediana de la edad fue de 10 años (RIC: 5 - 14). La región Caribe tuvo la proporción más alta de defunciones, con un 27,29%; y según el régimen, en el contributivo se registró el mayor porcentaje de defunciones. Entre los casos diagnosticados durante el periodo en la población no afiliada, 5 correspondían a población migrante.

Tabla 1.1. Descripción general de la población pediátrica con cáncer reportada en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Variables ¹	CNR	Prevalentes	Fallecidos
Casos totales	1.090	8.962	414
Casos Invasivos	1.087 (99,72)	8.941 (99,77)	414 (100,00)
Medida de frecuencia estandarizada (IC 95%)^{2,3}	77,16 (72,64 - 81,89)	636,24 (623,12 - 649,56)	29,43 (26,66 - 32,40)
Sexo			
Femenino	509 (46,70)	4.007 (44,71)	172 (41,55)
Masculino	581 (53,30)	4.955 (55,29)	242 (58,45)
Edad			
	9 (4 - 14)	11 (7 - 15)	10 (5 - 14)
Régimen de afiliación			
Contributivo	589 (54,04)	4.483 (50,02)	205 (49,52)
Subsidiado	464 (42,57)	3.308 (36,91)	178 (43,00)
Excepción	28 (2,57)	248 (2,77)	6 (1,45)
Especial	2 (0,18)	17 (0,19)	0 (0,00)
No afiliado	7 (0,64)	19 (0,21)	2 (0,48)
Entidades liquidadas	0 (0,00)	887 (9,90)	23 (5,56)
Región de residencia			
Amazonía-Orinoquía	28 (2,57)	224 (2,50)	13 (3,14)
Bogotá, D. C.	160 (14,68)	1.709 (19,07)	71 (17,15)
Caribe	258 (23,67)	1.752 (19,55)	113 (27,29)
Central	280 (25,69)	2.200 (24,55)	86 (20,77)
Oriental	188 (17,25)	1.516 (16,92)	74 (17,87)
Pacífica	176 (16,15)	1.561 (17,42)	57 (13,77)

¹ Los valores reportados son números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Datos estimados incluyendo los casos de las neoplasias hematológicas y los tumores sólidos invasivos en la población pediátrica reportados a la CAC. Se presentan los valores estandarizados por la edad, reportados por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

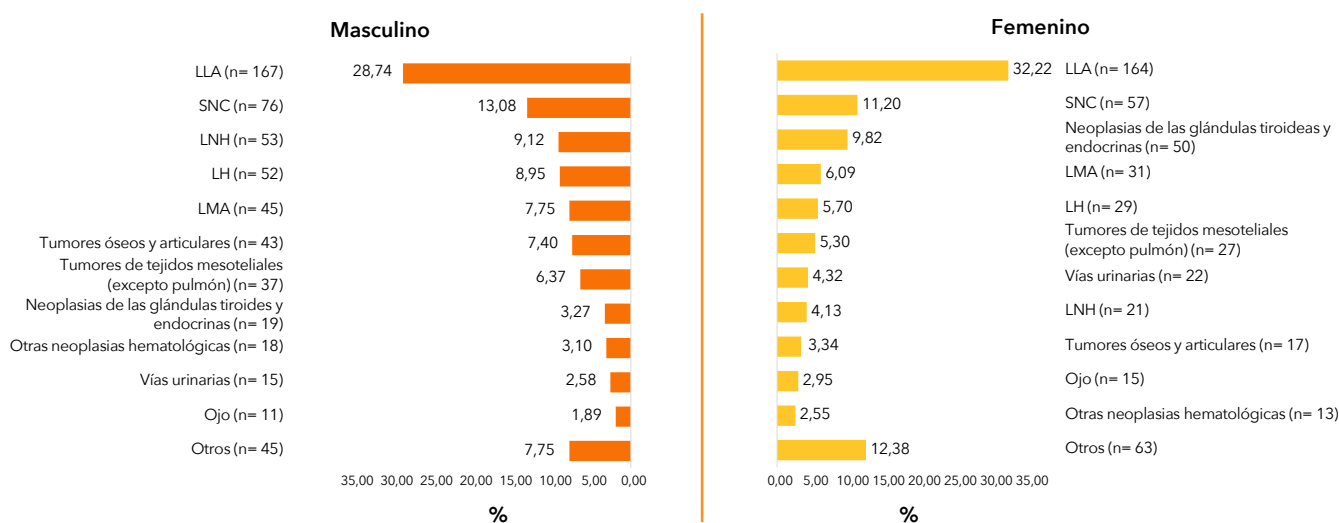
³ La mortalidad general estandarizada, incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con neoplasias hematológicas y tumores sólidos invasivos reportados a la CAC.

RIC: rango intercuartílico; CNR: casos nuevos reportados; PCNR: proporción de casos nuevos reportados; IC: intervalo de confianza.

Según la agrupación de los tipos de neoplasia por los códigos CIE-10, en el total de los casos nuevos reportados se identificó que los de mayor frecuencia fueron: la leucemia linfocítica aguda (LLA) con el 30,37%, los tumores del sistema nervioso central (descartando las neoplasias en ojo) con el 12,20%, seguidos por el linfoma Hodgkin (LH) con el 7,43%.

En la **figura 1.1** se muestra la distribución de los casos nuevos según el tipo de cáncer y el sexo. La LLA y los tumores en el sistema nervioso central (SNC), fueron los dos grupos de neoplasias con la mayor proporción de CNR en ambos sexos. Adicionalmente, en las mujeres, los tumores en las glándulas de la tiroides y otras glándulas endocrinas (9,82%) y la leucemia mieloide aguda (LMA) (6,09%) estuvieron en los principales lugares en frecuencia, mientras que, en los hombres, los linfomas, fueron el tercer y cuarto tipo de cáncer con mayor número de CNR, con el 9,12% para el linfoma no Hodgkin (LNH) y el 8,95% para el linfoma Hodgkin (LH).

Figura 1.1. Distribución porcentual de los casos nuevos según el tipo de cáncer pediátrico y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



Incluye todos los casos nuevos de cáncer en las personas menores de 18 años que fueron reportados en el periodo.

[Descargar figura](#)

1.2. Morbimortalidad del cáncer en la población pediátrica evaluada

1.2.1. PCNR del cáncer en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

En Bogotá, D. C., se presentó la proporción de casos nuevos reportados (PCNR) estandarizada más alta entre las regiones (**tabla 1.2**), mientras que en la Amazonía-Orinoquía, se registró la más baja con 52,69 casos nuevos (IC 95%: 35,01 – 76,18) por cada 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

Las entidades territoriales con las PCNR más altas fueron Tolima, Vichada y Guaviare con 122,89, 118,80, 116,51 casos nuevos por 1.000.000 de menores de 18 años, respectivamente. Por su parte, Chocó, La Guajira y Caquetá registraron las PCNR más bajas. Los departamentos de Guainía y Vaupés no informaron casos nuevos en esta población durante el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**



Tabla 1.2. PCNR del cáncer en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	28	529.564	52,87	52,69	35,01 - 76,18
Bogotá, D. C.	159	1.729.960	91,91	92,30	78,51 - 107,82
Caribe	257	3.718.297	69,12	69,21	61,00 - 78,21
Central	279	3.126.796	89,23	89,15	79,00 - 100,25
Oriental	188	2.620.669	71,74	71,70	61,81 - 82,71
Pacífica	176	2.361.012	74,54	74,57	63,96 - 86,44
Nacional	1.087	14.086.298	77,17	77,16	72,64 - 81,89

¹ Incluye todos los casos nuevos de las neoplasias hematológicas y los tumores sólidos invasivos en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

1.2.2. PCNR del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Como se observa en la **tabla 1.3**, la PCNR estandarizada por la edad del cáncer en la población pediátrica fue significativamente mayor en el régimen especial, seguido del contributivo.

Al evaluar los resultados según la EAPB, las estimaciones estandarizadas más altas se presentaron en la EAS027 y la EPSI05 con 764,91 y 150,46 casos nuevos por cada millón de afiliados menores de 18 años, respectivamente. Por su parte, la EPSI04, la CCF102 y la CCF033 obtuvieron los valores más bajos, cada una con 7,76, 26,92 y 28,41 casos nuevos en ese orden. Las entidades EPSI06, EPS047 y EAS016 no reportaron casos diagnosticados en el periodo en menores de 18 años.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 1.3. PCNR del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	587	5.999.079	97,85	98,16	90,37 - 106,43
Subsidiado	463	5.748.766	80,54	80,16	73,02 - 87,81
Excepción	28	487.220	57,47	59,26	39,06 - 86,14
Especial	2	4.487	445,73	334,08	39,90 - 1.509,46
No afiliado	7	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de las neoplasias hematológicas y los tumores sólidos invasivos en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

1.2.3. Prevalencia del cáncer en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La prevalencia estandarizada más alta se presentó en Bogotá, D. C., con 995,15 (IC 95%: 948,46 - 1.043,53) casos por cada 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, mientras que la más baja se observó en la región Amazonía-Orinoquía con 424,52 (IC 95%: 370,62 - 484,05).

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Generalidades del cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Además de Bogotá, D. C., las entidades territoriales con las prevalencias más altas fueron Quindío, Atlántico y Meta, mientras que Vaupés, Chocó y Vichada registraron las más bajas. En todos los departamentos se registraron casos en la población pediátrica.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 1.4. Prevalencia del cáncer en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	223	529.564	421,10	424,52	370,62 - 484,05
Bogotá, D. C.	1.705	1.729.960	985,57	995,15	948,46 - 1.043,53
Caribe	1.750	3.718.297	470,65	472,07	450,21 - 494,72
Central	2.193	3.126.796	701,36	696,93	668,06 - 726,73
Oriental	1.510	2.620.669	576,19	574,75	546,13 - 604,49
Pacífica	1.560	2.361.012	660,73	658,29	626,02 - 691,79
Nacional	8.941	14.086.298	634,73	636,24	623,12 - 649,56

¹ Incluye todos los casos de las neoplasias hematológicas y los tumores sólidos invasivos en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

1.2.4. Prevalencia del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

En el régimen especial se presentó una prevalencia superior con respecto a los otros regímenes (**tabla 1.5**). Entre las entidades aseguradoras los resultados más altos se presentaron en la EAS016, la EAS027 y EPS018 con 4.864,88, 1.529,81 y 1.200,33 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, respectivamente, mientras que las estimaciones más bajas se observaron en la EPSI06 y la CCF102, con 53,32 y 216,35, respectivamente. La EPS047 no informó casos en la población pediátrica durante el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 1.5. Prevalencia del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	4.471	5.999.079	745,28	740,42	718,87 - 762,46
Subsidiado	3.303	5.748.766	574,56	581,85	562,16 - 602,05
Excepción	246	487.220	504,91	484,05	424,94 - 549,23
Especial	17	4.487	3.788,72	3.923,88	2.182,41 - 6.506,68
No afiliado	19	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	885	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de neoplasias hematológicas y los tumores sólidos invasivos en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En las entidades liquidadas y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

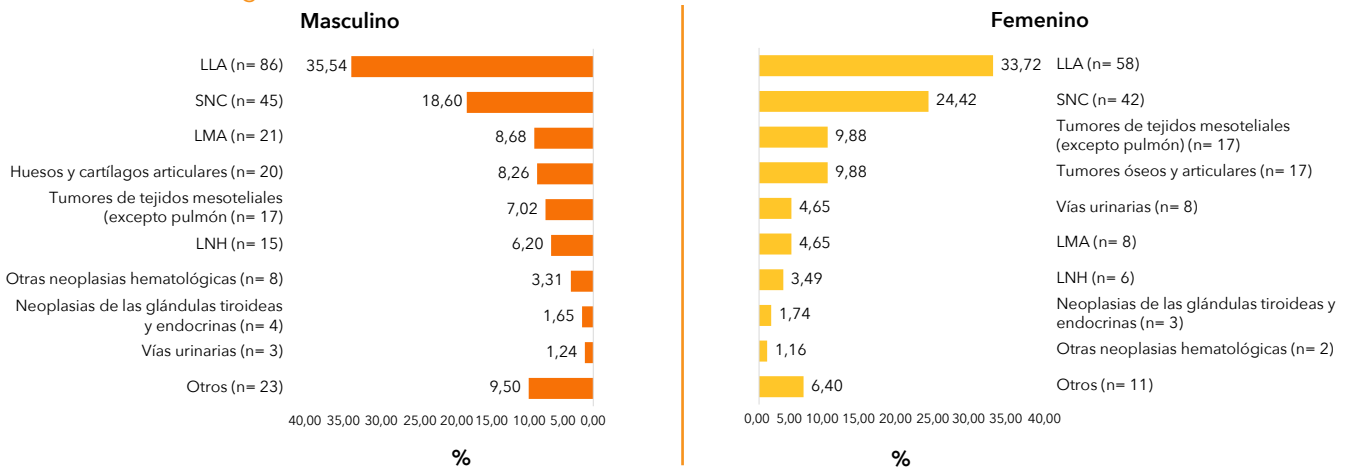
IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.



1.2.5. Mortalidad general en la población pediátrica con cáncer

El número de muertes por todas las causas fue mayor en los casos diagnosticados con: LLA, neoplasias del SNC a excepción del ojo, y tumores en huesos y cartílagos articulares, en ese orden. En la **figura 1.2** se presenta la distribución de los fallecimientos según el tipo de cáncer y el sexo, para ambos la mayor proporción de defunciones se registró en los casos de LLA. Por otro lado, en los hombres fueron más frecuentes las muertes en LMA en comparación con las mujeres.

Figura 1.2. Distribución porcentual de las muertes en la población pediátrica según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

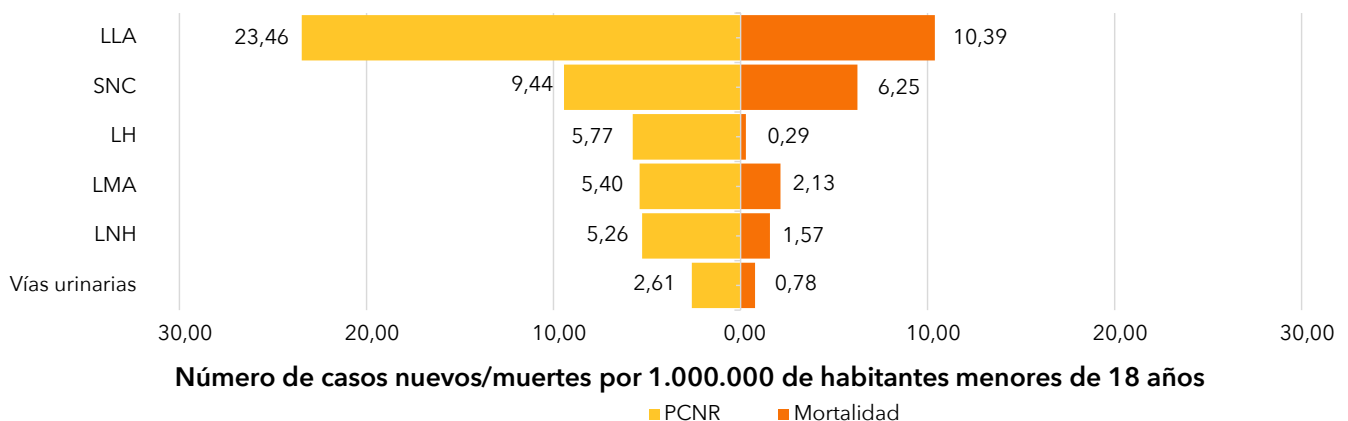


Incluye las muertes, por todas las causas, reportadas a la CAC en la población menor de 18 años con neoplasias hematológicas y tumores sólidos invasivos.

[Descargar figura](#)

La **figura 1.3** muestra la relación entre la PCNR y la mortalidad general para seis de los tipos de cáncer más frecuentes en la población pediátrica. Entre estos tipos de neoplasias, la leucemia linfocítica aguda y los tumores del SNC son los dos diagnósticos con la PCNR y la mortalidad general más altas. En ninguno de los hematolinfáticos o tumores sólidos de la gráfica, se presentó una mortalidad superior a la proporción de los casos nuevos, y se resalta que el número de fallecidos en el LH y en vías urinarias es significativamente menor al número de casos diagnosticados en el periodo, lo cual permite inferir que con un adecuado tratamiento estos casos pueden tener una resolución completa de la enfermedad.

Figura 1.3. Relación entre la PCNR y la mortalidad general en los tipos de cáncer priorizados para la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



Medidas estandarizadas por la edad. Incluyen todos los casos de neoplasias hematológicas y los casos invasivos de los tumores del SNC y las vías urinarias en los menores de 18 años.

La mortalidad general corresponde a los fallecimientos por todas las causas reportados a la CAC.

[Descargar figura](#)

1.2.6. Mortalidad general del cáncer en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La región del país con la mortalidad general más alta fue Bogotá, D. C., con 41,20 muertes (IC 95%: 32,17 - 51,97) y la más baja se observó en la Pacífica con 24,04 fallecidos (IC 95%: 18,21 - 31,15), ambos por cada 1.000.000 de habitantes menores de 18 años. Además de Bogotá, D. C., las entidades territoriales que presentaron la mortalidad más elevada fueron Atlántico, Santander y Meta; mientras que, Risaralda, La Guajira y Chocó registraron las cifras más bajas.

Los departamentos de Guainía, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Vaupés y Vichada no notificaron muertes durante el periodo en esta población.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 1.6. Mortalidad general del cáncer en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	13	529.564	24,55	24,77	13,19 - 42,35
Bogotá, D. C.	71	1.729.960	41,04	41,20	32,17 - 51,97
Caribe	113	3.718.297	30,39	30,44	25,09 - 36,60
Central	86	3.126.796	27,50	27,39	21,91 - 33,83
Oriental	74	2.620.669	28,24	28,23	22,17 - 35,44
Pacífica	57	2.361.012	24,14	24,04	18,21 - 31,15
Nacional	414	14.086.298	29,39	29,43	26,66 - 32,40

¹ Incluye las muertes, por todas las causas en la población pediátrica con cáncer hematológico y tumores sólidos invasivos reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

1.2.7. Mortalidad general del cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada en los menores de 18 años con cáncer fue ligeramente mayor en el régimen contributivo con respecto al subsidiado. Para el periodo de análisis no se reportaron defunciones en los pacientes pediátricos afiliados al régimen especial (**tabla 1.7**). En la EPSI03, la EPS025 y en la EPS018 se estimó la mortalidad estandarizada más alta con 52,53, 51,91 y 45,16 muertes por cada millón de afiliados menores de 18 años, respectivamente. Las entidades que mostraron las cifras más bajas fueron la EPSI04, la CF050 y la EPSI01 con 11,87, 12,92 y 15,88, respectivamente. En 5 entidades de los regímenes contributivo y subsidiado no se reportaron datos de defunciones.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**



Tabla 1.7. Mortalidad general en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	205	5.999.079	34,17	34,17	29,65 - 39,18
Subsidiado	178	5.748.766	30,96	30,97	26,58 - 35,87
Excepción	6	487.220	12,31	11,33	4,15 - 25,16
Especial	0	4.487	0,00	NA	NA
No afiliado	2	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	23	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes, por todas las causas en la población pediátrica con cáncer hematológico y tumores sólidos invasivos reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

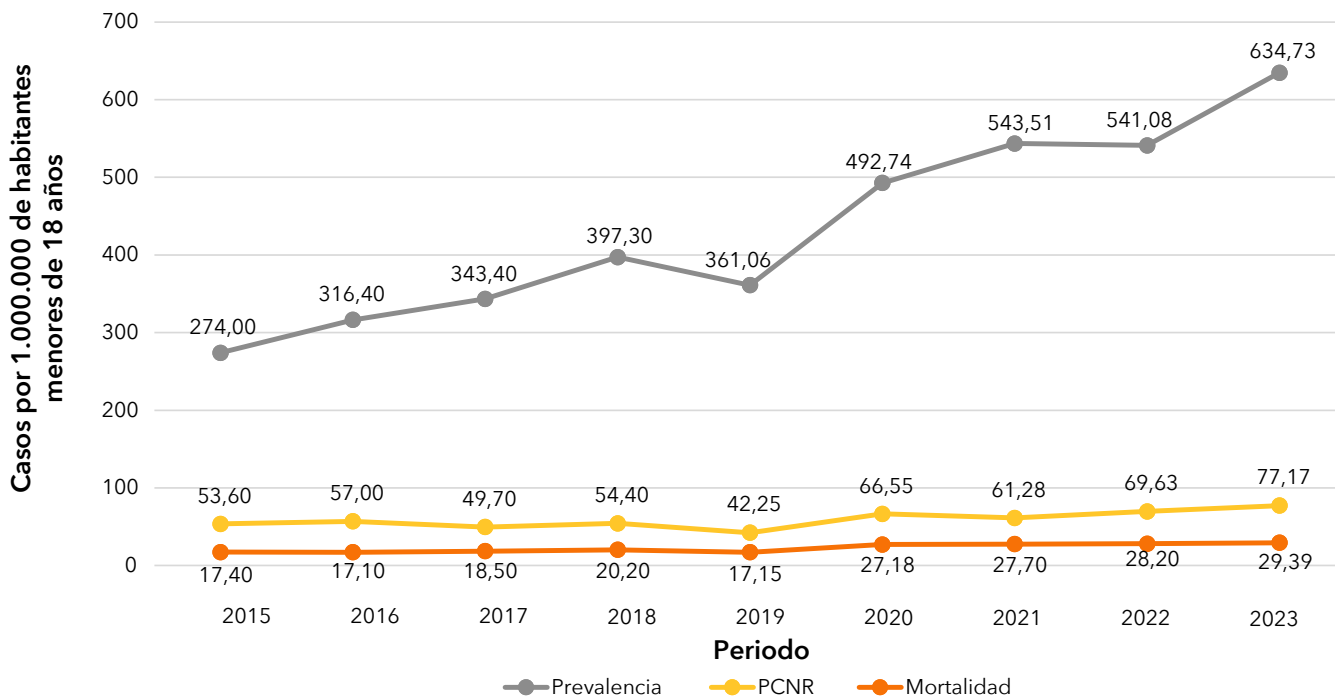
En las entidades liquidadas y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.

IC: intervalo de confianza; NA: no aplica; SD: sin dato.

1.2.8. Evolución del registro de cáncer pediátrico en el aseguramiento en Colombia

Con relación al periodo anterior, las tres medidas de morbimortalidad presentaron un aumento y a su vez son los valores más altos desde el inicio del registro. Mientras la prevalencia presentó una elevación del 17,31%, los casos nuevos se incrementaron en un 10,83% y por su parte la mortalidad en un 4,22%. Es probable que el trabajo de fortalecer el registro en esta población esté favoreciendo una visualización más amplia de la situación del cáncer infantil, pero aún se requieren esfuerzos para captar la totalidad de casos esperados.

Figura 1.4. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2023



Incluye todos los casos de neoplasias hematológicas y tumores sólidos invasivos en la población pediátrica reportados a la CAC.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

Mortalidad: corresponde al número de fallecimientos, por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

1.3. Caracterización de los casos nuevos de cáncer pediátrico

1.3.1. Características clínicas y de la atención de los casos nuevos reportados de cáncer

La **tabla 1.8** describe las características clínicas de los CNR. En el ámbito nacional, los tumores sólidos y las leucemias agudas agruparon la mayor cantidad de los casos nuevos, con el 45,60% y el 37,34%, respectivamente. Este comportamiento es similar en los regímenes contributivo, subsidiado y en la población no afiliada, por el contrario, en el régimen de excepción el 50,00% y los dos casos del especial fueron diagnósticos nuevos en leucemias.

En cuanto a la estadificación clínica, el 35,01% del total de los tumores sólidos cumplió con el reporte, esta proporción fue menor en los casos afiliados al régimen contributivo (33,33%). En el ámbito nacional, la mayoría se clasificó en el estadio I (27,59%) seguidos por los del estadio IV (25,29%). En el régimen contributivo la mayoría de los tumores se informaron como estadio I; mientras que, en el subsidiado el 35,21% eran estadio IV.

Con respecto a los linfomas, el 79,35% fueron estadificados, la mayoría se clasificó en estadio avanzado (62,60%). La proporción de los casos en estadios avanzados fue mayor en el subsidiado (66,00%) y el contributivo (63,24%), comparado con el resultado país.

La clasificación del riesgo fue reportada en el 72,26% de los linfomas y el 78,87% de las leucemias. En este último grupo de hematolinfáticos, el 40,19% presentó un riesgo alto y el 38,94% intermedio. La mayoría de los casos nuevos de leucemias agudas, pertenecientes a los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción, presentaron un riesgo alto al momento del diagnóstico.

Comparado con el periodo 2022, el porcentaje de los casos nuevos con estadificación o clasificación del riesgo aumentó, destacando el incremento del 17,09% en el reporte del estadio para los tumores sólidos y del 4,54% en la clasificación en los linfomas. Esta información es fundamental para el manejo y el pronóstico de la enfermedad; por lo que se debe continuar trabajando en el adecuado cumplimiento y el reporte por parte de las entidades.

Tabla 1.8. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 1.090 (100,00%)
	Contributivo n= 589 (54,04%)	Subsidiado n= 464 (42,57%)	Excepción n= 28 (2,57%)	No afiliado n= 7 (0,64%)	
Extensión					
<i>In situ</i>	2 (0,34)	1 (0,22)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,28)
Invasivo	587 (99,66)	463 (99,78)	28 (100,00)	7 (100,00)	1.087 (99,72)
Clasificación general³					
Tumores sólidos	288 (48,90)	194 (41,81)	9 (32,14)	6 (85,71)	497 (45,60)
Leucemias agudas	199 (33,79)	191 (41,16)	14 (50,00)	1 (14,29)	407 (37,34)
Linfomas (LH y LNH)	85 (14,43)	65 (14,01)	5 (17,86)	0 (0,00)	155 (14,22)
Otros hematológicos	17 (2,89)	14 (3,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	31 (2,84)
Estadificación (sí)⁴					
Tumores sólidos	96 (33,33)	71 (36,60)	4 (44,44)	3 (50,00)	174 (35,01)
Linfomas	68 (80,00)	50 (76,92)	5 (100,00)	0 (0,00)	123 (79,35)
Estadio al diagnóstico (tumores sólidos)^{4,5}					
<i>In situ</i>	1 (1,04)	1 (1,41)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,15)
I	35 (36,46)	11 (15,49)	1 (25,00)	1 (33,33)	48 (27,59)
II	17 (17,71)	17 (23,94)	3 (75,00)	0 (0,00)	37 (21,26)
III	24 (25,00)	16 (22,54)	0 (0,00)	2 (66,67)	42 (24,14)



Tabla 1.8. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023 (continuación)

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 1.090 (100,00%)
	Contributivo n= 589 (54,04%)	Subsidiado n= 464 (42,57%)	Excepción n= 28 (2,57%)	No afiliado n= 7 (0,64%)	
IV	19 (19,79)	25 (35,21)	0 (0,00)	0 (0,00)	44 (25,29)
V	0 (0,00)	1 (1,41)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,57)
Estadio al diagnóstico (linfomas)^{4,5}					
Temprano	23 (33,82)	16 (32,00)	4 (80,00)	0 (0,00)	43 (34,96)
Avanzado	43 (63,24)	33 (66,00)	1 (20,00)	0 (0,00)	77 (62,60)
Extraganglionar	2 (2,94)	1 (2,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (2,44)
Clasificación del riesgo (sí)⁶					
Leucemias agudas	157 (78,89)	147 (76,96)	14 (100,00)	1 (100,00)	321 (78,87)
Linfomas	62 (72,94)	45 (69,23)	5 (100,00)	0 (0,00)	112 (72,26)
Clasificación del riesgo (leucemias agudas)^{6,7}					
Estándar, bajo o favorable	27 (17,20)	39 (26,53)	1 (7,14)	0 (0,00)	67 (20,87)
Intermedio	62 (39,49)	56 (38,10)	6 (42,86)	1 (100,00)	125 (38,94)
Alto o desfavorable	68 (43,31)	52 (35,37)	7 (50,00)	0 (0,00)	129 (40,19)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables.

² Para los valores totales se tiene en cuenta dos casos del régimen especial.

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM u otros.

⁵ Incluye todos los casos nuevos de tumores sólidos o linfomas reportados en el periodo que fueron estadificados. En el caso de los linfomas, los estadios tempranos (I - II) y, los avanzados (III - IV). Los tumores extraganglionares incluyen tumores primarios del SNC, primarios mediastinales o primarios de otros órganos.

⁶ Los grupos de riesgo citogénico-molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias.

⁷ Incluye todos los casos nuevos con leucemias agudas en los que se reportó la clasificación del riesgo.

1.3.2. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos reportados de cáncer

En la **tabla 1.9** se describe el tratamiento administrado a los casos nuevos y su ubicación temporal según el régimen de afiliación. Sin embargo, no se tuvo en cuenta si el tratamiento fue prescrito de forma concomitante con otra de las alternativas terapéuticas.

La terapia sistémica fue administrada en el 77,76% de los casos nuevos, siendo el tratamiento más frecuente a nivel nacional. En la mayoría de los casos (69,53%) fue indicada como tratamiento inicial curativo (sin cirugía) y un 15,42% como adyuvancia.

Los procedimientos quirúrgicos se realizaron en el 28,43% del total de los casos diagnosticados; de ellos, el 96,26% eran tumores sólidos y el 3,74% neoplasias hematolinfáticas. En cuanto a la intención del tratamiento, el 98,98% de las cirugías se realizó como manejo inicial con intención curativa.

Por otro lado, la radioterapia fue el tratamiento de elección para el 9,77% de los casos; en más de la mitad (54,46%) de estos se realizó como manejo adyuvante. Tan solo el 15,84% de los que recibieron esta terapia eran hematolinfáticos.

En los diferentes regímenes del aseguramiento, las terapias sistémicas fueron los tratamientos con mayor elección en los casos nuevos. Entre tanto, en el 42,86% de los reportados por las secretarías de salud, fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos.

Del total de los CN, el 12,75% no recibieron ningún tratamiento, en esta proporción se incluyen aquellos que no fueron tratados por alguna de las siguientes situaciones: diagnosticados durante los tres meses antes de la fecha de corte (14,39%), que estaban bajo observación o manejo paliativo (10,07%) o pacientes que decidieron abandonar el tratamiento (5,04%). Con respecto al periodo anterior se disminuyó en un 7,93% los casos sin reporte de alguna terapia.

Tabla 1.9. Caracterización del tratamiento prescrito a los casos nuevos de cáncer pediátrico según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Tratamiento/ubicación temporal ^{1,2}	Régimen de afiliación				Total ³ n= 1.090 (100,00%)
	Contributivo n= 589 (54,04%)	Subsidiado n= 464 (42,57%)	Excepción n= 28 (2,57%)	No afiliado n= 7 (0,64%)	
Cirugía (sí)	184 (32,97)	100 (22,78)	7 (25,00)	3 (42,86)	294 (28,43)
Manejo inicial	184 (100,00)	99 (99,00)	5 (71,43)	3 (100,00)	291 (98,98)
Manejo de enfermedad metastásica	0 (0,00)	1 (1,00)	2 (28,57)	0 (0,00)	3 (1,02)
Terapia sistémica⁴ (sí)	413 (74,01)	361 (82,23)	26 (92,86)	2 (28,57)	804 (77,76)
Neoadyuvancia	50 (12,11)	45 (12,47)	4 (15,38)	1 (50,00)	101 (12,56)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	280 (67,80)	261 (72,30)	17 (65,38)	0 (0,00)	559 (69,53)
Adyuvancia	75 (18,16)	44 (12,19)	5 (19,23)	0 (0,00)	124 (15,42)
Manejo de enfermedad metastásica	5 (1,21)	6 (1,66)	0 (0,00)	0 (0,00)	11 (1,37)
Manejo paliativo (sin recaída ni metastásica)	3 (0,73)	4 (1,11)	0 (0,00)	1 (50,00)	8 (1,00)
Sin información	0 (0,00)	1 (0,28)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,12)
Radioterapia (sí)	61 (10,93)	39 (8,88)	1 (3,57)	0 (0,00)	101 (9,77)
Neoadyuvancia	7 (11,48)	5 (12,82)	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (11,88)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	15 (24,59)	10 (25,64)	0 (0,00)	0 (0,00)	25 (24,75)
Adyuvancia	35 (57,38)	19 (48,72)	1 (100,00)	0 (0,00)	55 (54,46)
Manejo de recaída	0 (0,00)	1 (2,56)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,99)
Manejo de enfermedad metastásica	2 (3,28)	1 (2,56)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (2,97)
Manejo paliativo (sin recaída ni metastásica)	2 (3,28)	3 (7,69)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (4,95)
Sin tratamiento⁵	77 (13,07)	59 (12,72)	1 (3,57)	2 (28,57)	139 (12,75)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables.

² La ubicación temporal se definió según el instructivo de reporte y corresponde al primer o único tratamiento/esquema recibido en el periodo para cada alternativa terapéutica (cirugía, terapia sistémica o radioterapia).

³ Para los valores totales se tienen en cuenta dos casos del régimen especial.

⁴ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

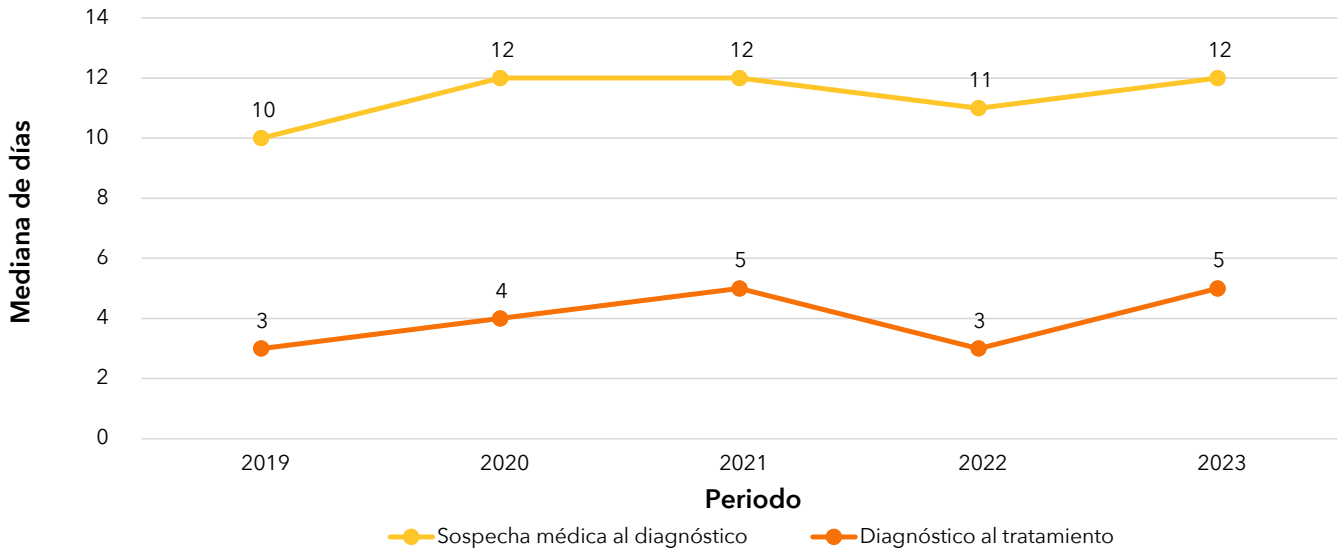
⁵ Corresponde a los casos diagnosticados cerca al corte, bajo observación o que fallecieron antes de iniciar un tratamiento.

1.3.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos reportados de cáncer

La definición y la operacionalización de las oportunidades de la atención de esta sección se pueden consultar en detalle en el capítulo de los aspectos metodológicos. En la **figura 1.5** se observa la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento en el ámbito nacional. La mediana del tiempo de espera entre la sospecha clínica y el diagnóstico fue de 12 días (RIC: 4 - 26), mientras que, entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento, se identificó una mediana de 5 días (RIC: 0 - 17), en ambos escenarios se observa un aumento en los tiempos de espera.



Figura 1.5. Tendencia de la oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer pediátrico en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023

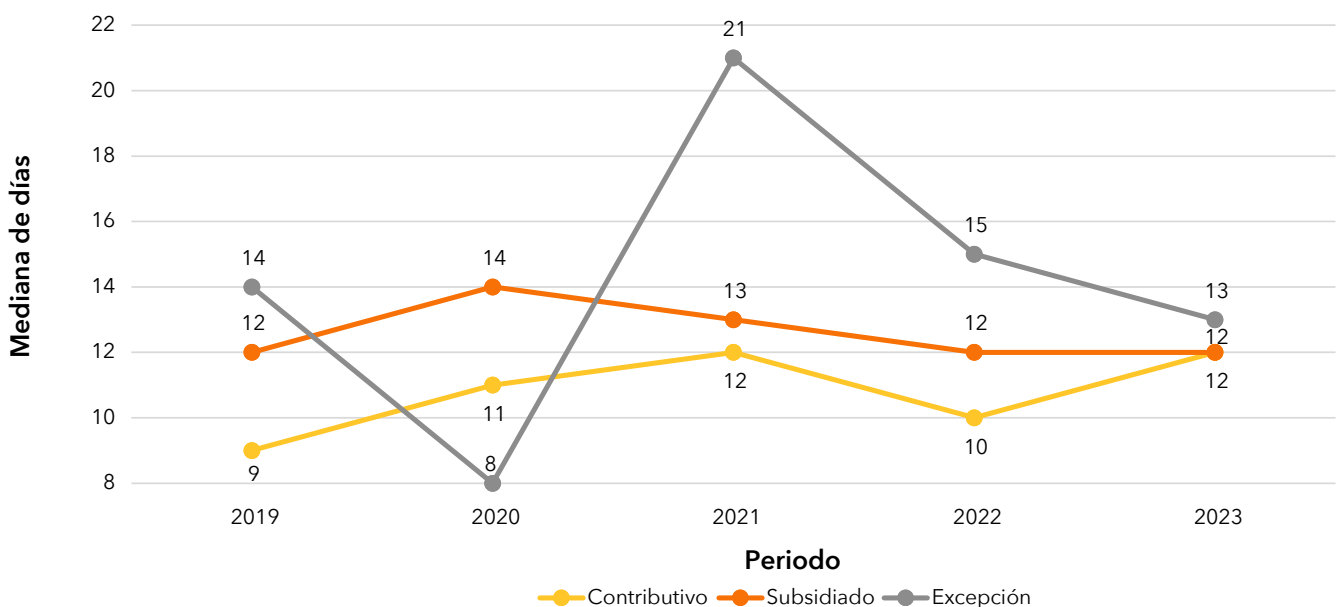


Incluye todos los casos nuevos de neoplasias hematológicas y tumores sólidos (*in situ* e invasivo), en la población pediátrica, reportados a la CAC. La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 24,78 días (\pm 44,67) y para la del tratamiento fue de 15,76 días (\pm 27,73).

[Descargar figura](#)

En las **figuras 1.6 y 1.7** se observan la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento según el régimen de afiliación. Similar al tiempo estimado en el país, en ninguno de los regímenes de afiliación se presentó una mediana menor a los 10 días, los regimientes contributivo y subsidiado mantienen una oportunidad de 12 días, mientras que en el de excepción este tiempo es mayor (mediana de 13 días).

Figura 1.6. Tendencia en la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer pediátrico según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2023

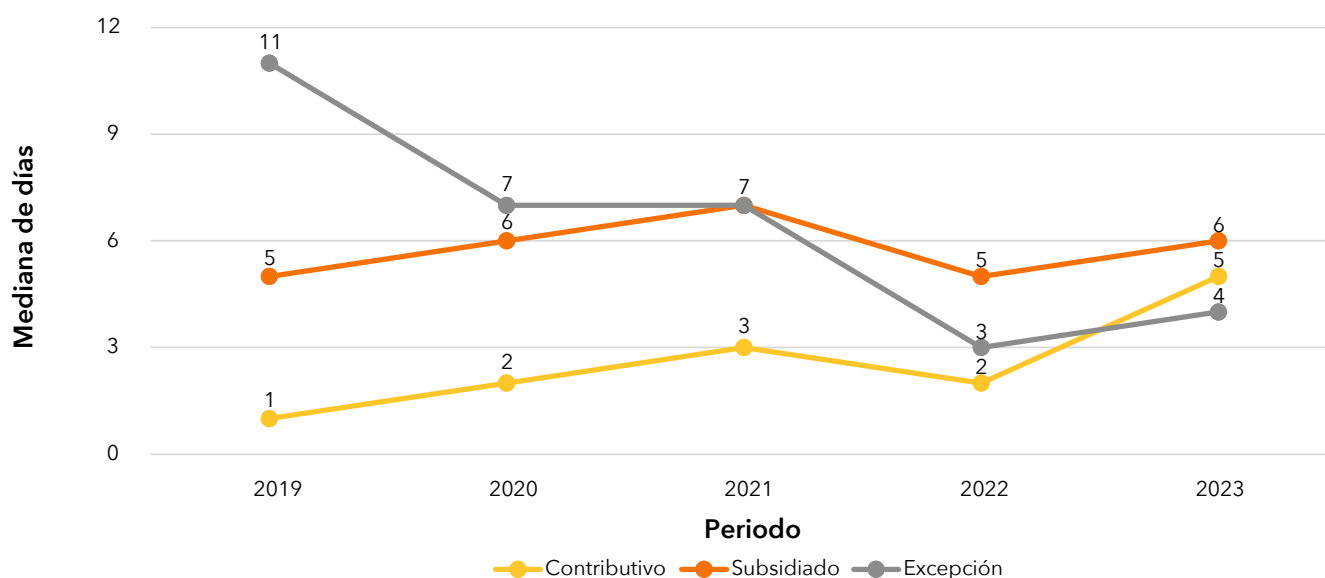


Incluye todos los casos nuevos de neoplasias hematológicas y tumores sólidos (*in situ* e invasivo), en la población pediátrica, reportados a la CAC. La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el régimen contributivo fue de 22,70 días (\pm 34,05), en el subsidiado de 27,77 días (\pm 56,56) y en el de excepción de 23,74 días (\pm 32,30).

[Descargar figura](#)

En relación con el inicio del tratamiento (**figura 1.7**) la tendencia tanto en el país como en los regímenes es al aumento con respecto al anterior periodo. En 2023, se presentó la mejor oportunidad para acceder al tratamiento en el régimen de excepción con una mediana de 4 días.

Figura 1.7. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer pediátrico según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2023



Incluye todos los casos nuevos de neoplasias hematológicas y tumores sólidos (*in situ* e invasivo), en la población pediátrica, reportados a la CAC. La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el régimen contributivo fue de 15,09 días (\pm 27,83), en el subsidiado de 17,05 días (\pm 28,28), y en el de excepción de 9,29 días (\pm 17,64).

[Descargar figura](#)

En la **tabla 1.10** se observa la oportunidad de la atención para los seis tipos de cáncer pediátrico de mayor frecuencia. En general, el mejor comportamiento de estos indicadores se presentó en las leucemias agudas, con resultados muy cercanos entre la LLA y LMA. En el caso de los linfomas, los tiempos de espera son diferentes, siendo más prolongados para los casos de LH. Por su parte en los tumores sólidos, se reportaron tiempos de confirmación del diagnóstico y acceso al tratamiento mayores para las neoplasias del SNC, en comparación con los de las vías urinarias.

Tabla 1.10. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Tipo de cáncer	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
LLA	8,12 (15,74)	4 (2 - 7)	9,30 (20,06)	2 (0 - 7)
LMA	10,31 (35,29)	4 (2 - 7)	7,69 (17,92)	1 (0 - 5)
LNH	20,55 (25,59)	13 (7 - 21)	12,65 (28,57)	3 (1 - 12)
LH	40,18 (68,03)	21 (10 - 40)	15,61 (17,11)	9 (4 - 17)
SNC	28,48 (32,20)	20 (11 - 33)	21,55 (25,58)	11 (6 - 30)
Vías urinarias	17,63 (17,37)	13 (4 - 25)	9,91 (20,83)	1 (0 - 9)

DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico.

Incluye todos los casos nuevos de neoplasias hematológicas y tumores sólidos (*in situ* e invasivo), en la población pediátrica, reportados a la CAC.



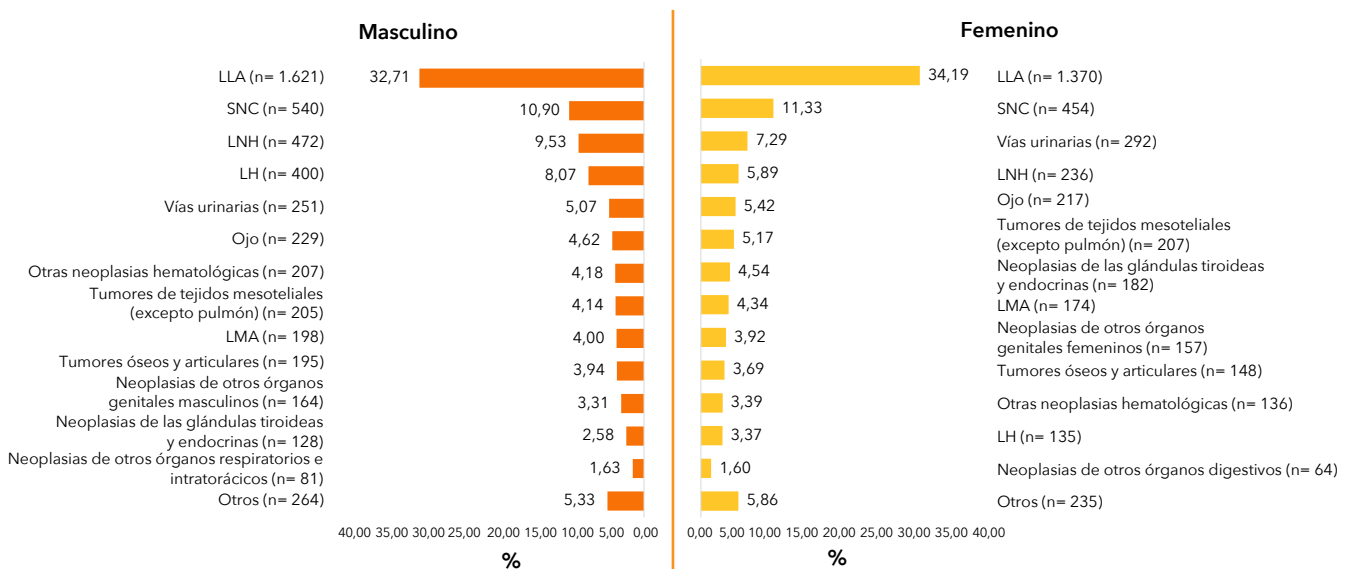
1.4. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer pediátrico

1.4.1. Características clínicas de los casos prevalentes de cáncer

Del total de los casos de cáncer pediátrico, el 44,78% correspondieron a tumores sólidos, el 37,53% a las leucemias agudas, el 13,87% a los linfomas y el 3,83% a otros tipos de cáncer hematológico.

En la **figura 1.8** se observa la distribución de los casos prevalentes según el sexo y el tipo de cáncer. Los tipos de neoplasias según la agrupación por CIE-10 más frecuentes en ambos sexos fueron la LLA y las neoplasias del SNC (excluyendo ojo). En los hombres, el LNH y LH ocuparon el tercer y cuarto lugar, respectivamente, mientras que en las mujeres los tumores del sistema urinario (SU) fueron más frecuentes que los linfomas.

Figura 1.8. Distribución porcentual de los casos prevalentes en la población pediátrica según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



Incluye todos los casos de cáncer en personas menores de 18 años que fueron reportados en el periodo.

[Descargar figura](#)

1.4.2. Caracterización del tratamiento en los casos prevalentes de cáncer

En la **tabla 1.11** se presenta la distribución del tipo de tratamiento recibido por los casos prevalentes y su ubicación temporal según el régimen de afiliación. La información presentada corresponde a la administración, no excluyente, de cada una de las alternativas terapéuticas durante el periodo.

Durante el 2023, la terapia sistémica fue administrada en el 23,09% de los casos, la mayoría (70,46%) fueron indicadas como parte del tratamiento inicial curativo. Se realizaron procedimientos quirúrgicos en el 5,07% de los casos prevalentes, en gran parte como manejo inicial curativo (90,07%). Del total de cirugías el 95,04% se realizaron en tumores sólidos, mientras que el 4,96% fueron en neoplasias hematolinfáticas. Finalmente, el 3,30% de los casos recibió radioterapia, de los cuales el 59,92% eran carcinomas sólidos. Para este tipo de terapia la mayor intención de tratamiento fue la adyuvancia (38,55%) seguida por el manejo inicial (30,53%).

Entre los regímenes del aseguramiento se presentó un comportamiento similar, siendo el tratamiento con mayor reporte las terapias sistémicas.

Para este periodo aumentó el porcentaje de los casos prevalentes que no reportaron algún tipo de terapia administrada durante el periodo en un 2,45% comparado con el 2022, cabe recordar que en estos casos se incluyen aquellos que fueron diagnosticados cerca a la fecha de corte, presentaron indicación de manejo paliativo, decidieron abandonar el tratamiento o presentaron algún inconveniente administrativo.

Tabla 1.11. Caracterización del tratamiento en los casos prevalentes de cáncer pediátrico en el periodo según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Tratamiento/ubicación temporal ^{1,2}	Régimen de afiliación					Total ³ n= 8.075 (100,00%)
	Contributivo n= 4.483 (55,52%)	Subsidiado n= 3.308 (40,97%)	Excepción n= 248 (3,07%)	Especial n= 17 (0,21%)	No afiliado n= 19 (0,24%)	
Cirugía (sí)	247 (5,58)	140 (4,32)	13 (5,33)	0 (0,00)	3 (15,79)	403 (5,07)
Manejo inicial	225 (91,09)	129 (92,14)	6 (46,15)	0 (0,00)	3 (100,00)	363 (90,07)
Manejo de recaída	13 (5,26)	5 (3,57)	3 (23,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	21 (5,21)
Manejo de enfermedad metastásica	9 (3,64)	6 (4,29)	4 (30,77)	0 (0,00)	0 (0,00)	19 (4,71)
Terapia sistémica (sí)⁴	947 (21,41)	820 (25,28)	59 (24,18)	3 (17,65)	6 (31,58)	1.835 (23,09)
Neoadyuvancia	88 (9,29)	68 (8,29)	7 (11,86)	1 (33,33)	1 (16,67)	165 (8,99)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	656 (69,27)	596 (72,68)	36 (61,02)	2 (66,67)	3 (50,00)	1.293 (70,46)
Adyuvancia	124 (13,09)	81 (9,88)	5 (8,47)	0 (0,00)	0 (0,00)	210 (11,44)
Manejo de recaída	51 (5,39)	44 (5,37)	7 (11,86)	0 (0,00)	1 (16,67)	103 (5,61)
Manejo de enfermedad metastásica	13 (1,37)	15 (1,83)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	28 (1,53)
Manejo paliativo (sin recaída ni metastásica)	15 (1,58)	15 (1,83)	4 (6,78)	0 (0,00)	1 (16,67)	35 (1,91)
Sin información	0 (0,00)	1 (0,12)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,05)
Radioterapia (sí)	156 (3,53)	98 (3,02)	8 (3,28)	0 (0,00)	0 (0,00)	262 (3,30)
Neoadyuvancia	17 (10,90)	11 (11,22)	1 (12,50)	0 (0,00)	0 (0,00)	29 (11,07)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	44 (28,21)	35 (35,71)	1 (12,50)	0 (0,00)	0 (0,00)	80 (30,53)
Adyuvancia	67 (42,95)	30 (30,61)	4 (50,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	101 (38,55)
Manejo de recaída	12 (7,69)	13 (13,27)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	25 (9,54)
Manejo de enfermedad metastásica	9 (5,77)	4 (4,08)	2 (25,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	15 (5,73)
Manejo paliativo (sin recaída ni metastásica)	7 (4,49)	5 (5,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (4,58)
Sin tratamiento⁵	3.375 (75,28)	2.421 (73,19)	186 (75,00)	14 (82,35)	10 (52,63)	6.006 (74,38)


¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables.

² La ubicación temporal se definió según el instructivo de reporte y corresponde a primer o único tratamiento/esquema recibido en el periodo para cada alternativa terapéutica (cirugía, terapia sistémica o radioterapia).

³ No se incluyen los datos de 887 casos prevalentes, ya que no se reportaron en el periodo actual o que pertenecen a entidades liquidadas.

⁴ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

⁵ Corresponde a los casos diagnosticados cerca al corte, bajo observación o que fallecieron antes de iniciar un tratamiento.



Leucemia linfoide aguda (LLA) en la población pediátrica



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Resumen infográfico

Capítulo 2

Leucemia linfóide aguda (LLA) en la población pediátrica

Periodo: del 2 de enero de 2022 al 1° de enero de 2023.

Morbimortalidad de la LLA



Fue el tipo de cáncer más frecuente en la

población pediátrica,

representando el 33,4% (n= 2.991) del total de los casos reportados en la población pediátrica.



Se notificaron 331 casos nuevos, 2.991 prevalentes y 146 fallecidos en el periodo.



En comparación con el 2022, se registró un aumento del 16,6% en la prevalencia y del 7,2% para la mortalidad general.

Caracterización de los casos nuevos de LLA

La mediana de la edad fue de

7 años (RIC: 4 - 12).



En el 81,0% de los casos se reportó la clasificación del riesgo.



El 40,7% de los casos nuevos clasificados se encontraban en riesgo intermedio.



La terapia sistémica fue el tratamiento más frecuente (95,2%), mientras que el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas se realizó en el 1,8% de los casos nuevos.

Evaluación de la gestión del riesgo en la LLA



En el país, no se alcanzó la meta establecida para la oportunidad del tratamiento (≤ 5 días) con un promedio de espera de 9 días.

El indicador de

muerte en inducción alcanzó un alto desempeño

en el país (3,5%)

con un resultado

intermedio

en las regiones Caribe y Oriental.



2. Leucemia linfóide aguda (LLA) en la población pediátrica

CIE10: C91.0, C91.8; CIE-O-3: C42 - C77

2.1. Morbimortalidad de la LLA

La LLA continúa siendo el tipo de cáncer infantil más frecuente, representando el 33,37% (n= 2.991) del total de las personas menores de 18 años con cáncer. El 11,07% de los casos (n= 331) fue diagnosticado en el periodo. Adicionalmente, representó el 35,27% de las muertes informadas en la población pediátrica con cáncer.

En este capítulo, se incluye la leucemia tipo Burkitt de células B maduras, una variante de LLA que tiene un comportamiento similar al linfoma de Burkitt (un subtipo de linfoma no Hodgkin) (1). Para el 2023, de este tipo de LLA, se reportaron 1 CNR (0,30%), 8 casos prevalentes (0,27%) y 1 fallecido (0,68%).

Tabla 2.1. Medidas de frecuencia de la LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	331	23,50	23,46	21,00 - 26,13
Prevalencia	2.991	212,33	212,88	205,32 - 220,65
Mortalidad ⁵	146	10,36	10,39	8,77 - 12,21

¹ Incluye todos los casos de LLA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Informadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

³ Corresponde a las proyecciones DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, previa actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

2.1.1. PCNR de la LLA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La PCNR estandarizada más alta se estimó en la Amazonía-Orinoquía con 28,01 casos nuevos (IC 95%: 15,67 - 46,24) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, y la más baja en la Pacífica con 21,25 casos (IC 95%: 15,77 - 28,01).

En cuanto a las entidades territoriales, Vichada, San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Tolima presentaron las tasas más altas (97,91, 60,56 y 52,57, respectivamente) mientras que Chocó con 4,58, Quindío con 8,36 y Cesar con 8,74 registraron las más bajas. En los departamentos del Amazonas, Guainía y Vaupés no se informaron casos nuevos durante el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 2.2. PCNR de la LLA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	15	529.564	28,33	28,01	15,67 - 46,24
Bogotá, D. C.	39	1.729.960	22,54	22,59	16,06 - 30,88
Caribe	80	3.718.297	21,52	21,48	17,03 - 26,73
Central	87	3.126.796	27,82	27,90	22,35 - 34,42
Oriental	60	2.620.669	22,89	22,91	17,49 - 29,50
Pacífica	50	2.361.012	21,18	21,25	15,77 - 28,01
Nacional	331	14.086.298	23,50	23,46	21,00 - 26,13

¹ Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

2.1.2. PCNR de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada fue mayor en el régimen subsidiado comparado con el contributivo (**tabla 2.3**). La entidad con la cifra más alta fue la EPS018 con 50,16 casos nuevos por cada 1.000.000 de afiliados menores de 18 años (IC 95%: 21,53 - 98,79). Por el contrario, las estimaciones más bajas se observaron en la EPS008, la EPSI01 y la EPSI04, cada una con 7,03, 7,37 y 7,76 casos, respectivamente. En 6 entidades de los regímenes contributivo y subsidiado no se informaron CN en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 2.3. PCNR de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	160	5.999.079	26,67	26,76	22,77 - 31,25
Subsidiado	157	5.748.766	27,31	26,94	22,89 - 31,51
Excepción	12	487.220	24,63	26,42	13,45 - 46,40
Especial	1	4.487	222,87	182,79	4,63 - 1.308,71
No afiliado	1	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

2.1.3. Prevalencia de la LLA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

Bogotá, D. C., presentó la prevalencia más alta con 316,48 casos (IC 95%: 290,39 - 344,28) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años; mientras que, la más baja se estimó en la región Caribe con 166,42 casos (IC 95%: 153,55 - 180,08).

En las entidades territoriales de Bogotá, D. C., Risaralda y Atlántico se registraron las tasas más altas (316,48, 294,66 y 282,30, respectivamente). Las estimaciones más bajas se observaron en Chocó con 59,35 y Vaupés con 84,58 casos.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 2.4. Prevalencia de la LLA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	95	529.564	179,39	180,21	145,80 - 220,31
Bogotá, D. C.	542	1.729.960	313,30	316,48	290,39 - 344,28
Caribe	618	3.718.297	166,21	166,42	153,55 - 180,08
Central	681	3.126.796	217,79	216,66	200,69 - 233,56
Oriental	470	2.620.669	179,34	178,99	163,17 - 195,93
Pacífica	585	2.361.012	247,78	246,90	227,30 - 267,75
Nacional	2.991	14.086.298	212,33	212,88	205,32 - 220,65

¹ Incluye todos los casos de LLA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



2.1.4. Prevalencia de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue superior en el régimen contributivo con respecto al subsidiado (**tabla 2.5**). Según la EAPB, la EAS016 y la EPS012 fueron las entidades con las cifras más altas, con 4.864,88 y 526,96 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, respectivamente. Las estimaciones más bajas se registraron en la EPSI06, la CCF102 y la EPSI01, en su orden con 53,32, 78,12 y 81,04. La EPS047 no reportó casos de esta neoplasia en los menores de 18 años.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 2.5. Prevalencia de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1.445	5.999.079	240,87	238,49	226,35 - 251,12
Subsidiado	1.235	5.748.766	214,83	217,83	205,84 - 230,33
Excepción	83	487.220	170,35	163,40	129,91 - 203,05
Especial	5	4.487	1.114,33	1.327,44	391,63 - 3.207,67
No afiliado	4	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	219	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de LLA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En las entidades liquidadas y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

2.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con LLA según la región y la entidad territorial

Entre las regiones, la mayor mortalidad general estandarizada se presentó en Bogotá, D. C., con 13,42 muertes (IC 95%: 8,50 - 20,12) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años. Por su parte, la región Pacífica tuvo la más baja con 8,01 muertes (IC 95%: 4,82 - 12,51).

En el departamento del Guaviare se registró la estimación más alta, mientras que las más bajas se observaron en La Guajira (2,40) y Cauca (4,51). En 9 entidades territoriales no se informaron defunciones en los menores con LLA durante el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 2.6. Mortalidad general de la LLA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	5	529.564	9,44	9,45	3,07 - 22,07
Bogotá, D. C.	23	1.729.960	13,30	13,42	8,50 - 20,12
Caribe	44	3.718.297	11,83	11,86	8,62 - 15,92
Central	30	3.126.796	9,59	9,53	6,43 - 13,60
Oriental	25	2.620.669	9,54	9,54	6,17 - 14,08
Pacífica	19	2.361.012	8,05	8,01	4,82 - 12,51
Nacional	146	14.086.298	10,36	10,39	8,77 - 12,21

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LLA reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

2.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LLA según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad estandarizada en el subsidiado fue superior que en los otros regímenes con 11,79 fallecimientos (IC 95%: 9,15 - 14,94) por cada 1.000.000 de afiliados menores de 18 años (**tabla 2.7**). Las entidades EPSI03, CCF003 y EPS025 tuvieron la mortalidad más elevada con 37,12, 35,64 y 35,53 muertes, respectivamente. Mientras tanto, las entidades con las cifras más bajas fueron EPS008 y EPSS34. En este periodo, 12 entidades pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado no reportaron defunciones en los pacientes pediátricos con este diagnóstico.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 2.7. Mortalidad general de la LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	64	5.999.079	10,67	10,62	8,17 - 13,56
Subsidiado	68	5.748.766	11,83	11,79	9,15 - 14,94
Excepción	4	487.220	8,21	7,53	2,05 - 19,84
Especial	0	4.487	0,00	NA	NA
No afiliado	1	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	9	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LLA reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

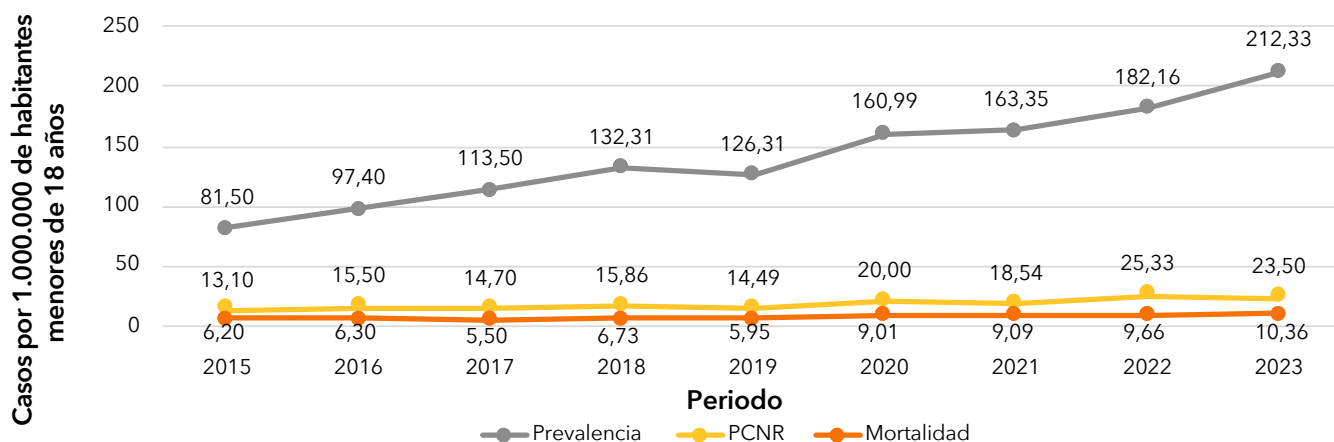
En las entidades liquidadas y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.

IC: intervalo de confianza; NA: no aplica; SD: sin dato.

2.1.7. Evolución del registro de la LLA en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia

Para el periodo analizado, la prevalencia y la mortalidad presentaron un aumento con respecto al 2022 de 16,56% y 7,25%, en el orden dado (**figura 2.1**).

Figura 2.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2023



Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos, por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)



2.2. Caracterización de los casos nuevos de LLA en la población pediátrica

2.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LLA

La **tabla 2.8** describe la caracterización general de los casos nuevos de LLA en los menores de 18 años según el régimen del aseguramiento. En este periodo, la mayoría de los CNR se encontraba afiliada al contributivo (48,34%) y al subsidiado (47,43%). Además, el 50,45% fueron hombres, el 2,11% pertenecía a la etnia indígena y el 26,28% estaba ubicado en la región Central. En cuanto a la mediana de la edad, en el ámbito nacional, fue de 7 años (RIC: 4 - 12); y el régimen de excepción presentó una medida más alta (10; RIC: 3 - 16).

Adicionalmente, se reportó un caso en la región Pacífica afiliado al régimen especial y otro en la población no afiliada en la Amazonía-Orinoquía, este último perteneciente a población migrante.

Tabla 2.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación			
	Contributivo n= 160 (48,34%)	Subsidiado n= 157 (47,43%)	Excepción n= 12 (3,63%)	Total ² n= 331 (100,00%)
Sexo				
Femenino	75 (46,88)	82 (52,23)	6 (50,00)	164 (49,55)
Masculino	85 (53,13)	75 (47,77)	6 (50,00)	167 (50,45)
Edad	8 (4 - 13)	6 (3 - 10)	10 (3 - 16)	7 (4 - 12)
Etnia				
Ninguna	160 (100,00)	148 (94,27)	12 (100,00)	322 (97,28)
Indígena	0 (0,00)	7 (4,46)	0 (0,00)	7 (2,11)
Negra	0 (0,00)	2 (1,27)	0 (0,00)	2 (0,60)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	4 (2,50)	10 (6,37)	0 (0,00)	15 (4,53)
Bogotá, D. C.	25 (15,63)	9 (5,73)	5 (41,67)	39 (11,78)
Caribe	20 (12,50)	60 (38,22)	0 (0,00)	80 (24,17)
Central	52 (32,50)	34 (21,66)	1 (8,33)	87 (26,28)
Oriental	38 (23,75)	18 (11,46)	4 (33,33)	60 (18,13)
Pacífica	21 (13,13)	26 (16,56)	2 (16,67)	50 (15,11)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta un caso reportado como población no afiliada y otro del régimen especial.

2.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LLA

La **tabla 2.9** describe las características clínicas de los casos nuevos de LLA en los menores de 18 años según su afiliación al sistema de salud.

En el país, en el 80,97% de los casos nuevos se reportó la clasificación del riesgo, con una leve disminución con respecto al 2022. Entre los grupos del aseguramiento, esta proporción fue superior en el contributivo con 81,88%, superando lo reportado en el país.

Del total de los casos clasificados, el 40,67% se diagnosticaron con un riesgo intermedio, este comportamiento fue similar en los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción. De igual forma, en el ámbito nacional, el 38,06% de los CNR fueron clasificados con riesgo alto o desfavorable.

Por otro lado, la mediana de la edad en los casos en los que se reportó la clasificación del riesgo fue de 7 años (RIC: 4 - 12). En el caso de los diagnosticados con riesgo bajo, la mediana de la edad fue de 4 años (RIC: 3 - 5) y en los de riesgo alto fue de 9 años (RIC: 4 - 13).

Tabla 2.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación			
	Contributivo n= 160 (48,34%)	Subsidiado n= 157 (47,43%)	Excepción n= 12 (3,63%)	Total ² n= 331 (100,00%)
Clasificación del riesgo (sí)³	131 (81,88)	123 (78,34)	12 (100,00)	268 (80,97)
Grupos de riesgo^{3,4}				
Bajo, estándar o favorable	22 (16,79)	34 (27,64)	1 (8,33)	57 (21,27)
Intermedio	53 (40,46)	49 (39,84)	6 (50,00)	109 (40,67)
Alto o desfavorable	56 (42,75)	40 (32,52)	5 (41,67)	102 (38,06)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%).

² Para los valores totales se tienen en cuenta un caso reportado como población no afiliada y otro del régimen especial.

³ Los grupos de riesgo citogénico molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias.

⁴ Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población pediátrica que fueron clasificados.

2.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LLA

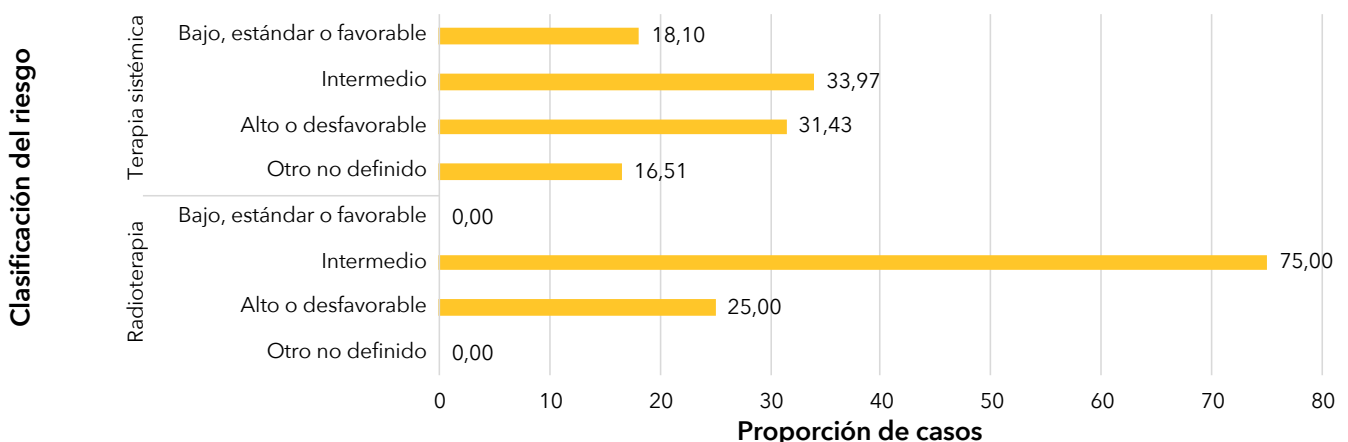
La terapia sistémica fue administrada en el 95,17% (n= 315) de los CNR y la radioterapia se realizó en el 1,21% (n= 4). Así mismo, el 1,81% (n= 6) de los casos nuevos recibió trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, 3 de ellos clasificados en el grupo de riesgo alto o desfavorable y los restantes en riesgo intermedio. En este contexto, se clarifica que la frecuencia presentada corresponde al número de casos en los que se recibió el tratamiento de forma independiente.

El 4,83% (n= 16) de los CNR no recibió ningún tipo de tratamiento durante el periodo; en este último grupo se incluyen los casos que fallecieron antes de iniciar el manejo (n= 4), aquellos estaban en manejo por cuidado paliativo (n= 1) o en seguimiento (n= 7).

En la **figura 2.2**, se muestra la distribución del tratamiento según la clasificación del riesgo. En los casos nuevos que recibieron terapia sistémica el 33,97% estaba en riesgo intermedio y el 31,43% en alto. En los que recibieron radioterapia la mayoría estaban en riesgo intermedio (75,00%).

En los de alto riesgo el tratamiento más común fue la terapia sistémica (97,06%). Es importante mencionar que, para la LLA en la población pediátrica, el tratamiento de elección es la terapia sistémica y sólo una pequeña proporción de los pacientes de alto riesgo o con compromiso del SNC al diagnóstico reciben radioterapia.

Figura 2.2. Frecuencia de los tratamientos prescritos en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



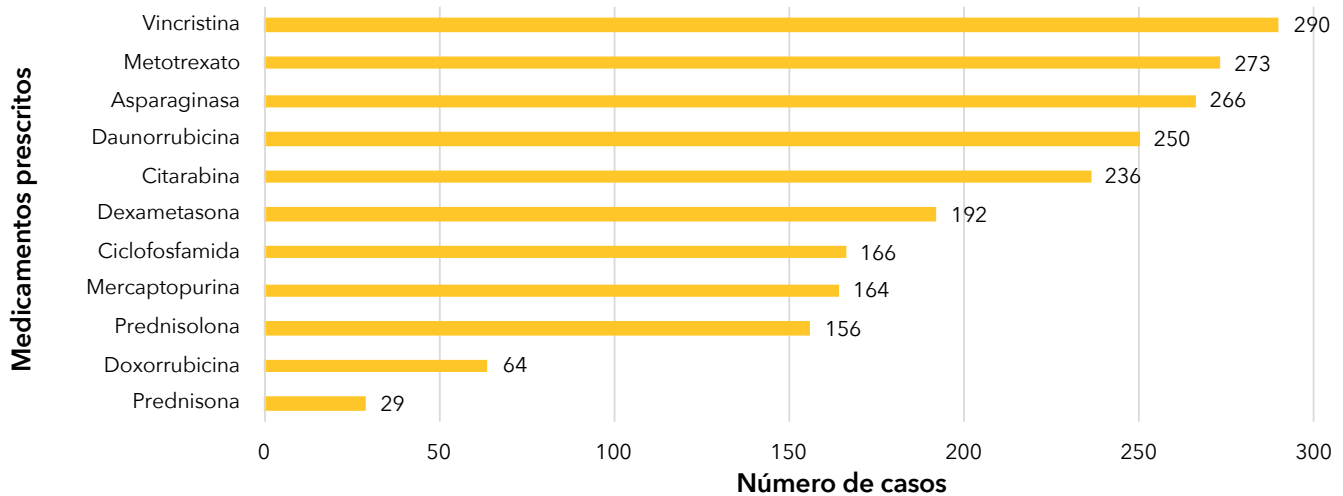
Los grupos de riesgo citogénico molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias. El grupo de terapia sistémica incluye la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

[Descargar figura](#)



La **figura 2.3** describe los medicamentos indicados con mayor frecuencia a los CNR. Los citotóxicos con la mayor prescripción fueron la vincristina, el metotrexato y la asparaginasa. En el único CNR de leucemia tipo Burkitt de células B maduras se reportaron la citarabina, la ciclofosfamida, la prednisolona, el metotrexato, la vincristina y el etopósido. Se debe recordar que la frecuencia presentada corresponde al número de casos en los que se administró el medicamento de forma independiente.

Figura 2.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



No se incluyen los medicamentos administrados en el caso nuevo de la leucemia tipo Burkitt de células B.

[Descargar figura](#)

2.3. Caracterización de los casos prevalentes de LLA en la población pediátrica

La **tabla 2.10** presenta una caracterización general de la población pediátrica con LLA de acuerdo con el tipo de aseguramiento. En este periodo, se reportó que el 54,33% eran del sexo masculino, el 3,35% pertenecía a la etnia indígena y el 1,91% a la raza negra. La mayoría de los casos prevalentes estaban afiliados al régimen contributivo.

La mediana de la edad fue de 11 años; comportamiento similar tanto en el contributivo como en el subsidiado. Por otro lado, el régimen especial presentó la mediana más baja con 9 años. Entre tanto, gran parte de los casos residía en la región Central (22,40%). No obstante, en el régimen subsidiado, la mayoría estaba en la Caribe (33,44%), seguida por la Central.

En la población no afiliada, se reportaron 4 casos, la mayoría eran hombres (n= 3), residentes en Bogotá, D. C., y con una mediana de la edad de 10 años (RIC: 6 - 14).

Tabla 2.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ^{2,3} n= 2.772 (100,00%)
	Contributivo n= 1.445 (52,13%)	Subsidiado n= 1.235 (44,55%)	Excepción n= 83 (2,99%)	Especial n= 5 (0,18%)	
Sexo					
Femenino	658 (45,54)	572 (46,32)	34 (40,96)	1 (20,00)	1.266 (45,67)
Masculino	787 (54,46)	663 (53,68)	49 (59,04)	4 (80,00)	1.506 (54,33)
Edad	11 (7 - 14)	11 (7 - 14)	10 (7 - 14)	9 (7 - 11)	11 (7 - 14)
Etnia					
Ninguna	1.429 (98,89)	1.100 (89,07)	82 (98,80)	5 (100,00)	2.620 (94,52)

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 2.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LLA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023 (continuación)

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ^{2,3} n= 2.772 (100,00%)
	Contributivo n= 1.445 (52,13%)	Subsidiado n= 1.235 (44,55%)	Excepción n= 83 (2,99%)	Especial n= 5 (0,18%)	
Indígena	1 (0,07)	92 (7,45)	0 (0,00)	0 (0,00)	93 (3,35)
Negra	14 (0,97)	38 (3,08)	1 (1,20)	0 (0,00)	53 (1,91)
Otra ⁴	1 (0,07)	5 (0,40)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,22)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	16 (1,11)	72 (5,83)	3 (3,61)	0 (0,00)	92 (3,32)
Bogotá, D. C.	404 (27,96)	86 (6,96)	23 (27,71)	1 (20,00)	516 (18,61)
Caribe	147 (10,17)	413 (33,44)	13 (15,66)	2 (40,00)	575 (20,74)
Central	390 (26,99)	214 (17,33)	15 (18,07)	1 (20,00)	621 (22,40)
Oriental	260 (17,99)	141 (11,42)	17 (20,48)	0 (0,00)	418 (15,08)
Pacífica	228 (15,78)	309 (25,02)	12 (14,46)	1 (20,00)	550 (19,84)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta cuatro casos reportados como población no afiliada.

³ No se incluyen los datos de 219 casos prevalentes, ya que no se reportaron en el periodo actual o que pertenecen a entidades liquidadas.

⁴ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

2.4. Indicadores de la gestión del riesgo de la LLA en la población pediátrica

A continuación, se presentan los indicadores prioritarios para la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en la población pediátrica con LLA en el aseguramiento en Colombia (2):

Tabla 2.11. Descripción de los indicadores de gestión del riesgo de la LLA

Tipo	Código	Indicador	Semaforización de cumplimiento			Unidad de medida
			Alto	Medio	Bajo	
Diagnóstico	1	Oportunidad del diagnóstico a partir del ingreso al centro que confirma la LLA.		Por definir		Promedio del número de días
Tratamiento	2	Oportunidad del inicio del tratamiento.	≤ 5 días	-	> 5 días	Promedio del número de días
Diagnóstico	3 ¹	Citometría de flujo de médula ósea al diagnóstico.		Por definir		Porcentaje (%)
Diagnóstico	4 ¹	Citología de líquido cefalorraquídeo durante el proceso diagnóstico.		Por definir		Porcentaje (%)
Diagnóstico	5 ¹	Clasificación del riesgo al final de la inducción.		Por definir		Porcentaje (%)
Resultado	6 ^{1,2}	Remisión completa al final de la inducción.	≥ 90%	> 70% a < 90%	≤ 70%	Porcentaje (%)
Resultado	7 ¹	Progresión en los menores de 18 años.	≤ 2%	> 2% a < 6%	≥ 6%	Porcentaje (%)
Resultado	8	Abandono del tratamiento.	≤ 10%	> 10% a < 20%	≥ 20%	Porcentaje (%)
Resultado	9 ^{1,2}	Recaídas durante el periodo.	≤ 20%	> 20% a < 30%	≥ 30%	Porcentaje (%)
Resultado	10 ³	Mortalidad durante el periodo.		Por definir		Casos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años
Resultado	11	Muerte en inducción.	≤ 4%	> 4% a < 8%	≥ 8%	Porcentaje (%)
Resultado	12 ⁴	Supervivencia global.	≥ 80%	> 60% a 80%	≥ 60%	Porcentaje (%)
Resultado	13 ⁴	Supervivencia libre de evento.		Por definir		Porcentaje (%)

¹ La primera medición se realizó en el periodo 2021.

² Para el periodo 2023 no se realizó medición de este indicador.

³ **Indicador 10:** los resultados se presentan en la sección de morbilidad.

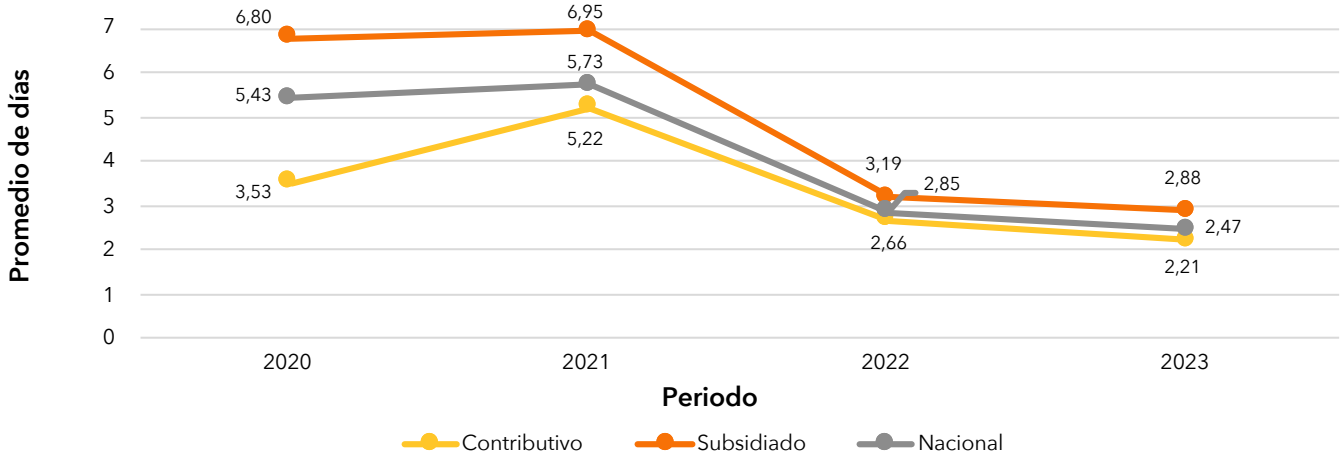
⁴ **Indicador 12 y 13:** se debe tener un seguimiento de 3 años.



La metodología de la medición y el cálculo de cada uno de los indicadores pueden consultarse a profundidad en [el consenso basado en la evidencia para la definición de los indicadores de gestión del riesgo en los pacientes menores de 18 años con leucemias agudas que está disponible en la página web de la Cuenta de Alto Costo.](#)

Para el 2023, con respecto al indicador de oportunidad del diagnóstico, se evidenció un mejor desempeño con una disminución en el promedio de días tanto en el ámbito nacional como en los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción, con respecto al 2022 (**figura 2.4**).

Figura 2.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2023

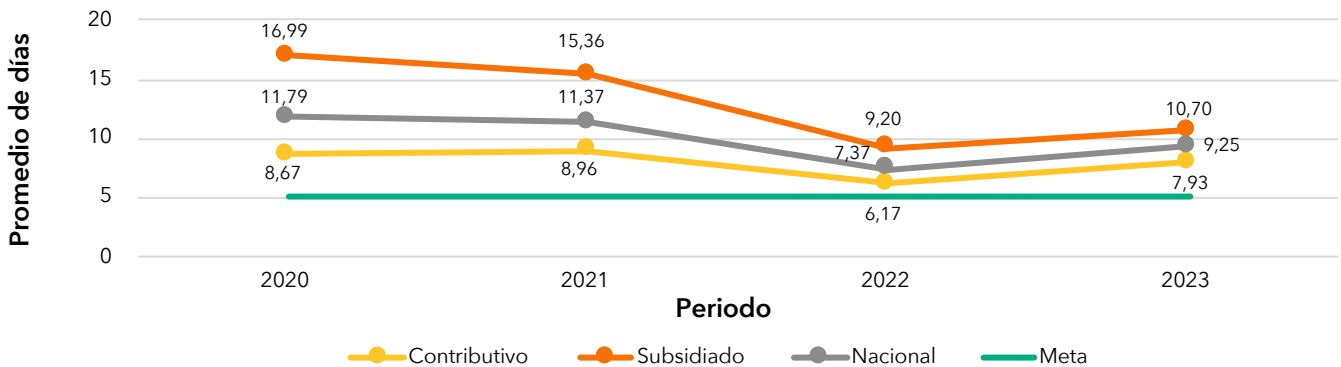


Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

[Descargar figura](#)

Para la oportunidad de inicio del tratamiento, se presentó un aumento en el promedio de días y no se alcanzó la meta establecida de 5 o menos días, tanto en el país como en todos los regímenes (**figura 2.5**).

Figura 2.5. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2023



Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

[Descargar figura](#)

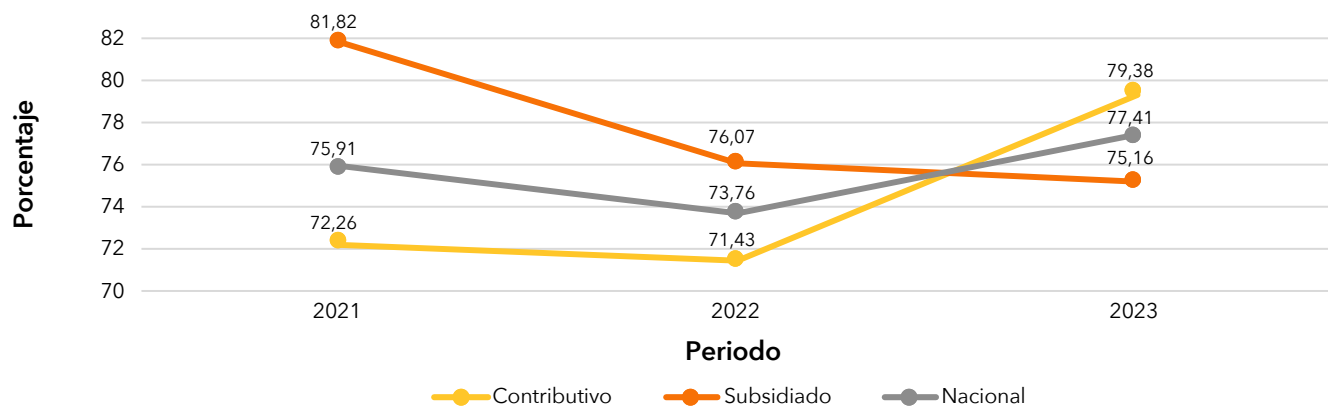
Por otro lado, en el último periodo, el porcentaje de los casos nuevos que accedieron a la toma de la citometría de flujo de médula ósea aumentó en el país y en los regímenes contributivo y especial. No obstante, en el subsidiado y en el de excepción se presentó una disminución de este (**figura 2.6**). Es importante recordar que este examen permite el diagnóstico del inmunofenotipo en las leucemias infantiles, lo cual aporta valor en la determinación del pronóstico y el tratamiento.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 2.6. Tendencia de la toma de citometría de flujo de médula ósea al diagnóstico en los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023

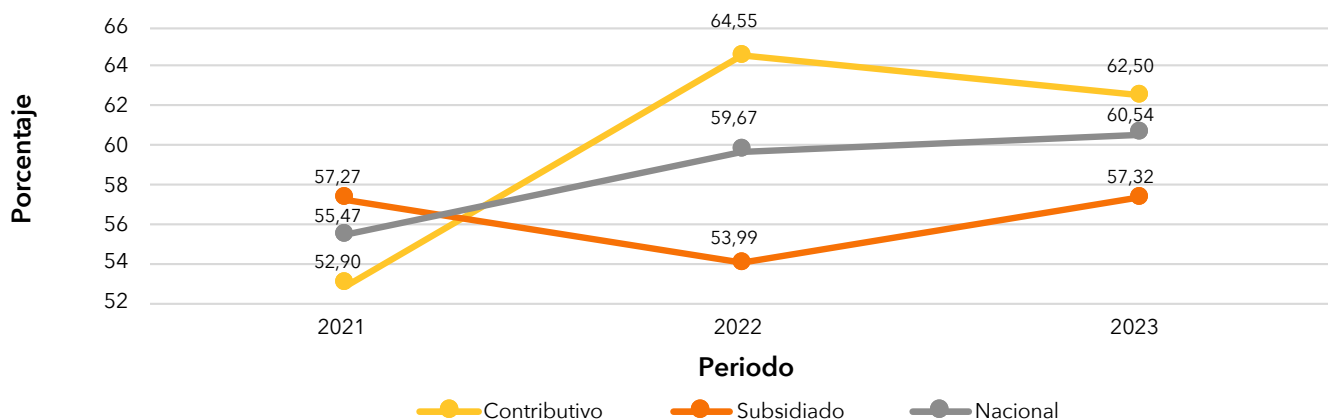


Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

[Descargar figura](#)

Para el porcentaje de los casos nuevos a quienes se les realizó la citología de líquido cefalorraquídeo para determinar el compromiso del sistema nervioso central durante el proceso diagnóstico, presentó un leve aumento en el ámbito nacional. Contrario a esto, el régimen contributivo presentó una disminución porcentual del 3,18% (figura 2.7).

Figura 2.7. Tendencia de la toma de citología de líquido cefalorraquídeo durante el proceso del diagnóstico en los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023



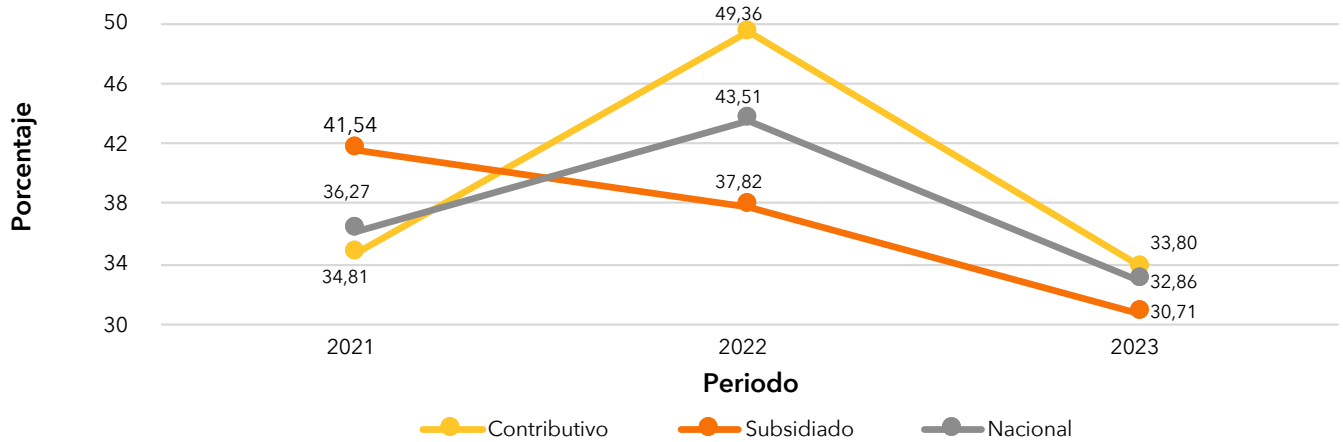
Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

[Descargar figura](#)

Con respecto a la clasificación del riesgo al final de la inducción de los casos nuevos de LLA en la población pediátrica, en el país se observó un desempeño menor con respecto al 2022, comportamiento similar al registrado tanto en el contributivo como en el subsidiado. Por el contrario, en el de excepción y en el especial, el porcentaje de los CNR en los que se reportó la clasificación del riesgo fue mayor (36,36 y 100,00%, en ese orden) (figura 2.8).



Figura 2.8. Tendencia de la clasificación del riesgo al final de la inducción en los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023



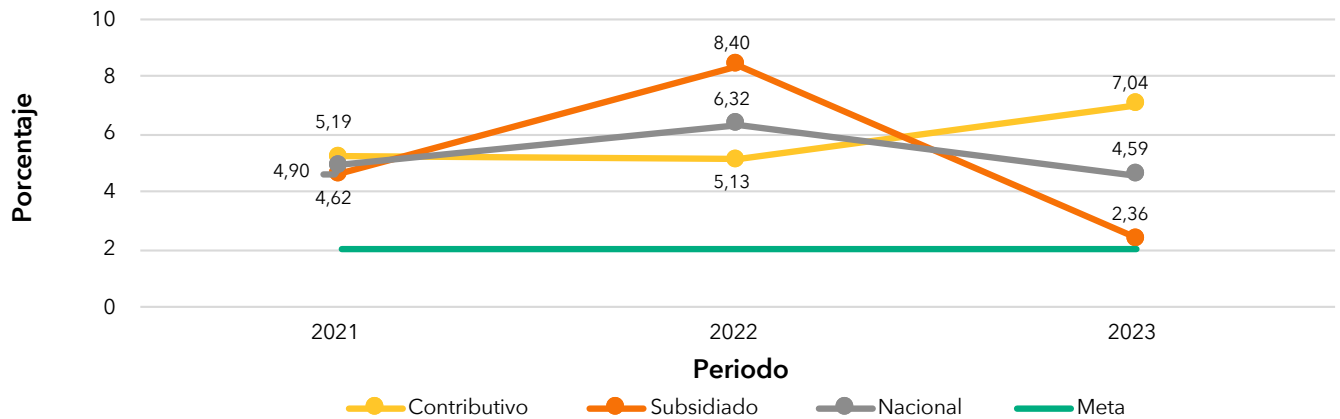
Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

[Descargar figura](#)

En relación con la proporción de los casos nuevos en los menores de 18 años con progresión, se presentó una importante disminución en el régimen subsidiado con respecto al periodo anterior (**figura 2.9**). Sin embargo, persisten los retos para lograr la meta de este indicador en el país y en los distintos regímenes del aseguramiento.

Cabe destacar, que el contributivo presentó un aumento del 37,23% en el porcentaje de los menores de 18 años que recibieron inducción y que están en progresión. De acuerdo con este resultado, se requiere evaluar las causas por las que hubo este incremento.

Figura 2.9. Tendencia de la progresión de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023



Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

[Descargar figura](#)

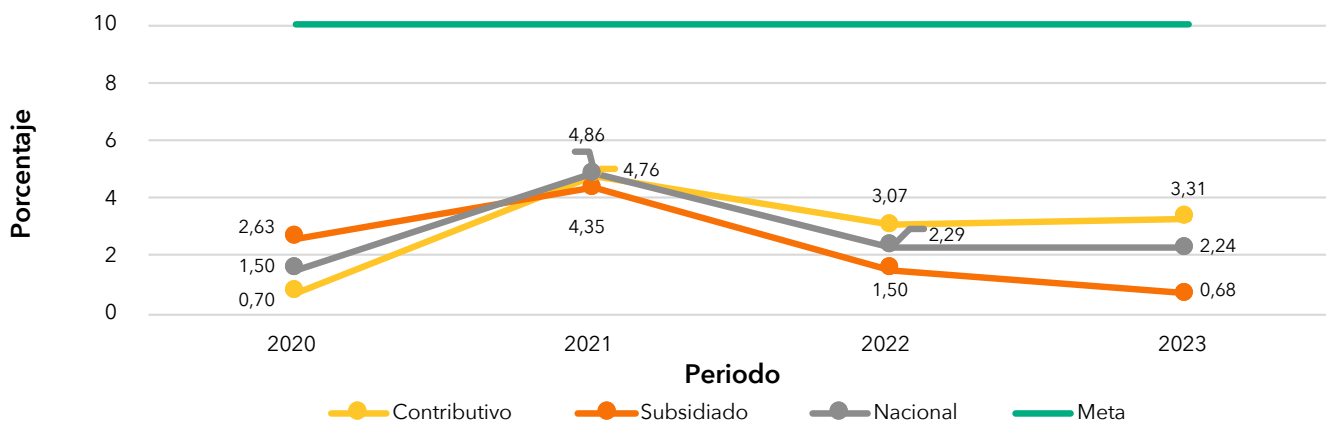
Acerca del indicador de abandono del tratamiento, en el país y en el régimen subsidiado se presentó una reducción del porcentaje en el último periodo. Este indicador continuó en el rango de cumplimiento alto (**figura 2.10**).

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Leucemia linfocítica aguda (LLA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 2.10. Tendencia del abandono del tratamiento de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2023

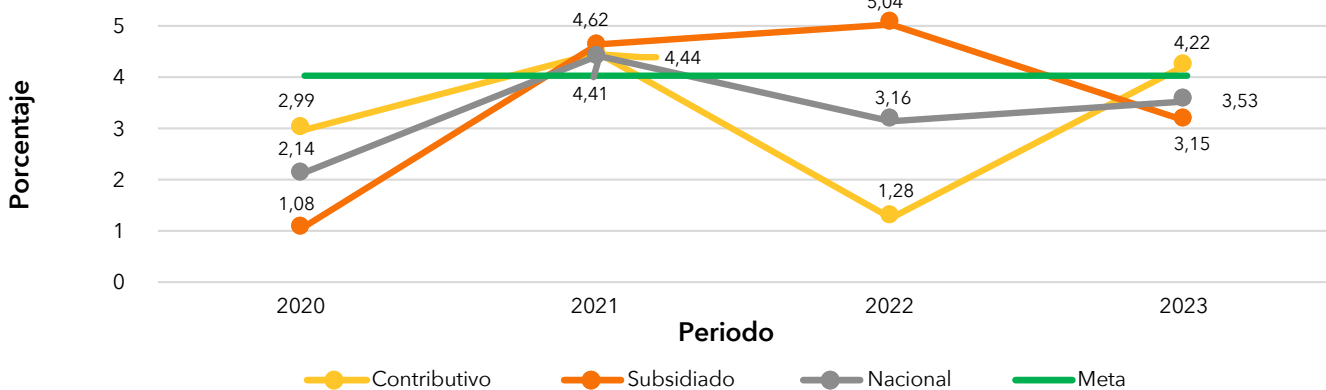


Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

[Descargar figura](#)

En el país, la proporción de las muertes en los menores de 18 años con LLA durante el primer mes de tratamiento o en la etapa de inducción tuvo un leve aumento en el último periodo. No obstante, tanto en el ámbito nacional como en el régimen subsidiado este indicador tiene cumplimiento alto. Por otro lado, el contributivo presentó un aumento considerable de 3 puntos porcentuales, alcanzando el cumplimiento medio (**figura 2.11**).

Figura 2.11. Tendencia de la muerte en inducción de los casos de LLA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 -2023



Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

[Descargar figura](#)

En la **tabla 2.12** se presentan los resultados de la gestión del riesgo de los casos con LLA en la población pediátrica según la región de residencia. En la oportunidad del inicio del tratamiento, se destaca que, por segundo periodo consecutivo la región Pacífica fue la única que alcanzó la meta, con un promedio de 2,6 días.

En cuanto al indicador de abandono del tratamiento como el de muerte en inducción alcanzó el cumplimiento alto en todo el país.



Tabla 2.12. Indicadores de la gestión del riesgo de la LLA según la región de residencia en el aseguramiento, Colombia 2023

Región	1.	2.	3.	4.
	Por definir	≤ 5 días > 5 días	Por definir	Por definir
Amazonía-Orinoquía	1,78	● 9,20	80,00	46,67
Bogotá, D. C.	2,21	● 7,89	72,50	60,00
Caribe	2,93	● 9,23	72,50	56,25
Central	3,29	● 10,21	79,31	57,47
Oriental	3,00	● 14,48	81,67	63,33
Pacífica	0,62	● 2,64	80,00	74,00
Nacional	2,47	● 9,25	77,41	60,54

Tabla 2.12. Indicadores de la gestión del riesgo de la LLA según la región de residencia en el aseguramiento, Colombia 2023 (continuación)


Región	5.	7.	8.	11.
	Por definir	$\leq 2\%$ > 2 a $< 6\%$ $\geq 6\%$	$\leq 10\%$ > 10 a $< 20\%$ $\geq 20\%$	$\leq 4\%$ > 4 a $< 8\%$ $\geq 8\%$
		Amazonía-Orinoquía	30,77	● 7,69
Bogotá, D. C.	34,62	● 0,00	● 2,78	● 0,00
Caribe	25,00	● 2,78	● 0,00	● 6,94
Central	19,48	● 5,19	● 4,88	● 3,90
Oriental	40,82	● 6,12	● 3,64	● 4,08
Pacífica	58,70	● 6,52	● 0,00	● 0,00
Nacional	32,86	● 4,59	● 2,24	● 3,53



Los resultados de los indicadores con un mayor nivel de desagregación, tanto en el ámbito demográfico como del aseguramiento, pueden consultarse en **HIGIA**

Referencias bibliográficas

1. Society AC. Subtipos de la leucemia en niños [en línea]. [Cited 2024 Jul 3]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-en-ninos/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-clasifica.html>
2. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia para la definición de los indicadores de gestión del riesgo en los pacientes menores de 18 años con leucemia agudas (LLA y LMA). Cuenta de Alto Costo. 2020. 1-44 p.



Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



Resumen infográfico

Capítulo 3

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

Periodo: del 2 de enero de 2022 al 1° de enero de 2023.

Morbimortalidad de la LMA



Ocupó el

cuarto lugar

entre los **CNR en la población pediátrica con cáncer**, representando el 7,0% del total.



Se notificaron 76 casos nuevos, 372 prevalentes y 30 fallecidos en el periodo.



En el 2023, se presentó un aumento en la PCNR del 51,3% con respecto al periodo anterior. Mientras que la mortalidad general tuvo una disminución del 4,9%.

Caracterización de los casos nuevos de LMA

La mediana de la edad fue de

11 años (RIC: 5 - 13).



En el ámbito nacional, en el 69,7% de los CNR se reportó la clasificación del riesgo.



El 50,9% de los casos clasificados, presentaban riesgo alto o desfavorable.



La terapia sistémica fue el tratamiento más frecuente, administrada en el 90,8% de los casos nuevos, seguido del trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (11,8%).

Evaluación de la gestión del riesgo en la LMA



En el país, el tiempo para la confirmación diagnóstica disminuyó en cerca de 1 día con respecto al periodo previo.

En el ámbito nacional, el indicador de **abandono al tratamiento** registró un alto **cumplimiento (7,5%)**, mientras que en las regiones Caribe y Bogotá, D. C., el desempeño fue **intermedio.**

[Descargar infografía](#)

3. Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

CIE10: C92.0, C92.4-C92.6, C92.8, C93.0, C93.3, C94.0, C94.2; CIE-O-3: C42

3.1. Morbimortalidad de la LMA

La leucemia mieloide aguda (LMA) ocupó el cuarto lugar entre los CNR en las personas menores de 18 años, representando el 6,97% del total de casos nuevos. Durante el periodo 2023, se notificaron 372 casos prevalentes, de los cuales el 20,43% fueron casos nuevos. Así mismo, se reportaron 30 muertes por todas las causas en los pacientes con esta enfermedad.

Es importante mencionar que en este grupo se incluye la leucemia promielocítica aguda (LPA), un subtipo de LMA que se caracteriza por un comportamiento agresivo (1). En este periodo, esta variante representó en la LMA, el 26,32% (n= 20) de los casos nuevos, el 26,61% (n= 99) de los prevalentes y el 23,33% (n= 7) de las muertes.

Tabla 3.1. Medidas de frecuencia de la LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	76	5,40	5,40	4,26 - 6,76
Prevalencia	372	26,41	26,47	23,85 - 29,30
Mortalidad ⁵	30	2,13	2,13	1,44 - 3,05

¹ Incluye todos los casos de LMA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Informadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

³ Corresponde a las proyecciones DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

3.1.1. PCNR de la LMA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La PCNR estandarizada más elevada se estimó en la región Central con 6,72 casos nuevos (IC 95%: 4,16 - 10,27) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, y la más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía con 1,84 (IC 95%: 0,05 - 10,41).

En cuanto a las entidades territoriales, las que presentaron las estimaciones más altas fueron el Guaviare, Bolívar y Santander con 28,04, 11,62 y 9,96 por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, respectivamente. Por su parte, Córdoba con 1,70 y Norte de Santander con 2,07 registraron las más bajas. No se informaron casos nuevos en el periodo en 12 departamentos del país.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 3.2. PCNR de la LMA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	1	529.564	1,89	1,84	0,05 - 10,41
Bogotá, D. C.	10	1.729.960	5,78	5,73	2,75 - 10,56
Caribe	20	3.718.297	5,38	5,40	3,30 - 8,34
Central	21	3.126.796	6,72	6,72	4,16 - 10,27
Oriental	13	2.620.669	4,96	4,94	2,63 - 8,45
Pacífica	11	2.361.012	4,66	4,66	2,32 - 8,33
Nacional	76	14.086.298	5,40	5,40	4,26 - 6,76

¹ Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.



3.1.2. PCNR de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Los regímenes especial y contributivo presentaron una mayor PCNR estandarizada (**tabla 3.3**). Las entidades con los resultados más altos fueron la EPSS40 con 16,68, la CCF050 con 15,45 y la EPSS34 con 11,87 casos nuevos por cada 1.000.000 de afiliados menores de 18 años. La tasa más baja se estimó en la EPS008 con 2,62 (IC 95%: 0,07 - 13,74). En 15 entidades de los regímenes contributivo y subsidiado no se reportaron CNR en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 3.3. PCNR de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	39	5.999.079	6,50	6,46	4,59 - 8,84
Subsidiado	34	5.748.766	5,91	5,89	4,08 - 8,24
Excepción	2	487.220	4,10	3,66	0,44 - 14,04
Especial	1	4.487	222,87	151,29	3,83 - 1.240,21
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **SD:** sin dato.

3.1.3. Prevalencia de la LMA en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La región con la prevalencia estandarizada más elevada fue la Bogotá, D. C., con 33,14 casos (IC 95%: 25,10 - 42,93) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años; la más baja fue en la región de la Amazonía-Orinoquía con 13,29 casos (IC 95%: 5,34 - 27,38).

Los departamentos del Amazonas y Santander presentaron las tasas más altas, con 59,91 y 39,91 casos, respectivamente. Las más bajas se observaron en Magdalena con 4,14 y Casanare con 7,11 casos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años. Los departamentos de Guainía, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Vaupés y Vichada no informaron casos prevalentes en el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 3.4. Prevalencia de la LMA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	7	529.564	13,22	13,29	5,34 - 27,38
Bogotá, D. C.	57	1.729.960	32,95	33,14	25,10 - 42,93
Caribe	85	3.718.297	22,86	22,95	18,33 - 28,37
Central	86	3.126.796	27,50	27,40	21,92 - 33,84
Oriental	76	2.620.669	29,00	28,93	22,79 - 36,21
Pacífica	61	2.361.012	25,84	25,79	19,73 - 33,13
Nacional	372	14.086.298	26,41	26,47	23,85 - 29,30

¹ Incluye todos los casos de LMA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

3.1.4. Prevalencia de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue mayor en el régimen contributivo con respecto a la del subsidiado, con una diferencia de 7,01 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años (**tabla 3.5**). Según las EAPB, las entidades con las cifras más altas fueron la EPS042, la EPSS34 y la EPS048, con tasas de 81,91, 53,82 y 52,56, en el orden dado. Las estimaciones más bajas se registraron en la EPSI01, la EPSI04 y la CCF055, en su orden con tasas de 9,11, 11,87 y 14,74. En seis EAPB de los regímenes contributivo y subsidiado no se informaron casos durante este periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 3.5. Prevalencia de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	191	5.999.079	31,84	31,69	27,35 - 36,52
Subsidiado	140	5.748.766	24,35	24,68	20,76 - 29,12
Excepción	10	487.220	20,52	21,59	10,18 - 40,00
Especial	1	4.487	222,87	151,29	3,83 - 1.240,21
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	30	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de LMA en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En las entidades liquidadas y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

3.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con LMA según la región y la entidad territorial

La mortalidad general estandarizada más alta se presentó en la región Caribe con 2,70 muertes (IC 95%: 1,29 - 4,96) por cada 1.000.000 de habitantes menores de 18 años. Por su parte, Bogotá, D. C., tuvo la estimación más baja con 1,12 muertes (IC 95%: 0,14 - 4,08). En la región de la Amazonía-Orinoquía no se registraron fallecimientos.

Al comparar los departamentos, las estimaciones más altas se registraron en el Cesar y Norte de Santander; mientras que, las más bajas fueron Atlántico con 1,26 y Valle del Cauca con 1,58. En 16 departamentos no se informaron defunciones en los menores con LMA.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 3.6. Mortalidad general de la LMA en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	0	529.564	0,00	NA	NA
Bogotá, D. C.	2	1.729.960	1,16	1,12	0,14 - 4,08
Caribe	10	3.718.297	2,69	2,70	1,29 - 4,96
Central	7	3.126.796	2,24	2,24	0,90 - 4,62
Oriental	7	2.620.669	2,67	2,68	1,08 - 5,51
Pacífica	4	2.361.012	1,69	1,69	0,46 - 4,33
Nacional	30	14.086.298	2,13	2,13	1,44 - 3,05

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LMA reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza; NA: no aplica.



3.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LMA según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad estandarizada por la edad en el régimen subsidiado superó levemente a la estimada para el contributivo (**tabla 3.7**). La EPS042 y la CCF050 tuvieron la mortalidad más elevada con una tasa de 39,90 y 15,45 fallecimientos, respectivamente. La cifra más baja se observó en la EPSS041 con 0,95 defunciones por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años. Un total de 17 entidades no reportaron fallecimientos en esta población.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 3.7. Mortalidad general de la LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	13	5.999.079	2,17	2,19	1,16 - 3,74
Subsidiado	13	5.748.766	2,26	2,29	1,22 - 3,91
Excepción	1	487.220	2,05	1,83	0,05 - 11,13
Especial	0	4.487	0,00	NA	NA
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	3	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LMA reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

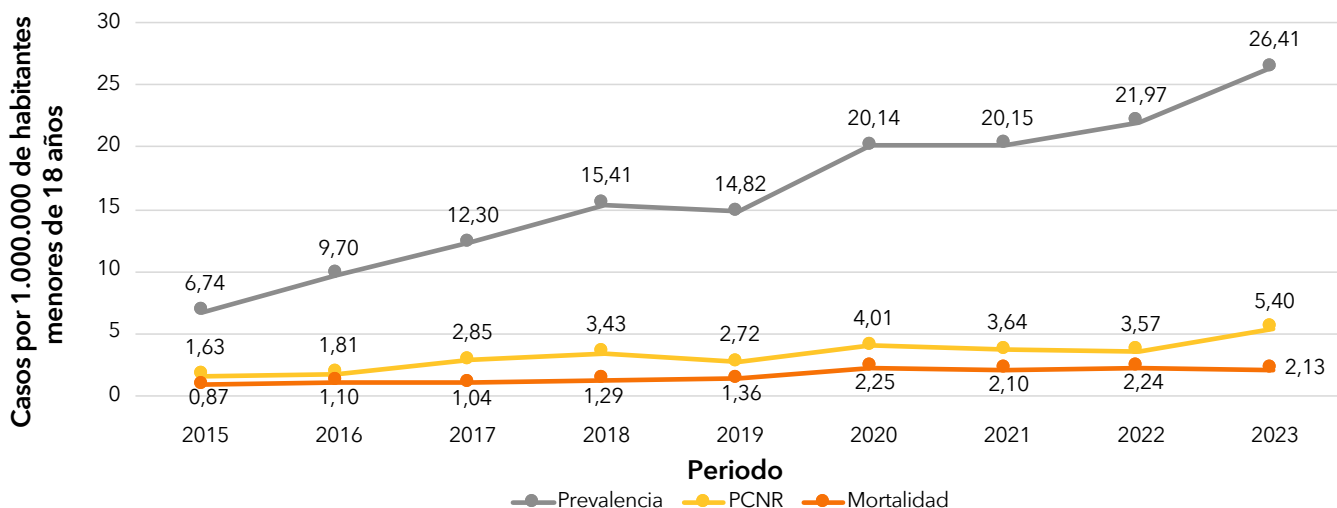
En las entidades liquidadas y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.

IC: intervalo de confianza; NA: no aplica; SD: sin dato.

3.1.7. Evolución del registro de la LMA en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia

En el 2023, se presentó un aumento de la PCNR del 51,30% con respecto al periodo anterior. En contraste, la mortalidad general tuvo una disminución del 4,88% (**figura 3.1**).

Figura 3.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2023



Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos, por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

3.2. Caracterización de los casos nuevos de LMA en la población pediátrica

3.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LMA

La **tabla 3.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de LMA en los menores de 18 años según el régimen del aseguramiento.

La mayoría de los CNR estaban afiliados a los regímenes contributivo (51,32%) y subsidiado (44,74%), un poco más de la mitad eran hombres y la mediana de la edad fue de 11 años (RIC: 5 - 13). Las regiones con la mayor concentración de casos fueron la Central (27,63%) y la Caribe (26,32%).

El régimen subsidiado presentó la mediana de la edad más baja, la mayoría eran hombres y el 38,24% residía en la región Caribe. Por el contrario, la distribución de los CNR según el sexo y la edad en el contributivo tuvo un comportamiento similar al nacional.

Tabla 3.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación			
	Contributivo n= 39 (51,32%)	Subsidiado n= 34 (44,74%)	Excepción n= 2 (2,63%)	Total ² n= 76 (100,00%)
Sexo				
Femenino	18 (46,15)	11 (32,35)	1 (50,00)	31 (40,79)
Masculino	21 (53,85)	23 (67,65)	1 (50,00)	45 (59,21)
Edad	12 (6 - 13)	9 (3 - 13)	12 (11 - 12)	11 (5 - 13)
Etnia				
Ninguna	39 (100,00)	33 (97,06)	2 (100,00)	75 (98,68)
Indígena	0 (0,00)	1 (2,94)	0 (0,00)	1 (1,32)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	1 (2,94)	0 (0,00)	1 (1,32)
Bogotá, D. C.	5 (12,82)	4 (11,76)	0 (0,00)	10 (13,16)
Caribe	6 (15,38)	13 (38,24)	1 (50,00)	20 (26,32)
Central	13 (33,33)	8 (23,53)	0 (0,00)	21 (27,63)
Oriental	10 (25,64)	2 (5,88)	1 (50,00)	13 (17,11)
Pacífica	5 (12,82)	6 (17,65)	0 (0,00)	11 (14,47)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso del régimen especial.

3.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LMA

La **tabla 3.9** describe las características clínicas de los casos nuevos en los menores de 18 años según su afiliación al sistema de salud. Para este periodo, se reportó la clasificación del riesgo en el 69,74% de los CNR, este porcentaje es mayor que lo registrado en el periodo anterior (58,82%). De estos casos, el 50,94% se clasificó como de riesgo alto o desfavorable; este comportamiento fue similar en los regímenes contributivo y subsidiado.

En el caso de los CNR afiliados a los regímenes de excepción y especial, todos fueron clasificados como riesgo alto.



Tabla 3.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación			
	Contributivo n= 39 (51,32%)	Subsidiado n= 34 (44,74%)	Excepción n= 2 (2,63%)	Total ² n= 76 (100,00%)
Clasificación del riesgo (sí)³	26 (66,67)	24 (70,59)	2 (100,00)	53 (69,74)
Grupos de riesgo^{3,4}				
Estándar	5 (19,23)	5 (20,83)	0 (0,00)	10 (18,87)
Intermedio	9 (34,62)	7 (29,17)	0 (0,00)	16 (30,19)
Alto	12 (46,15)	12 (50,00)	2 (100,00)	27 (50,94)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso del régimen especial.

³ Los grupos de riesgo citogénico molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias.

⁴ Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población pediátrica que fueron clasificados.

3.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LMA

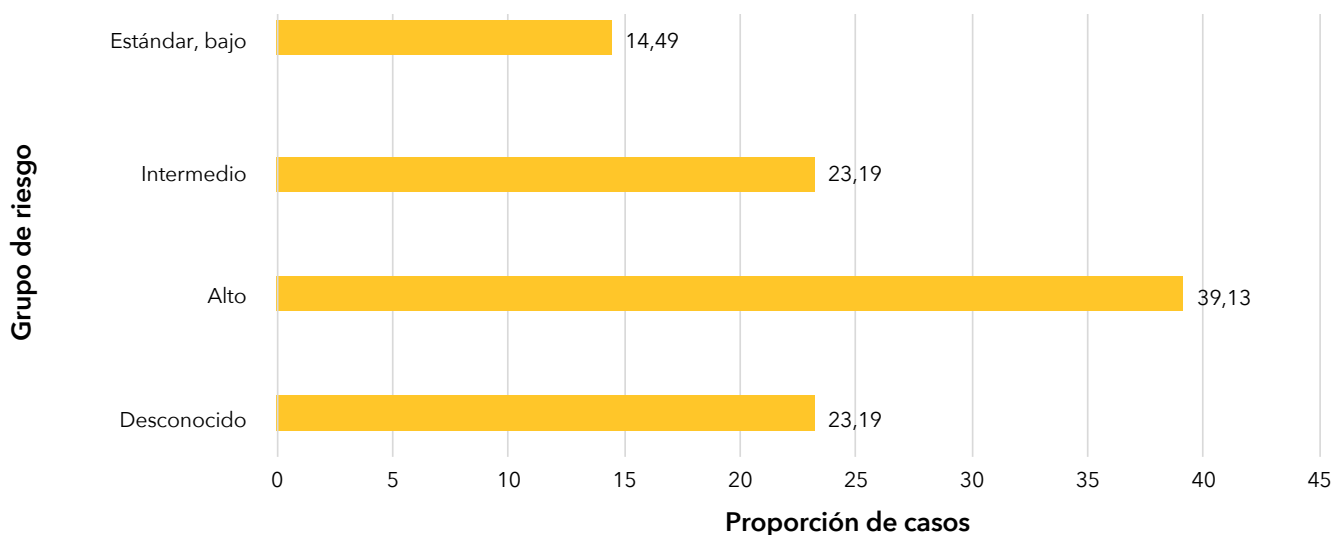
Durante este periodo, la terapia sistémica se administró en el 90,79% de los CNR (n= 69) y el 2,63% recibió radioterapia. En este contexto, es importante clarificar que la frecuencia presentada corresponde al número de casos en los que se prescribió el tratamiento de forma independiente.

El 11,84% de los casos nuevos (n= 9) recibió trasplante de células progenitoras hematopoyéticas como parte del tratamiento, el 77,78% (n= 7) de ellos fue clasificado en el grupo de riesgo alto o desfavorable y el restante como bajo (n= 2). En estos dos casos la indicación de manejo fue por recaída y por consolidación del esquema.

El 9,21% (n= 7) de los CNR no recibió ningún tipo de tratamiento durante el periodo; en este grupo se incluyen los casos que fallecieron antes de iniciar el manejo (n= 2). No se reportaron casos con manejo por cuidado paliativo.

La **figura 3.2** muestra la distribución de los casos en los que se reportó la administración de terapia sistémica según la clasificación del riesgo.

Figura 3.2. Frecuencia del uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



Los grupos de riesgo citogénico molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias. Incluye la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

[Descargar figura](#)

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

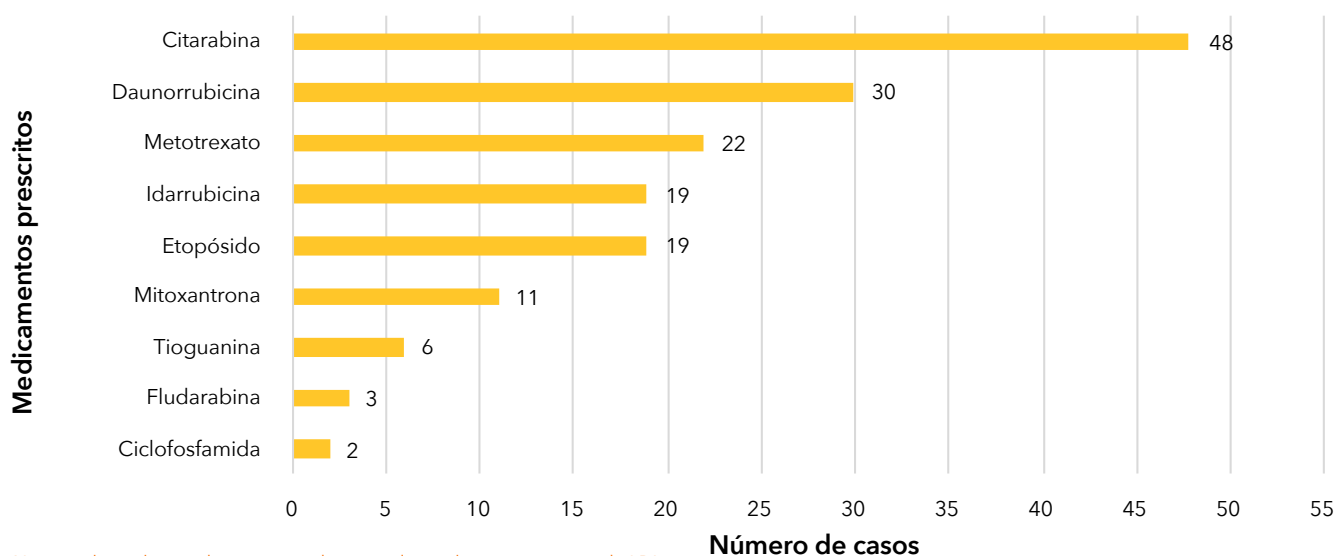
WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

En la **figura 3.3** se describen los medicamentos indicados con mayor frecuencia en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica, sin incluir los que fueron diagnosticados durante este periodo con LPA (CIE-10 C92.4). En este caso, los citotóxicos prescritos en mayor proporción fueron la citarabina, la daunorrubicina y el metotrexato.

En contraste, en la **figura 3.4** se muestran los principios activos prescritos en los pacientes con LPA, una variante de la LMA que cuenta con un comportamiento diferente. En este contexto, los medicamentos más comunes fueron la idarrubicina, la tretinoína y el metotrexato. La información presentada corresponde al número de casos en los que se prescribió cada uno de los medicamentos de forma independiente.

Es importante resaltar que, desde el 2024, existen nuevas guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social para esta enfermedad (2).

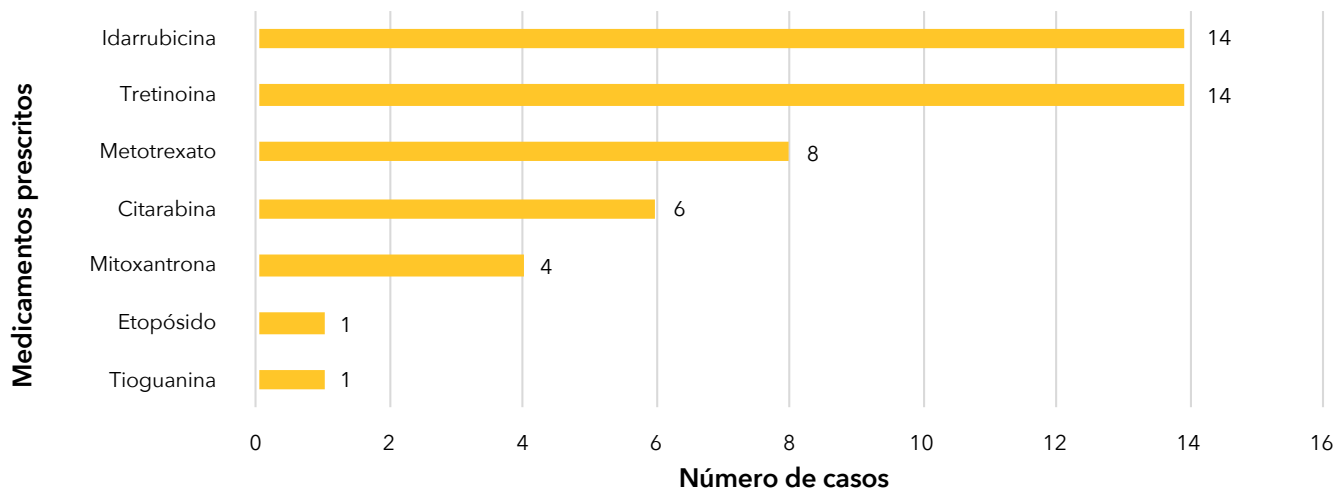
Figura 3.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



No se incluyen los medicamentos administrados en los casos nuevos de LPA.

[Descargar figura](#)

Figura 3.4. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LPA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



[Descargar figura](#)



3.3. Caracterización de los casos prevalentes de LMA en la población pediátrica

La **tabla 3.10** presenta una caracterización general de la población pediátrica con LMA de acuerdo con el tipo de aseguramiento. Del total de los casos, el 53,51% se presentaron en la población masculina, la mediana de la edad fue de 11 años (RIC: 7 - 14) y las regiones de residencia con la mayor concentración fueron la Caribe y la Central, ambas con 23,10%. La mayoría estaban afiliados al régimen contributivo (55,85%).

En el contributivo y subsidiado, la distribución por el sexo y la edad fue similar a lo observado en el ámbito nacional. En el caso del régimen contributivo, las mayores proporciones de los casos se concentraron en las regiones Central y Oriental.

Tabla 3.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LMA en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación			
	Contributivo n= 191 (55,85%)	Subsidiado n= 140 (40,94%)	Excepción n= 10 (2,92%)	Total ^{2,3} n= 342 (100,00)
Sexo				
Femenino	94 (49,21)	57 (40,71)	7 (70,00)	159 (46,49)
Masculino	97 (50,79)	83 (59,29)	3 (30,00)	183 (53,51)
Edad	11 (6 - 14)	11 (7 - 14)	10 (4 - 12)	11 (7 - 14)
Etnia				
Ninguna	188 (98,43)	128 (91,43)	10 (100,00)	327 (95,61)
Indígena	0 (0,00)	10 (7,14)	0 (0,00)	10 (2,92)
Negra	3 (1,57)	2 (1,43)	0 (0,00)	5 (1,46)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	2 (1,05)	4 (2,86)	0 (0,00)	6 (1,75)
Bogotá, D. C.	35 (18,32)	16 (11,43)	2 (20,00)	54 (15,79)
Caribe	24 (12,57)	52 (37,14)	3 (30,00)	79 (23,10)
Central	60 (31,41)	19 (13,57)	0 (0,00)	79 (23,10)
Oriental	49 (25,65)	12 (8,57)	5 (50,00)	66 (19,30)
Pacífica	21 (10,99)	37 (26,43)	0 (0,00)	58 (16,96)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso del régimen especial.

³ No se incluyen los datos de 30 casos prevalentes ya que no se reportaron en el periodo actual o que pertenecen a entidades liquidadas.

3.4. Indicadores de la gestión del riesgo de la LMA en la población pediátrica

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en la población pediátrica con LMA en el aseguramiento en Colombia (3):

Tabla 3.11. Descripción de los indicadores de gestión del riesgo de la LMA en la población pediátrica

Tipo	Código	Indicador	Semaforización de cumplimiento			Unidad de medida
			Alto	Medio	Bajo	
Diagnóstico	1	Oportunidad del diagnóstico a partir del ingreso al centro que confirma la LMA.		Por definir		Promedio del número de días
Tratamiento	2	Oportunidad del inicio del tratamiento.	≤ 5 días	-	> 5 días	Promedio del número de días
Diagnóstico	3	Citometría de flujo de médula ósea al diagnóstico.		Por definir		Porcentaje (%)

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 3.11. Descripción de los indicadores de gestión del riesgo de la LMA en la población pediátrica (continuación)

Tipo	Código	Indicador	Semaforización de cumplimiento			Unidad de medida
			Alto	Medio	Bajo	
Diagnóstico	4 ¹	Citología de líquido cefalorraquídeo durante el proceso diagnóstico.	Por definir			Porcentaje (%)
Diagnóstico	5 ¹	Clasificación del riesgo al final de la inducción.	Por definir			Porcentaje (%)
Resultado	6 ^{1,2}	Remisión completa al final de la inducción.	≥ 90%	> 70% a < 90%	≤ 70%	Porcentaje (%)
Resultado	7 ¹	Progresión en los menores de 18 años.	≤ 2%	> 2% a < 6%	≥ 6%	Porcentaje (%)
Resultado	8	Abandono del tratamiento.	≤ 10%	> 10% a < 20%	≥ 20%	Porcentaje (%)
Resultado	9 ^{1,2}	Recaídas durante el periodo.	≤ 20%	> 20% a < 30%	≥ 30%	Porcentaje (%)
Resultado	10 ³	Mortalidad durante el periodo.	Por definir			Casos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años
Resultado	11	Muerte en inducción.	≤ 4%	> 4% a < 8%	≥ 8%	Porcentaje (%)
Resultado	12 ⁴	Supervivencia global.	≥ 80%	> 60% a < 80%	≥ 60%	Porcentaje (%)
Resultado	13 ⁴	Supervivencia libre de evento.	Por definir			Porcentaje (%)

¹ La primera medición se realizó en el periodo 2021.

² Para el periodo 2023 no se realizó medición de este indicador.

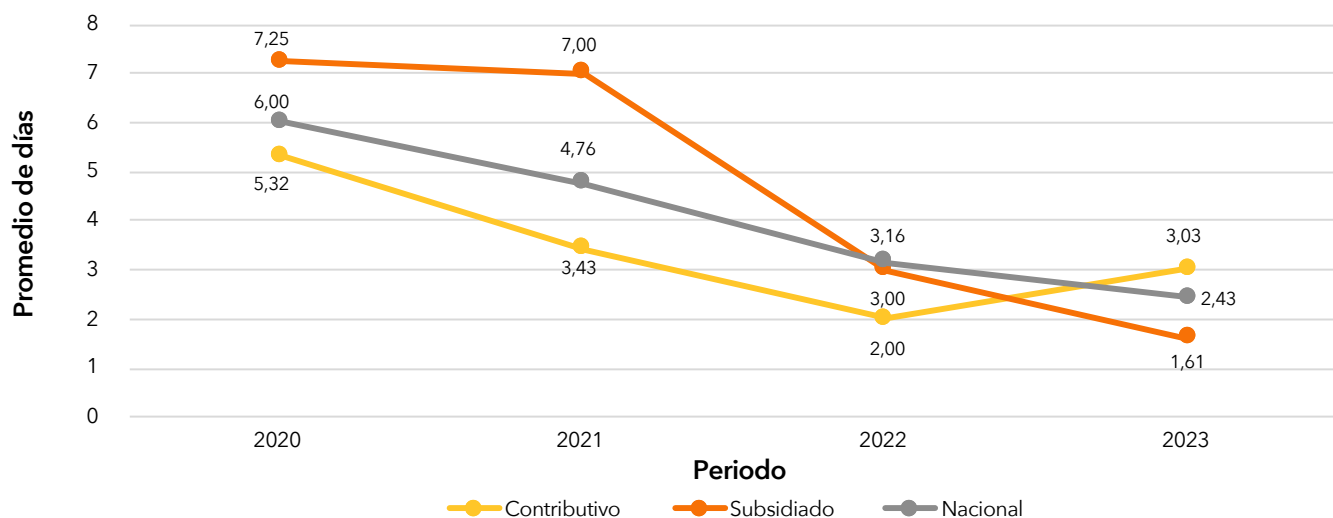
³ **Indicador 10:** los resultados se presentan en la sección de morbilidad.

⁴ **Indicador 12 y 13:** se debe tener un seguimiento de 3 años.

La metodología de la medición y el cálculo de cada uno de los indicadores pueden consultarse a profundidad en [el consenso basado en la evidencia para la definición de los indicadores de gestión del riesgo en los pacientes menores de 18 años con leucemias agudas que está disponible en la página web de la Cuenta de Alto Costo.](#)

En las **figuras 3.5 y 3.6**, se observan la tendencia de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento según el régimen de afiliación en los últimos periodos. Aunque el tiempo para la confirmación del diagnóstico en el país disminuyó en los últimos periodos, a excepción del régimen contributivo que aumentó para el 2023. Por otra parte, en el de excepción se estimó un día promedio para el diagnóstico en este periodo.

Figura 3.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2023



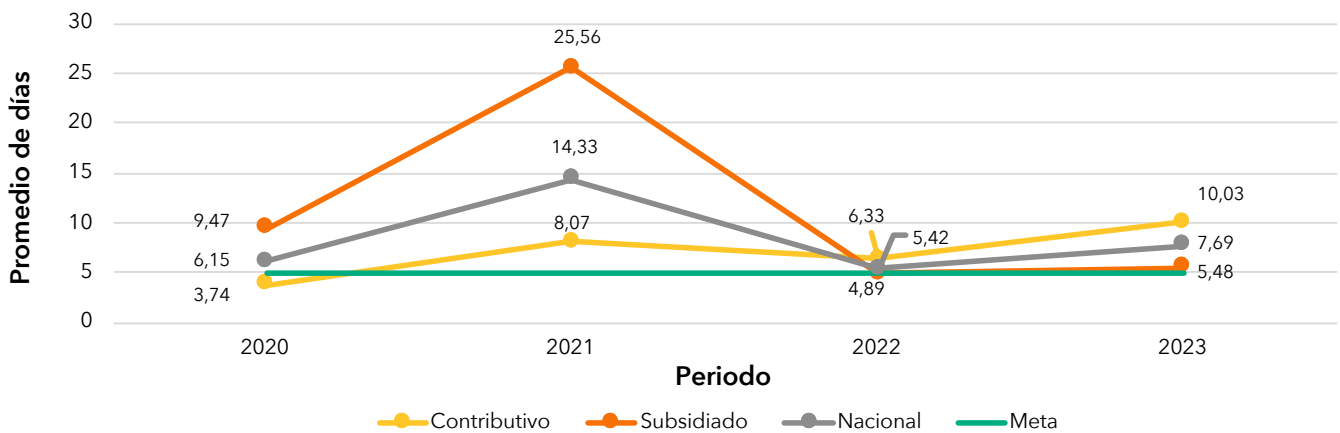
Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

[Descargar figura](#)



Con respecto a la oportunidad del tratamiento, en el país y en los regímenes subsidiado, de excepción y especial presentaron un mejor cumplimiento de este indicador. Por otro lado, el contributivo presentó un aumento en el promedio de días.

Figura 3.6. Tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2023

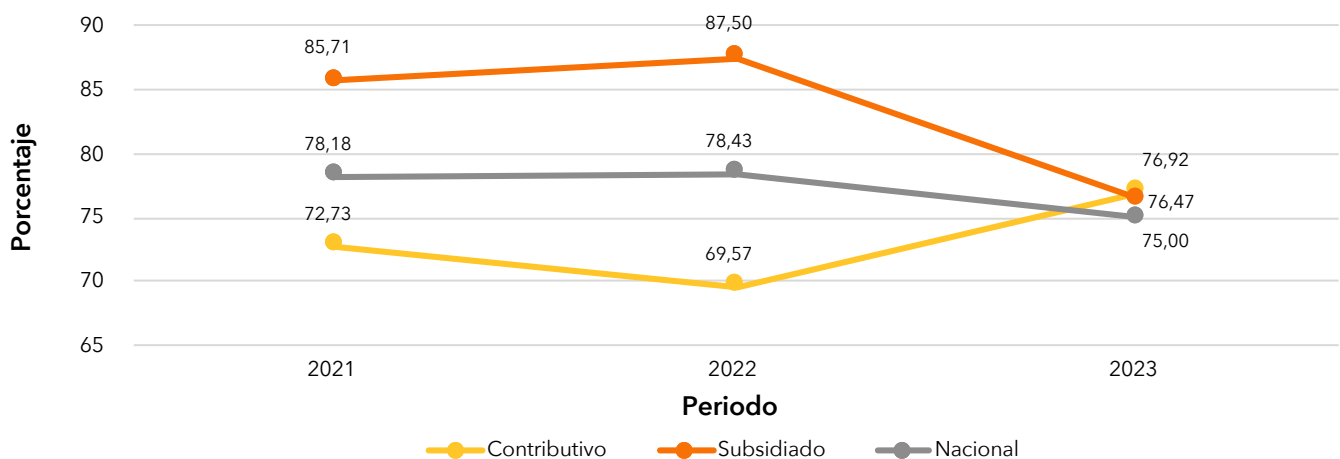


Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

[Descargar figura](#)

En el país, el porcentaje de los casos nuevos con toma de citometría de flujo de médula ósea disminuyó con respecto al periodo previo. No obstante, en el régimen contributivo se presentó un aumento del 10,56%, este último siendo superior al resultado nacional. En el subsidiado, por el contrario, se presentó una disminución de la proporción de los casos en los que se realizó para el 2023 (**figura 3.7**). Adicionalmente, el promedio de los casos nuevos a quienes durante el proceso diagnóstico se les realizó la citología de líquido cefalorraquídeo fue considerablemente menor en el ámbito nacional y en los regímenes comparado con el periodo anterior (**figura 3.8**).

Figura 3.7. Tendencia de la toma de citometría de flujo de médula ósea al diagnóstico en los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023



Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

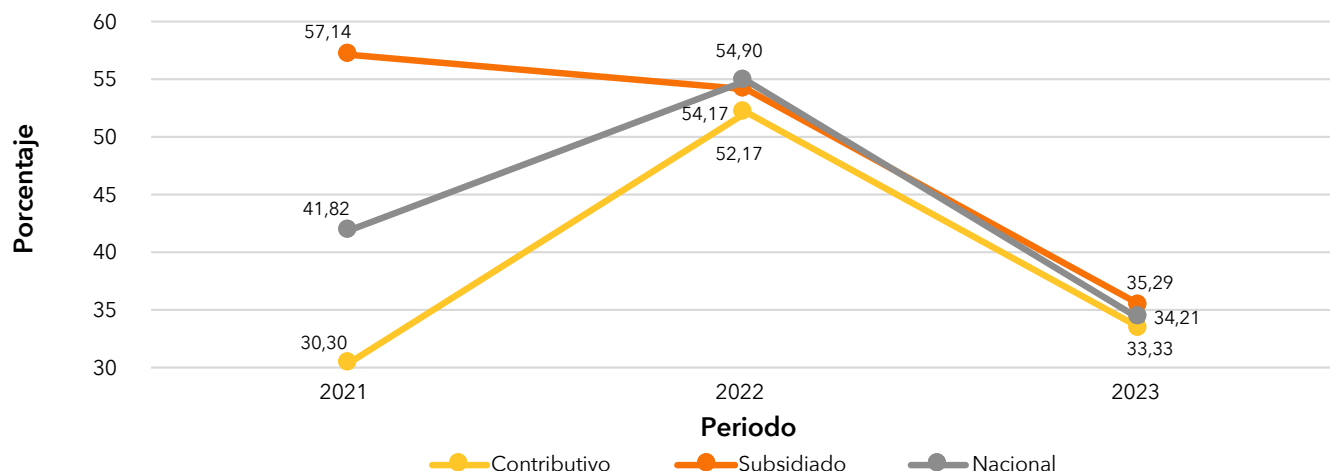
[Descargar figura](#)

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 3.8. Tendencia de la toma de citología de líquido cefalorraquídeo durante el proceso del diagnóstico en los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023

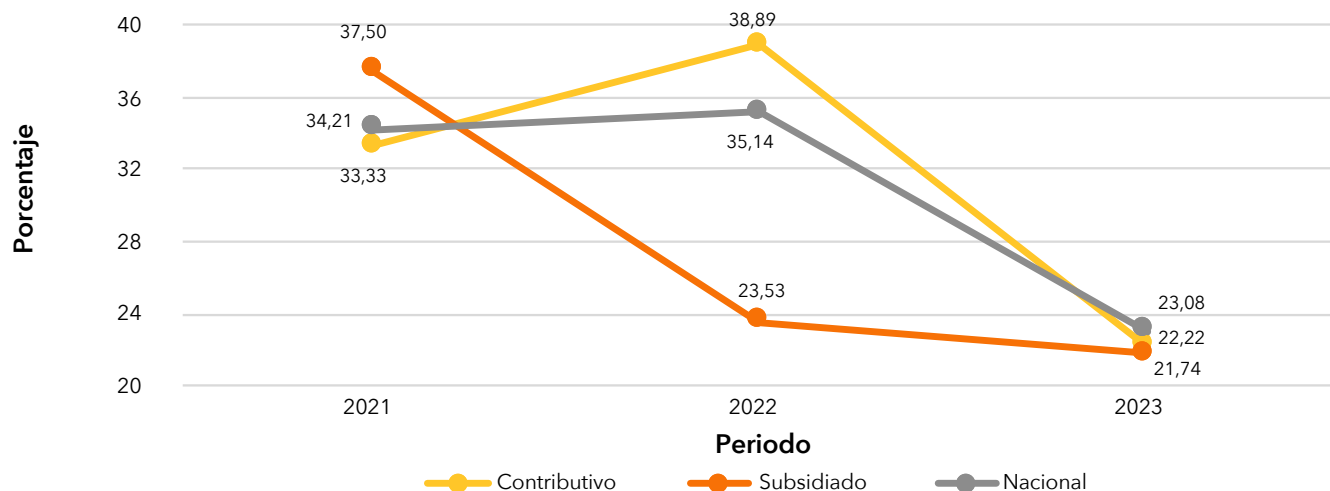


Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

[Descargar figura](#)

En cuanto al porcentaje de los CNR en los que se reportó la clasificación del riesgo al final de la inducción, en el país se presentó una disminución del 34,31% en el indicador. El régimen contributivo presentó la reducción más significativa (**figura 3.9**).

Figura 3.9. Tendencia de la clasificación del riesgo al final de la inducción de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023



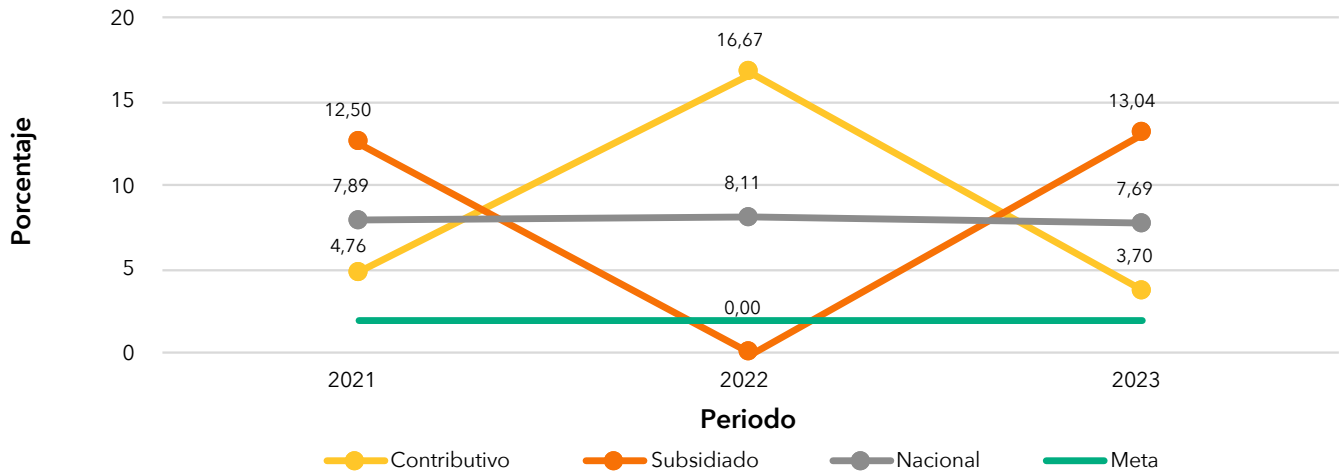
Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

[Descargar figura](#)

El desempeño del país en el indicador de la progresión, entendida como fallas en la remisión de los casos de LMA en los menores de 18 años disminuyó en el país y en el régimen contributivo. En los regímenes de excepción y especial no se reportaron casos con progresión de la enfermedad para el 2023 (**figura 3.10**).



Figura 3.10. Tendencia de la progresión de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2021 - 2023

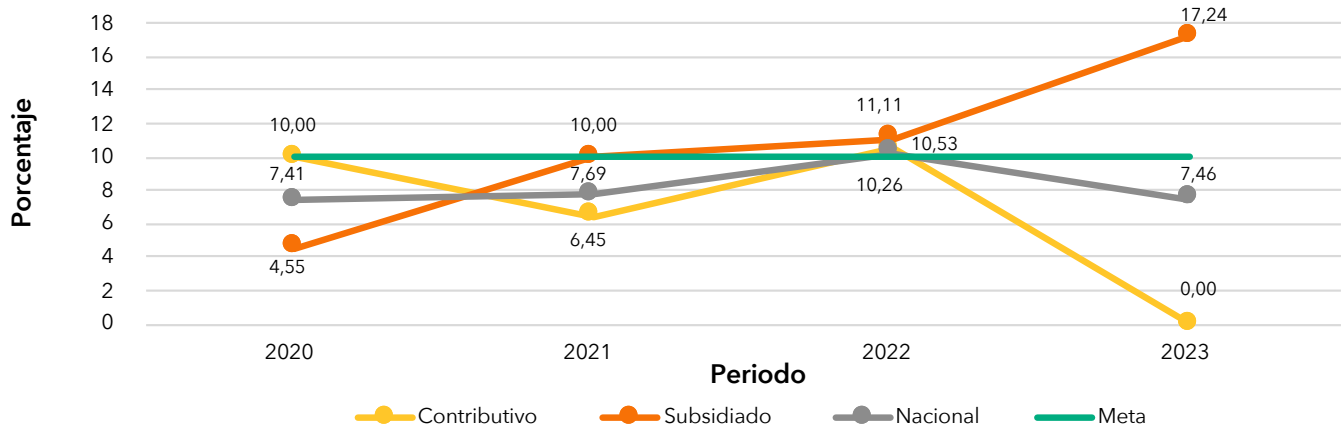


Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

[Descargar figura](#)

Por otro lado, en el ámbito nacional la proporción de los casos de LMA que abandonaron el tratamiento para el 2023 ha sido la más baja desde hace dos periodos, con un desempeño alto. Es importante destacar que el régimen contributivo no presentó abandonos del tratamiento durante este lapso. Por el contrario, el subsidiado presentó un aumento importante en este indicador (**figura 3.11**).

Figura 3.11. Tendencia en el abandono del tratamiento de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2023



Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo

[Descargar figura](#)

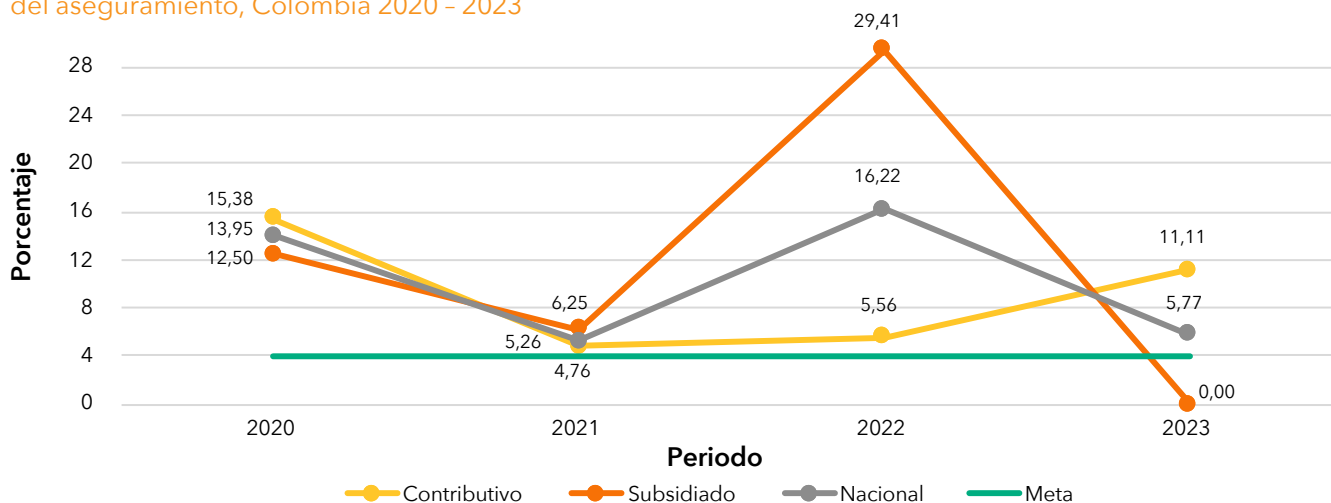
Finalmente, en el país, el porcentaje de las muertes durante la etapa de inducción disminuyó en un 64,42% en el último periodo, alcanzando el nivel medio de cumplimiento. Esta misma tendencia se observó en el subsidiado, con una mayor disminución y alcanzando cero muertes durante la inducción (**figura 3.12**).

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 3.12. Tendencia de la muerte en inducción de los casos de LMA en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2020 - 2023



Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población menor de 18 años que fueron notificados en el periodo.

[Descargar figura](#)

Por otra parte, en la **tabla 3.12** se presentan los resultados de la gestión del riesgo de los casos de LMA según la región de residencia. El indicador relacionado con el abandono del tratamiento durante el periodo presentó un cumplimiento alto para este periodo en el país, a excepción de la región Caribe. En contraste, en el que evalúa la muerte en inducción, en el ámbito nacional, se presentó un cumplimiento medio. Particularmente, en este indicador, las regiones de la Amazonía-Orinoquía y Oriental presentaron un buen rendimiento y tuvieron cero casos gestionables en este ítem. Por otro lado, la región Pacífica presentó el cumplimiento más bajo.

Por último, si bien en el país no se alcanzó el cumplimiento alto en la oportunidad de inicio del tratamiento, se resalta el gran trabajo que se realizó en las regiones de la Amazonía-Orinoquía, Bogotá, D. C., y Pacífica donde se alcanzó la meta de este indicador.



Los resultados de los indicadores con un mayor nivel de desagregación, tanto en el ámbito demográfico como del aseguramiento, pueden consultarse en **HIGIA**

Tabla 3.12. Indicadores de la gestión del riesgo de la LMA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	1.	2.	3.	4.	5.
	Por definir	≤ 5 días > 5 días	Por definir	Por definir	Por definir
Amazonía-Orinoquía	Sin dato	● 1,00	100,00	0,00	Sin dato
Bogotá, D. C.	2,13	● 3,25	60,00	40,00	0,00
Caribe	3,70	● 5,12	80,00	20,00	7,14
Central	3,29	● 12,16	80,95	38,10	16,67
Oriental	1,88	● 14,09	61,54	30,77	12,50
Pacífica	0,44	● 1,36	81,82	54,55	63,64
Nacional	2,43	● 7,69	75,00	34,21	23,08



Tabla 3.12. Indicadores de la gestión del riesgo de la LMA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023 (continuación)

Región	7.	8.	9.	11.
	≤ 2%	≤ 10%	≤ 20%	≤ 4%
	> 2 a < 6%	> 10 a < 20%	> 20 a < 30%	> 4 a < 8%
	≥ 6%	≥ 20%	≥ 30%	≥ 8%
Amazonía-Orinoquía	Sin dato	● 0,00	Sin dato	Sin dato
Bogotá, D. C.	● 0,00	● 12,50	● 0,00	● 0,00
Caribe	● 0,00	● 11,76	Sin dato	● 7,14
Central	● 0,00	● 5,26	● 0,00	● 5,56
Oriental	● 0,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00
Pacífica	● 36,36	● 9,09	● 0,00	● 9,09
Nacional	● 7,69	● 7,46	● 0,00	● 5,77

Referencias bibliográficas

1. Society AC. Subtipos de la leucemia en niños [en línea]. [Cited 2024 Jul 3]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-en-ninos/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-clasifica.html>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de leucemia mieloide aguda en niños, niñas y adolescentes. Guía 9-1. Guía completa [en línea]. Bogotá D.C.; 2023. Disponible en: <https://gpc.minsalud.gov.co/SitePages/default.aspx>
3. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia para la definición de los indicadores de gestión del riesgo en los pacientes menores de 18 años con leucemia agudas (LLA y LMA). Cuenta de Alto Costo. 2020. 1-44 p.

Tumores del **sistema nervioso central (SNC)**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



Resumen infográfico

Capítulo 4 Tumores del sistema nervioso central (SNC)

Periodo: del 2 de enero de 2022 al 1° de enero de 2023.

Morbimortalidad de los tumores del SNC



Ocupó el **segundo lugar** entre los **CNR en la población pediátrica.**



Se notificaron 133 casos nuevos, 994 prevalentes y 88 fallecidos en el periodo.



Comparativamente con el 2022, la mortalidad aumentó un 25,8% y la proporción de casos nuevos un 7,9%.

Caracterización de los casos nuevos de tumores del SNC

La mediana de la edad fue de **8 años (RIC: 5 - 12).**



En el 12,8% de los casos nuevos no se reportó la clasificación histológica.



Excluyendo los casos con clasificación desconocida y no especificada, el tipo histológico de mayor frecuencia fue el astrocitoma y el meduloblastoma con el 26,3% cada uno.

Caracterización de los casos nuevos de tumores del SNC



La cirugía fue el tratamiento más frecuente con el 63,2%.



En los últimos cinco periodos, el régimen contributivo ha presentado un aumento en la oportunidad diagnóstica.

En cuanto al acceso al **tratamiento,** en el último periodo se registró una **disminución de 11 días** en la mediana del tiempo de espera con respecto al 2022.

[Descargar infografía](#)

4. Tumores del sistema nervioso central (SNC) en la población pediátrica

CIE10: C70-C72; CIE-O-3: C70-C72

4.1. Morbimortalidad de los tumores del SNC

Los tumores del sistema nervioso central (SNC) ocuparon el segundo lugar entre los nuevos diagnósticos de las neoplasias pediátricas, después de la LLA, con el 12,20% de los casos diagnosticados durante el periodo 2023. Adicionalmente, fueron notificados 994 casos prevalentes y el número de fallecimientos en los pacientes menores de 18 años fue de 88.

En este capítulo no se incluyen los casos de los tumores en ojo según el código CIE-10 C69 y D092, que durante el periodo de análisis correspondió a 446 casos, de los cuales el 5,83% (n= 26) fueron nuevos y se notificaron 4 fallecimientos en esta población.

Tabla 4.1. Medidas de frecuencia de los tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	133	9,44	9,44	7,91 - 11,19
Prevalencia	994	70,57	70,75	66,42 - 75,29
Mortalidad ⁵	88	6,25	6,25	5,01 - 7,69

¹ Incluye todos los casos de tumores del SNC en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Informadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

³ Corresponde a las proyecciones DANE para el año 2022 en menores de 18 años, actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas ajustadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

4.1.1. PCNR de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La PCNR estandarizada más alta se observó en Bogotá, D. C., con 12,17 casos nuevos (IC 95%: 7,53 - 18,61) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años y la más baja en la región de la Amazonía-Orinoquía con 5,72 (IC 95%: 1,18 - 16,69). Entre las entidades territoriales, las cifras más altas se presentaron en Quindío, Amazonas y Vichada con 41,71, 28,70 y 20,89 casos nuevos respectivamente; mientras que, en Huila, Meta y Magdalena, se observaron las más bajas. En 9 departamentos del país no se informaron casos nuevos en el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 4.2. PCNR de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	3	529.564	5,67	5,72	1,18 - 16,69
Bogotá, D. C.	21	1.729.960	12,14	12,17	7,53 - 18,61
Caribe	29	3.718.297	7,80	7,79	5,22 - 11,19
Central	30	3.126.796	9,59	9,61	6,49 - 13,72
Oriental	22	2.620.669	8,39	8,39	5,26 - 12,70
Pacífica	28	2.361.012	11,86	11,90	7,91 - 17,20
Nacional	133	14.086.298	9,44	9,44	7,91 - 11,19

¹ Incluye todos los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.



4.1.2. PCNR de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Entre los regímenes del aseguramiento, el contributivo presentó la PCNR estandarizada más alta en comparación con los demás (**tabla 4.3**). La EPS012, la EPS048 y la EPSI05 registraron las cifras más altas, con 55,83, 44,40 y 28,20 casos nuevos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, en ese orden. Por otra parte, la EPSS34 con 3,18 y la EPS008 con 4,37 casos nuevos, tuvieron las tasas más bajas. En 14 entidades de los regímenes contributivo y subsidiado no se informaron casos en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 4.3. PCNR de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	80	5.999.079	13,34	13,40	10,62 - 16,68
Subsidiado	48	5.748.766	8,35	8,45	6,23 - 11,21
Excepción	2	487.220	4,10	3,80	0,46 - 14,36
Especial	0	4.487	0,00	NA	NA
No afiliado	3	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **NA:** no aplica; **SD:** sin dato.

4.1.3. Prevalencia de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

Bogotá, D. C., presentó la prevalencia estandarizada más alta con 132,71 (IC 95%: 116,00 - 151,14) casos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, mientras que la región Caribe tuvo la menor prevalencia estandarizada con 44,29 (IC 95%: 37,77 - 51,61). Excluyendo los resultados de Bogotá, D. C., las entidades territoriales con las cifras más altas fueron Quindío con 139,07 y Valle del Cauca con 89,90; mientras que Chocó, Magdalena y Sucre registraron las más bajas. El departamento de Vaupés no informó casos prevalentes en el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 4.4. Prevalencia de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	28	529.564	52,87	53,52	35,56 - 77,33
Bogotá, D. C.	227	1.729.960	131,22	132,71	116,00 - 151,14
Caribe	164	3.718.297	44,11	44,29	37,77 - 51,61
Central	245	3.126.796	78,35	77,71	68,28 - 88,08
Oriental	153	2.620.669	58,38	58,20	49,34 - 68,18
Pacífica	177	2.361.012	74,97	74,74	64,14 - 86,60
Nacional	994	14.086.298	70,57	70,75	66,42 - 75,29

¹ Incluye todos los casos de tumores del SNC en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Tumores del sistema nervioso central (SNC) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

4.1.4. Prevalencia de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada para el régimen especial superó al resto de los regímenes con 1.113,15 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años. Entre las entidades aseguradoras, las cifras más altas se registraron en la EPS018 (176,29), la EPS001 (161,86) y la EPS012 (151,26). Por el contrario, las más bajas se observaron en la EPSI01 y la EPSI03 con 20,22 y 26,14, respectivamente. En 6 EAPB del régimen contributivo y subsidiado no se reportaron casos en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 4.5. Prevalencia de los tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	574	5.999.079	95,68	95,02	87,40 - 103,13
Subsidiado	306	5.748.766	53,23	54,05	48,16 - 60,46
Excepción	24	487.220	49,26	45,07	28,87 - 67,45
Especial	4	4.487	891,46	1.113,15	267,21 - 2.939,87
No afiliado	4	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	82	SD	SD	SD	SD

¹Incluye todos los casos de tumores del SNC en la población pediátrica reportados a la CAC.

²Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³La prevalencia es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴IC 95% para las medidas estandarizadas.

En las entidades liquidadas y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

4.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SNC según la región y la entidad territorial

En las regiones, la mortalidad general estandarizada más alta se registró en Bogotá, D. C., con 11,56 muertes (IC 95%: 7,06 - 17,86) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, por el contrario, en la Pacífica se estimó la más baja con 5,09 fallecimientos (IC 95%: 2,63 - 8,88).

Por su parte, en los departamentos de Córdoba y Santander se presentaron las estimaciones más elevadas, mientras que en Cesar, Boyacá y Sucre se observaron las más bajas. En 14 departamentos, la mayoría pertenecientes a la región de la Amazonía-Orinoquía, no se notificaron defunciones en el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**



Tabla 4.6. Mortalidad general de los tumores del SNC en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	0	529.564	0,00	NA	NA
Bogotá, D. C.	20	1.729.960	11,56	11,56	7,06 - 17,86
Caribe	21	3.718.297	5,65	5,66	3,50 - 8,65
Central	21	3.126.796	6,72	6,71	4,15 - 10,26
Oriental	14	2.620.669	5,34	5,33	2,91 - 8,95
Pacífica	12	2.361.012	5,08	5,09	2,63 - 8,88
Nacional	88	14.086.298	6,25	6,25	5,01 - 7,69

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con tumores del SNC reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza; NA: no aplica.

4.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SNC según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada fue casi el doble en el régimen contributivo comparada con el subsidiado. La EPS048 presentó la estimación más alta con 44,40 fallecimientos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años. Por su parte la CCF055 con 2,23 y la ESS062 con 3,41 tuvieron las cifras más bajas. En 12 entidades de los regímenes contributivo y subsidiado no se informaron fallecimientos en la población pediátrica con este tipo de cáncer.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 4.7. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SNC según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	54	5.999.079	9,00	9,00	6,76 - 11,75
Subsidiado	29	5.748.766	5,04	4,98	3,33 - 7,16
Excepción	0	487.220	0,00	NA	NA
Especial	0	4.487	0,00	NA	NA
No afiliado	1	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	4	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con tumores del SNC reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En las entidades liquidadas y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.

IC: intervalo de confianza; NA: no aplica; SD: sin dato.

4.1.7. Evolución del registro de los tumores del SNC en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia

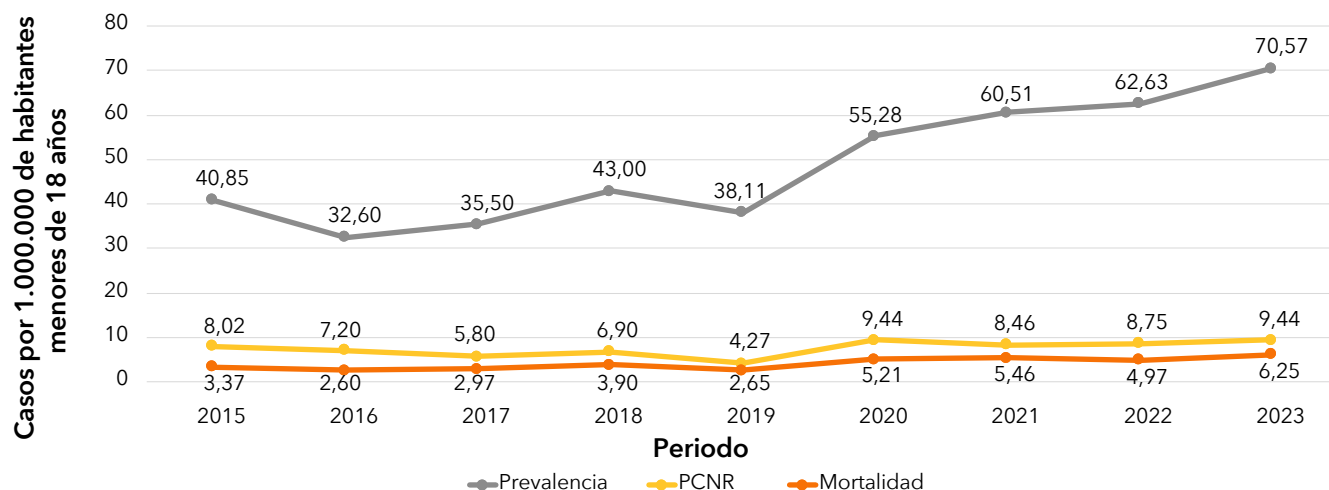
En el 2023, las tres medidas de morbimortalidad presentaron un incremento con respecto al periodo anterior, el más significativo fue el aumento porcentual del 25,79% en la mortalidad para esta neoplasia en la población infantil. La prevalencia y la PCNR aumentaron en un 12,67%, y 7,92%, respectivamente (**figura 4.1**).

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Tumores del sistema nervioso central (SNC) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 4.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de los tumores del SNC en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2023



Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos, por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

4.2. Caracterización de los casos nuevos con tumores del SNC en la población pediátrica

4.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de tumores del SNC

En la **tabla 4.8** se presenta la caracterización general de los casos nuevos según el régimen de afiliación. Del total de CNR, un poco más de la mitad de los casos se presentaron en hombres (57,14%), la mediana de la edad fue de 8 años (RIC: 5 - 12), la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo y el 44,36% residía en las regiones Central y Caribe.

En los regímenes, se observó una tendencia similar al comportamiento nacional, con una mayor proporción de los CN en los hombres. Con respecto a la edad, el régimen de excepción presentó una mediana superior a la estimada para el país. Por su parte, la mayoría de los casos del régimen subsidiado que residían en la región Caribe o en la Central, mientras que las regiones con mayor concentración de casos en el contributivo fueron la Central y Bogotá, D. C. Dos de los casos de la población no afiliada corresponden a población migrante.

Tabla 4.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total n= 133 (100,00%)
	Contributivo n= 80 (60,15%)	Subsidiado n= 48 (36,09%)	Excepción n= 2 (1,50%)	No afiliado n= 3 (2,26%)	
Sexo					
Femenino	35 (43,75)	21 (43,75)	0 (0,00)	1 (33,33)	57 (42,86)
Masculino	45 (56,25)	27 (56,25)	2 (100,00)	2 (66,67)	76 (57,14)
Edad					
	8 (4 - 12)	8 (6 - 12)	9 (5 - 13)	7 (5 - 17)	8 (5 - 12)
Etnia					
Ninguna	80 (100,00)	46 (95,83)	2 (100,00)	3 (100,00)	131 (98,50)
Negra	0 (0,00)	2 (4,17)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,50)



Tabla 4.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023 (continuación)

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total n= 133 (100,00%)
	Contributivo n= 80 (60,15%)	Subsidiado n= 48 (36,09%)	Excepción n= 2 (1,50%)	No afiliado n= 3 (2,26%)	
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	3 (6,25)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (2,26)
Bogotá, D. C.	19 (23,75)	1 (2,08)	1 (50,00)	0 (0,00)	21 (15,79)
Caribe	9 (11,25)	18 (37,50)	1 (50,00)	1 (33,33)	29 (21,80)
Central	20 (25,00)	10 (20,83)	0 (0,00)	0 (0,00)	30 (22,56)
Oriental	16 (20,00)	4 (8,33)	0 (0,00)	2 (66,67)	22 (16,54)
Pacífica	16 (20,00)	12 (25,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	28 (21,05)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

4.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de tumores del SNC

En la **tabla 4.9** se presenta la caracterización histológica de los casos nuevos según su afiliación al sistema de salud. El porcentaje de los CNR con tipo de histología desconocida fue menor con respecto al periodo 2022 (15,20%). En el ámbito nacional los tipos de tumores más comunes fueron los astrocitomas y los meduloblastomas, cada uno con el 26,32% de los CN. Sin embargo, se presentó una mayor proporción de los de tipo astrocitoma en los casos afiliados al régimen contributivo, mientras que en el subsidiado fueron más frecuentes los meduloblastomas.

Según la mediana de la edad, los casos de astrocitoma y meduloblastoma en el país presentaron una mediana de 8 años. Por el contrario, el caso de oligodendroglioma fue mayor, con una mediana de 15 años, mientras que los neuroblastomas y ependimomas presentaron medianas menores, de 3 años (RIC: 0 - 6) y 4 años (RIC: 1 - 17), respectivamente.

Tabla 4.9. Caracterización histológica de los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variable ¹	Régimen de afiliación				Total n= 133 (100,00%)
	Contributivo n= 80 (60,15%)	Subsidiado n= 48 (36,09%)	Excepción n= 2 (1,50%)	No afiliado n= 3 (2,26%)	
Tipo histológico^{2,3}					
Astrocitoma	22 (27,50)	10 (20,83)	2 (100,00)	1 (33,33)	35 (26,32)
Ependimoma	1 (1,25)	2 (4,17)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (2,26)
Meduloblastoma	21 (26,25)	14 (29,17)	0 (0,00)	0 (0,00)	35 (26,32)
Neuroblastoma	1 (1,25)	1 (2,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,50)
Oligodendroglioma	1 (1,25)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,75)
Sarcoma	0 (0,00)	1 (2,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,75)
Otros	25 (31,25)	13 (27,08)	0 (0,00)	1 (33,33)	39 (29,32)
Desconocido	9 (11,25)	7 (14,58)	0 (0,00)	1 (33,33)	17 (12,78)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%).

² Definida según la histología del tumor en muestra de biopsia o quirúrgica.

³ Incluye todos los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica que fueron clasificados según la histología.

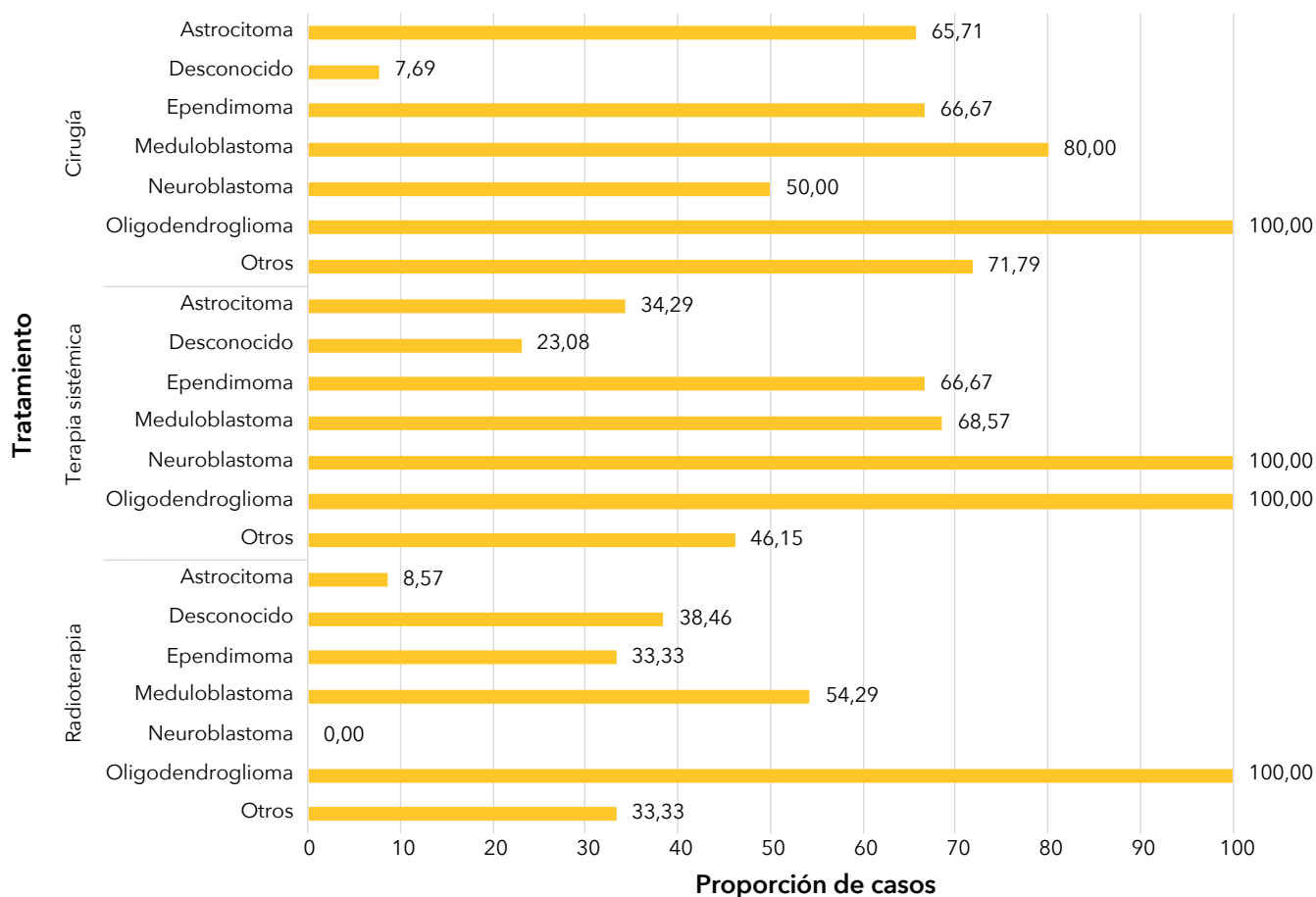
4.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de tumores del SNC

Las intervenciones quirúrgicas se realizaron en el 63,16% de los casos nuevos, siendo la terapia más frecuente. El 46,62% de los CN con tumores en el SNC reportaron la administración de terapias sistémicas y 42 casos fueron sometidos a radioterapia. En el 31,58% (n= 42) reportaron que durante el periodo fueron sometidos a cirugía y quimioterapias, la mayoría en ese orden de intervención (92,86%).

Por otra parte, el 19,55% (n= 26) de los casos nuevos no recibió tratamiento, este porcentaje fue mayor con respecto al periodo anterior (13,60%), sin embargo, allí se debe considerar que algunos de estos casos pueden corresponder a aquellos que fueron diagnosticados cerca de la fecha de corte, que se encontraban bajo manejo paliativo o fallecidos antes de iniciar el tratamiento.

La **figura 4.2** muestra la distribución del tratamiento en los CNR según la caracterización histológica, bajo la premisa que un mismo caso puede recibir una o varias terapias. Se destaca que fue menor el porcentaje de astrocitomas que recibieron radioterapia, cirugía o terapia sistémica en comparación con los meduloblastomas y que el caso de tipo oligodendroglioma recibió los tres tipos de terapias.

Figura 4.2. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de tumores del SNC según el tipo histopatológico en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



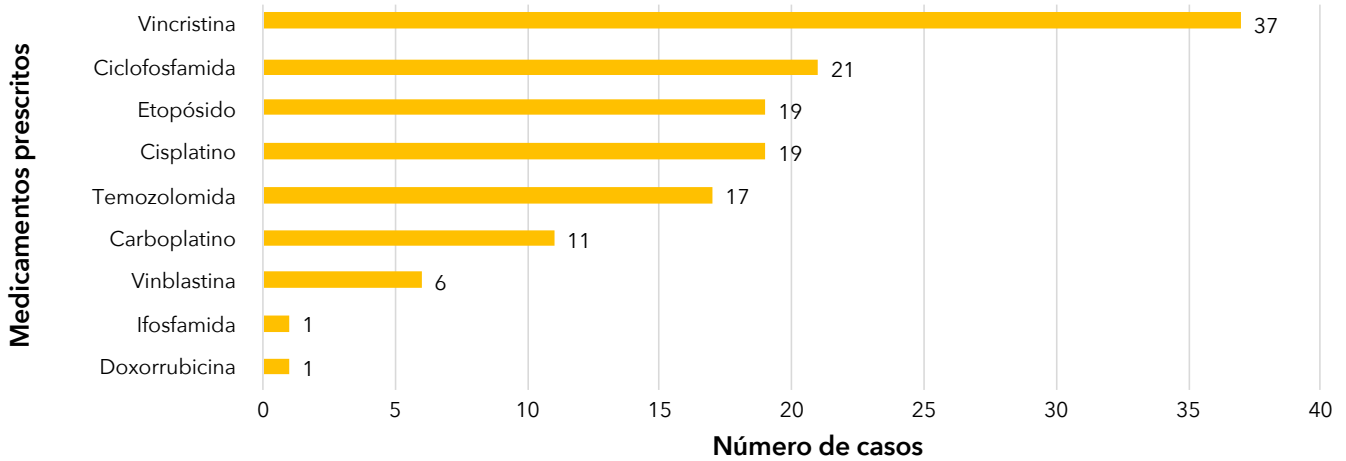
El grupo de terapia sistémica incluye la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

[Descargar figura](#)

En la **figura 4.3** se describen los medicamentos que fueron prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos. Allí no se discrimina el uso concomitante con otros fármacos, por lo que se reporta la frecuencia de uso de cada antineoplásico. Entre los citotóxicos más reportados está la vincristina, ciclofosfamida, etopósido y cisplatino. Se destaca la frecuencia de uso de la temozolomida, indicado para el manejo de tumores tipo glioblastoma o astrocitoma, este último con mayor frecuencia entre los casos nuevos reportados.



Figura 4.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



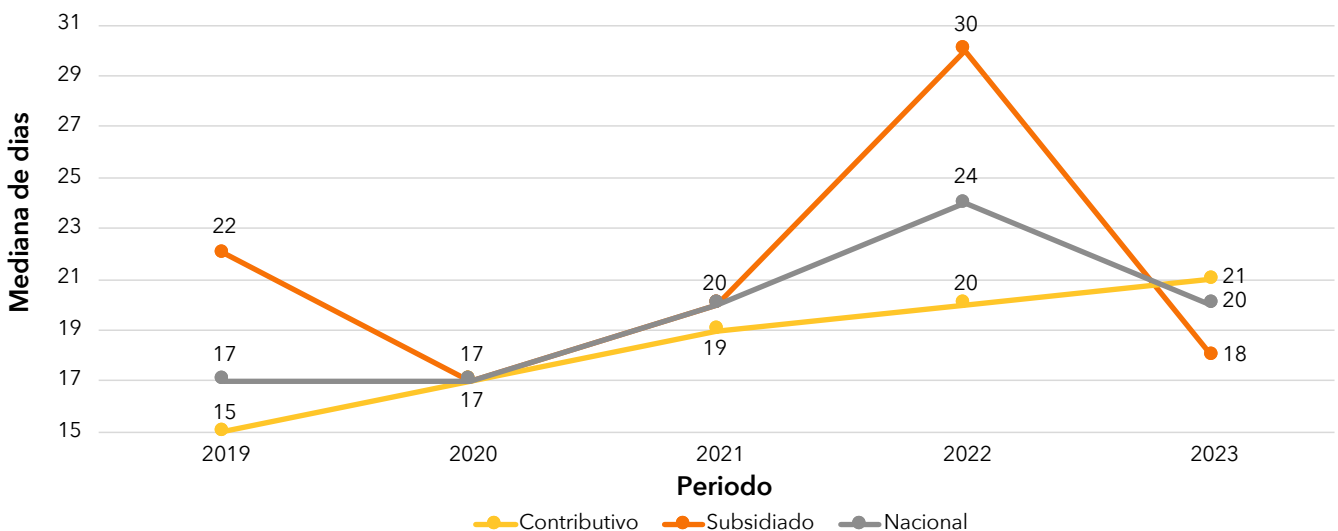
[Descargar figura](#)

4.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de tumores del SNC

En la sección de aspectos metodológicos se describe la operacionalización de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento. En las **figuras 4.4 y 4.5** se presentan la tendencia de ambos indicadores según el régimen de afiliación.

En la **figura 4.4** se observa una brecha en el comportamiento de la oportunidad diagnóstica entre los regímenes. En los últimos cinco periodos, la espera para acceder a la confirmación del diagnóstico presenta una tendencia al incremento en el régimen contributivo; mientras que, en el subsidiado se encontró una reducción significativa para el 2023, con una mejor oportunidad (mediana: 18 días (RIC: 9 - 18)) incluso comparada con el resultado nacional. En el régimen de excepción y en los dos casos no afiliados, se registró una oportunidad de 26 días (**figura 4.4**).

Figura 4.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023



Incluye todos los casos nuevos de cáncer del SNC en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el periodo 2023 fue: nacional 28,68 días (\pm 31,61), régimen contributivo 28,34 días (\pm 25,65), régimen subsidiado 29,65 días (\pm 41,51).

[Descargar figura](#)

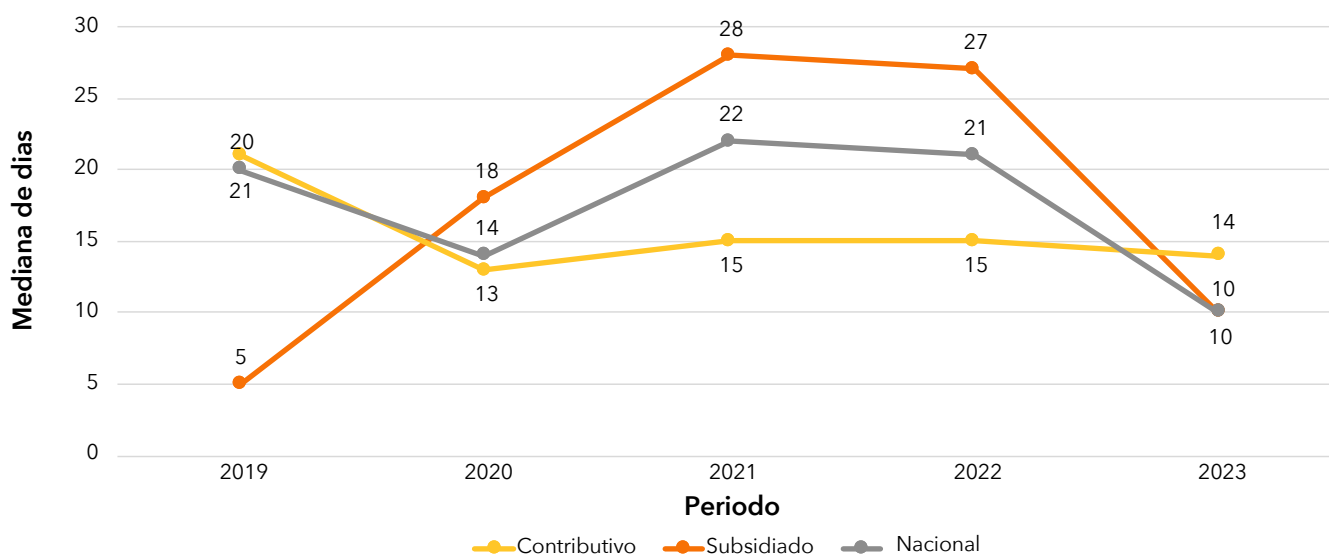
Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Tumores del sistema nervioso central (SNC) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Como se observa en la **figura 4.5**, en cuanto al acceso al tratamiento, en el último periodo se encontró una reducción de 11 días en la mediana del tiempo de espera con respecto al periodo anterior, y siendo esta estimación la mejor oportunidad en los últimos 5 periodos de seguimiento. En cuanto a los resultados por el régimen, se presentó una disminución significativa en la mediana de días. Incluso, el subsidiado registró la más baja desde el 2021 y fue menor que lo reportado en el contributivo. Para el 2023, no se cuenta con información para determinar la oportunidad al tratamiento en los otros regímenes.

Figura 4.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de tumores del SNC en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023



Incluye todos los casos nuevos de cáncer del SNC en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el periodo 2022 fue: nacional 20,60 días (\pm 21,38), régimen contributivo 18,15 días (\pm 15,27) y régimen subsidiado 23,05 días (\pm 26,30).

[Descargar figura](#)

4.3. Caracterización de los casos prevalentes con tumores del SNC en la población pediátrica

La descripción general de los casos prevalentes de los tumores del SNC en los menores de 18 años de acuerdo con el régimen de afiliación se presenta en la **tabla 4.10**.

La mayoría de los casos estaban afiliados al régimen contributivo (62,94%), el 53,95% eran hombres; la mediana de la edad fue de 12 años (RIC: 8 - 15) y el 25,33% residían en la región Central. Entre los casos no presentados en la **tabla 4.10**, se identificaron cuatro casos del sexo femenino, con una mediana de la edad de 8 años (RIC: 6 - 12) afiliados al régimen de excepción. Así mismo, cuatro pertenecientes a la población no afiliada, la mayoría hombres (75,00%) con una mediana de la edad menor al resto de los regímenes (6 años (RIC: 4 - 12)).

Las regiones de residencia donde se concentraron más casos son diferentes entre los regímenes. En el caso del contributivo, la mayoría se encontraba ubicada en Bogotá, D. C., y la Central, mientras que en el subsidiado fueron más frecuentes los casos en la Caribe y la Pacífica.



Tabla 4.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de tumores del SNC en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ^{2,3} n= 912 (100,00%)
	Contributivo n= 574 (62,94%)	Subsidiado n= 306 (33,55%)	Excepción n= 24 (2,63%)	
Sexo				
Femenino	268 (46,69)	138 (45,10)	9 (37,50)	420 (46,05)
Masculino	306 (53,31)	168 (54,90)	15 (62,50)	492 (53,95)
Edad	12 (8 - 15)	12 (8 - 15)	12 (10 - 16)	12 (8 - 15)
Etnia				
Ninguna	567 (98,78)	287 (93,79)	24 (100,00)	886 (97,15)
Indígena	0 (0,00)	13 (4,25)	0 (0,00)	13 (1,43)
Negra	6 (1,05)	6 (1,96)	0 (0,00)	12 (1,32)
Otra ⁴	1 (0,17)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,11)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	7 (1,22)	17 (5,56)	1 (4,17)	25 (2,74)
Bogotá, D. C.	178 (31,01)	26 (8,50)	8 (33,33)	212 (23,25)
Caribe	48 (8,36)	97 (31,70)	3 (12,50)	149 (16,34)
Central	160 (27,87)	63 (20,59)	6 (25,00)	231 (25,33)
Oriental	96 (16,72)	28 (9,15)	4 (16,67)	131 (14,36)
Pacífica	85 (14,81)	75 (24,51)	2 (8,33)	164 (17,98)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta cuatro casos del régimen especial y cuatro reportados como población no afiliada.

³ No se incluyen los datos de 82 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

⁴ Incluye la población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población pediátrica



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



Resumen infográfico

Capítulo 5 Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población pediátrica

Periodo: del 2 de enero de 2022 al 1° de enero de 2023.

Morbimortalidad del LNH



Ocupó el

quinto lugar

entre los **CNR en la población pediátrica con cáncer.**



Se notificaron 74 casos nuevos, 708 prevalentes y 22 fallecidos en el periodo.



En comparación con el periodo 2022, la PCNR y la mortalidad general presentaron una disminución de un 1,3% y un 25,7%, respectivamente.

Caracterización de los casos nuevos de LNH

La mediana de la edad fue de

10 años (RIC: 6 - 14).



El 71,6% de los casos nuevos se notificaron en la población masculina.



En el país, en el 71,6% de los CNR se notificó la estadificación clínica.

Caracterización de los casos nuevos de LNH



El 16,2% se clasificó como riesgo alto y la mayoría de los casos fueron diagnosticados en estadio III.



La clasificación del riesgo se documentó en el 58,1% de los casos del país.



La terapia sistémica fue el tratamiento más frecuente, con el 82,4%.



En el país y en el régimen subsidiado disminuyó el tiempo de espera hasta la confirmación del diagnóstico, comparado con el periodo anterior.

En cuanto a la oportunidad de

tratamiento,
se mantiene el mismo lapso de tiempo
por cuarto periodo consecutivo
(mediana de 3 días).

[Descargar infografía](#)

5. Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población pediátrica

CIE 10: C82-C86, C88.4, C96; CIE-O-3: C42-C77

5.1. Morbimortalidad del LNH

En el periodo 2023 se notificaron 708 casos de LNH en menores de 18 años, de los cuales el 10,45% corresponde a casos nuevos. El LNH ocupó el quinto lugar en frecuencia entre los CNR y el sexto según el número de defunciones informadas en la población con algún diagnóstico con cáncer infantil (**tabla 5.1**).

Tabla 5.1. Medidas de frecuencia del LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	74	5,25	5,26	4,13 - 6,60
Prevalencia	708	50,26	50,43	46,78 - 54,28
Mortalidad ⁵	22	1,56	1,57	0,98 - 2,37

¹ Incluye todos los casos de LNH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Informadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

³ Corresponde a las proyecciones DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

5.1.1. PCNR del LNH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La región Central presentó la PCNR estandarizada más alta con 7,34 casos nuevos (IC 95%: 4,65 – 11,02) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, mientras que en la Amazonía-Orinoquía se registró la más baja (1,90; IC 95%: 0,05 – 10,58) (**tabla 5.2**). Con respecto a las entidades territoriales, Amazonas con 28,81, Atlántico con 13,66 y Norte de Santander con 10,30 presentaron las PCNR más altas. Mientras que Cundinamarca, Córdoba y Nariño tuvieron las más bajas con 1,14, 1,73 y 2,20, respectivamente. En 13 departamentos de diversas regiones no se diagnosticaron casos durante el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 5.2. PCNR del LNH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	1	529.564	1,89	1,90	0,05 - 10,58
Bogotá, D. C.	7	1.729.960	4,05	4,07	1,64 - 8,38
Caribe	24	3.718.297	6,45	6,46	4,14 - 9,62
Central	23	3.126.796	7,36	7,34	4,65 - 11,02
Oriental	9	2.620.669	3,43	3,43	1,57 - 6,50
Pacífica	10	2.361.012	4,24	4,23	2,03 - 7,77
Nacional	74	14.086.298	5,25	5,26	4,13 - 6,60

¹ Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.



5.1.2. PCNR del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada estimada para el régimen de excepción fue superior comparada con los otros regímenes, no se notificaron casos nuevos en el especial (**tabla 5.3**). Al comparar por las entidades, las tasas más altas se presentaron en la EPS001 (20,39) y la EPSI03 (16,00), mientras que las más bajas se observaron en la ESS062, la EPS037 y la EPS005, cada una con 1,78, 3,56 y 4,12 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, respectivamente. En 17 entidades del subsidiado y del contributivo no se informaron casos nuevos de LNH en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 5.3. PCNR del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	36	5.748.766	6,26	6,39	4,48 - 8,85
Subsidiado	35	5.999.079	5,83	5,83	4,06 - 8,10
Excepción	3	487.220	6,16	7,52	1,50 - 21,37
Especial	0	4.487	0,00	NA	NA
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **NA:** no aplica; **SD:** sin dato.

5.1.3. Prevalencia del LNH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

En Bogotá, D. C., se obtuvo la prevalencia estandarizada más alta con 73,75 casos (IC 95%: 61,44 - 87,80) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años y la menor se estimó en la Amazonía-Orinoquía con 30,53 (IC 95%: 17,45 - 49,56) (**tabla 5.4**). En el departamento del Quindío se estimó la prevalencia más alta con 106,80, mientras que en La Guajira, Nariño y Córdoba se presentaron las más bajas, con 16,35, 24,03 y 24,32, en ese orden. Los departamentos de Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada no presentaron casos.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 5.4. Prevalencia del LNH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	16	529.564	30,21	30,53	17,45 - 49,56
Bogotá, D. C.	126	1.729.960	72,83	73,75	61,44 - 87,80
Caribe	162	3.718.297	43,57	43,75	37,27 - 51,03
Central	200	3.126.796	63,96	63,26	54,80 - 72,66
Oriental	99	2.620.669	37,78	37,63	30,59 - 45,82
Pacífica	105	2.361.012	44,47	44,27	36,21 - 53,59
Nacional	708	14.086.298	50,26	50,43	46,78 - 54,28

¹ Incluye todos los casos de LNH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

5.1.4. Prevalencia del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Para el periodo del análisis, la prevalencia estandarizada más alta se encontró en el régimen especial con 182,79 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años (**tabla 5.5**). La EPS018 con 107,36, la EPSS40 con 90,10 y la EPS001 con 82,11 fueron las entidades con las estimaciones más altas. La prevalencia más baja se observó en la CCF102 y en la CCF050 con 14,35 y 16,18 casos por 1.000.000 de menores afiliados. En 7 entidades de los regímenes contributivo y subsidiado no se informaron casos de este tipo de cáncer en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 5.5. Prevalencia del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	347	5.999.079	57,84	57,41	51,53 - 63,78
Subsidiado	272	5.748.766	47,31	48,20	42,64 - 54,28
Excepción	20	487.220	41,05	39,45	23,96 - 61,39
Especial	1	4.487	222,87	182,79	4,63 - 1.308,71
No afiliado	1	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	67	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de LNH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En las entidades liquidadas y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; SD: sin dato.

5.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con LNH según la región y la entidad territorial

La región con la mayor mortalidad general estandarizada fue la Caribe con 2,14 muertes (IC 95%: 0,93 - 4,23) por cada 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, y la Oriental presentó la menor con 0,77 muertes (IC 95%: 0,09 - 2,77) (**tabla 5.6**). En cuanto a las entidades territoriales, los resultados más altos se observaron en Amazonas con 28,81 fallecimientos. Mientras que, Cundinamarca y Valle del Cauca presentaron las estimaciones más bajas con 1,14 y 1,60 muertes, respectivamente. No se informaron defunciones en los menores con este tipo de cáncer durante el periodo en 21 departamentos



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 5.6. Mortalidad general del LNH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	1	529.564	1,89	1,90	0,05 - 10,58
Bogotá, D. C.	3	1.729.960	1,73	1,77	0,37 - 5,15
Caribe	8	3.718.297	2,15	2,14	0,93 - 4,23
Central	6	3.126.796	1,92	1,90	0,70 - 4,14
Oriental	2	2.620.669	0,76	0,77	0,09 - 2,77
Pacífica	2	2.361.012	0,85	0,85	0,10 - 3,06
Nacional	22	14.086.298	1,56	1,57	0,98 - 2,37

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LNH reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



5.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LNH según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada fue ligeramente superior en el régimen contributivo con respecto al subsidiado (**tabla 5.7**). La EPS018 presentó la mortalidad más alta con 5,37 muertes por 1.000.000 de menores afiliados, por otro lado, la ESS024 con 1,10 y la ESS207 con 1,43 fueron las entidades con los menores resultados. En 22 entidades de los regímenes subsidiado y contributivo no se reportaron fallecimientos en esta población.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 5.7. Mortalidad general del LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	11	5.999.079	1,83	1,84	0,92 - 3,29
Subsidiado	7	5.748.766	1,22	1,22	0,49 - 2,52
Excepción	0	487.220	0,00	NA	NA
Especial	0	4.487	0,00	NA	NA
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	4	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LNH reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

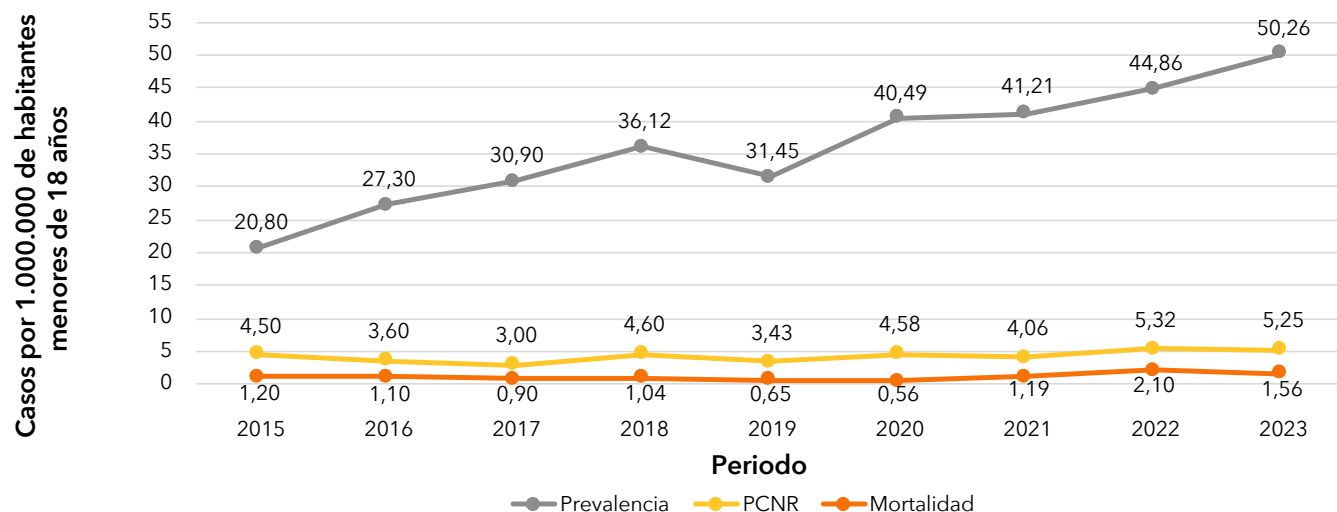
En las entidades liquidadas y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.

IC: intervalo de confianza; NA: no aplica; SD: sin dato.

5.1.7. Evolución del registro de LNH en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia

La prevalencia de los casos de LNH en la población pediátrica del país, específicamente para el 2023, aumentó en un 12,04% con respecto al periodo anterior. Por el contrario, las otras medidas disminuyeron en un 1,32% la PCNR y un 25,71% la mortalidad (**figura 5.1**).

Figura 5.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2023



Las medidas presentadas corresponden a los valores crudos, reportados por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

Mortalidad: corresponde al número de fallecimientos, por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

5.2. Caracterización de los casos nuevos de LNH en la población pediátrica

5.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LNH

La **tabla 5.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de este tipo de cáncer según el régimen del aseguramiento. El mayor porcentaje de los CNR estaba afiliado al régimen subsidiado (48,65%), el 71,62% fueron hombres y la mediana de la edad fue de 10 años (RIC: 6 - 14); la región de residencia con la mayor cantidad de casos nuevos fue la Caribe con el 32,43%.

Según el tipo de afiliación, los CN del régimen contributivo presentaron una mediana de la edad mayor comparado con la de los otros regímenes, incluso la estimada para el país. Según la región, los casos del contributivo se concentraron en la región Central (45,71%), mientras que en el subsidiado la mayoría se ubicaron en la Caribe (44,44%).

Tabla 5.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total n= 74 (100,00%)
	Contributivo n= 35 (47,30%)	Subsidiado n= 36 (48,65%)	Excepción n= 3 (4,05%)	
Sexo				
Femenino	12 (34,29)	9 (25,00)	0 (0,00)	21 (28,38)
Masculino	23 (65,71)	27 (75,00)	3 (100,00)	53 (71,62)
Edad	13 (7 - 15)	8 (6 - 12)	4 (4 - 16)	10 (6 - 14)
Etnia				
Ninguna	35 (100,00)	33 (91,67)	3 (100,00)	71 (95,95)
Indígena	0 (0,00)	1 (2,78)	0 (0,00)	1 (1,35)
Negra	0 (0,00)	2 (5,56)	0 (0,00)	2 (2,70)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	1 (2,78)	0 (0,00)	1 (1,35)
Bogotá, D. C.	7 (20,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (9,46)
Caribe	6 (17,14)	16 (44,44)	2 (66,67)	24 (32,43)
Central	16 (45,71)	6 (16,67)	1 (33,33)	23 (31,08)
Oriental	3 (8,57)	6 (16,67)	0 (0,00)	9 (12,16)
Pacífica	3 (8,57)	7 (19,44)	0 (0,00)	10 (13,51)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

5.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LNH

La **tabla 5.9** describe las características clínicas de los casos con este tipo de cáncer según su afiliación al sistema de salud. Del total de los CNR del país, el 71,62% fueron estadificados, una leve disminución con respecto a la proporción del periodo anterior (72,37%), de estos el 44,59% se ubicó en el estadio III, con una mediana de 7 años (RIC: 5 - 13). Por el contrario, en los casos diagnosticados en el estadio I (mediana: 10 años; RIC: 10 - 12) y en el II (mediana: 12 años; RIC: 6 - 17) presentan mayor edad.

La proporción de los casos estadificados en el régimen subsidiado fue similar a la estimada en el ámbito nacional, por el contrario, en el contributivo la proporción fue menor (68,57%).

Por otra parte, la clasificación del riesgo se reportó en el 58,11% de los casos nuevos, con un comportamiento similar entre los regímenes (**tabla 5.9**), esto representó un leve aumento en los clasificados con respecto al periodo 2022 del 0,38%. Finalmente, la categoría de riesgo alto fue la más frecuente, seguida por el intermedio - alto. Entre los regímenes, el 31,43% de los afiliados al régimen contributivo estaba en riesgo intermedio - alto y alto, mientras que el 33,34% de los del subsidiado eran riesgo intermedio e intermedio - alto.



Tabla 5.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LNH según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total n= 74 (100,00%)
	Contributivo n= 35 (47,30%)	Subsidiado n= 36 (48,65%)	Excepción n= 3 (4,05%)	
Estadificación (sí)²	24 (68,57)	26 (72,22)	3 (100,00)	53 (71,62)
Estadio al diagnóstico^{2,3}				
I	3 (8,57)	2 (5,56)	0 (0,00)	5 (6,76)
II	0 (0,00)	2 (5,56)	2 (66,67)	4 (5,41)
III	16 (45,71)	16 (44,44)	1 (33,33)	33 (44,59)
IV	3 (8,57)	5 (13,89)	0 (0,00)	8 (10,81)
Extraganglionares	2 (5,71)	1 (2,78)	0 (0,00)	3 (4,05)
Desconocido	11 (31,43)	10 (27,78)	0 (0,00)	21 (28,38)
Clasificación del riesgo (sí)⁴	19 (54,29)	21 (58,33)	3 (100,00)	43 (58,11)
Categorías de riesgo^{4,5}				
Bajo	1 (2,86)	2 (5,56)	0 (0,00)	3 (4,05)
Intermedio bajo	4 (11,43)	2 (5,56)	1 (33,33)	7 (9,46)
Intermedio	3 (8,57)	6 (16,67)	1 (33,33)	10 (13,51)
Intermedio alto	5 (14,29)	6 (16,67)	0 (0,00)	11 (14,86)
Alto	6 (17,14)	5 (13,89)	1 (33,33)	12 (16,22)
Desconocido	16 (45,71)	15 (41,67)	0 (0,00)	31 (41,89)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%).

² Definida según las clasificaciones Murphy, Ann Arbor o Lugano.

³ Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población pediátrica que fueron estadificados. Los tumores extraganglionares incluyen tumores primarios del SNC, primarios mediastinales o primarios de otros órganos.

⁴ Los grupos de riesgo citogénico-molecular fueron definidos según el instructivo de reporte de la CAC.

⁵ Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población pediátrica que fueron clasificados.

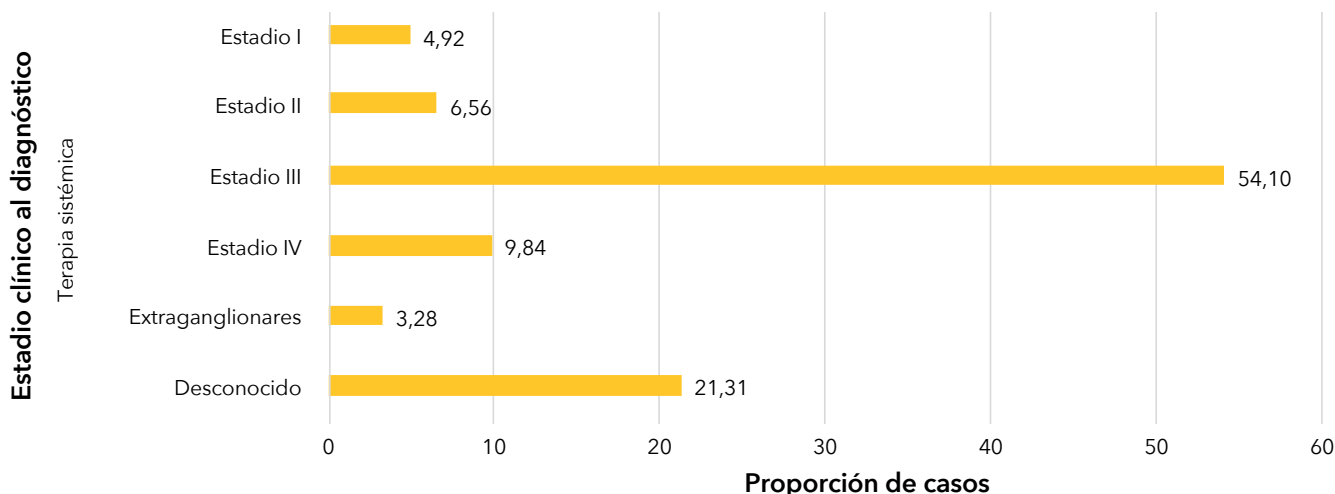
5.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LNH

El 82,43% (n= 61) de los CNR recibieron terapia sistémica durante el periodo, dos casos fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos, uno estaba en estadio III y el otro era extraganglionares. Solo un caso nuevo de estadio desconocido reportó recibir radioterapia. Adicionalmente, un paciente diagnosticado en el periodo con riesgo bajo recibió trasplante de células hematopoyéticas.

La terapia sistémica fue administrada en una mayor proporción en el estadio III (54,10%), seguido por los casos con estadificación desconocida (21,31%). Es importante considerar que un mismo caso pudo presentar uno o varios tipos de tratamiento.

De acuerdo con lo reportado en el 16,22% (n= 12) de los casos nuevos no recibió ningún tratamiento, un aumento porcentual del 12,09% de los CN que tampoco reportaron alguna terapia administrada durante el 2022, e incluso es mayor a la proporción de LH del periodo de análisis. Vale la pena recordar que este grupo incluye los menores que fueron diagnosticados cerca a la fecha de corte (n= 1), aquellos que fallecieron antes de iniciar el tratamiento (n= 2) o estaban en seguimiento antes de iniciar el tratamiento (n= 9). La **figura 5.2** muestra la distribución del tratamiento en los casos nuevos de LNH de acuerdo con el estadio clínico al diagnóstico.

Figura 5.2. Frecuencia del uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



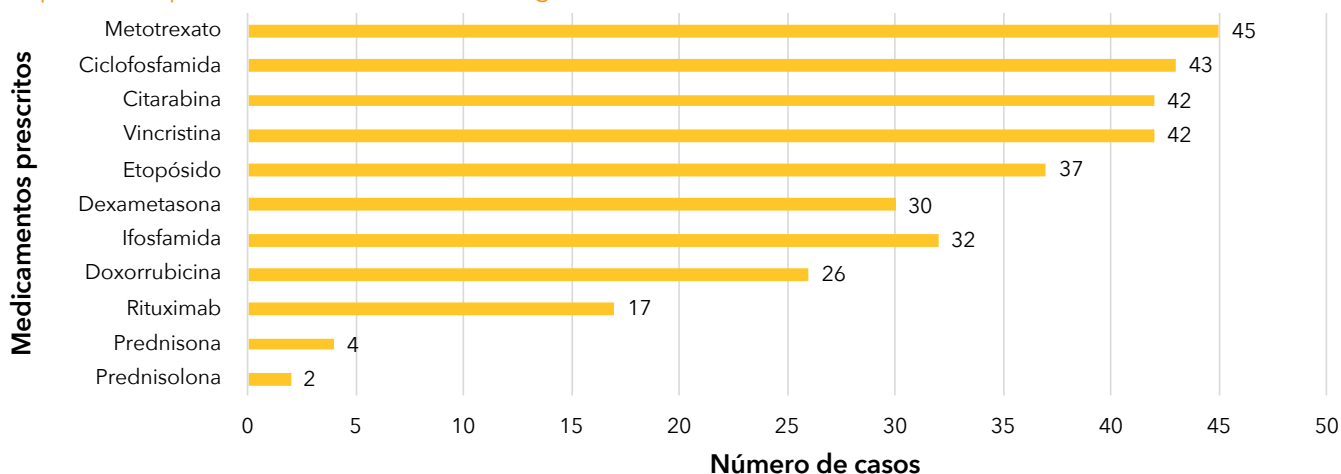
La estadificación se basa en los sistemas de Murphy, Ann Arbor o Lugano.

El grupo de terapia sistémica incluye la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

[Descargar figura](#)

En la **figura 5.3** se describen los medicamentos prescritos con la mayor frecuencia en los casos nuevos de LNH, excluyendo los diagnósticos de linfoma linfoblástico, los cuales presentan un manejo de tratamiento diferente. Los citotóxicos con la mayor prescripción en estos casos nuevos fueron el metotrexato, la ciclofosfamida, la citarabina, la vincristina y el etopósido; el uso del anticuerpo monoclonal rituximab, también se presenta en estos casos. Los datos presentados corresponden a las frecuencias de prescripción, sin tener en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 5.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



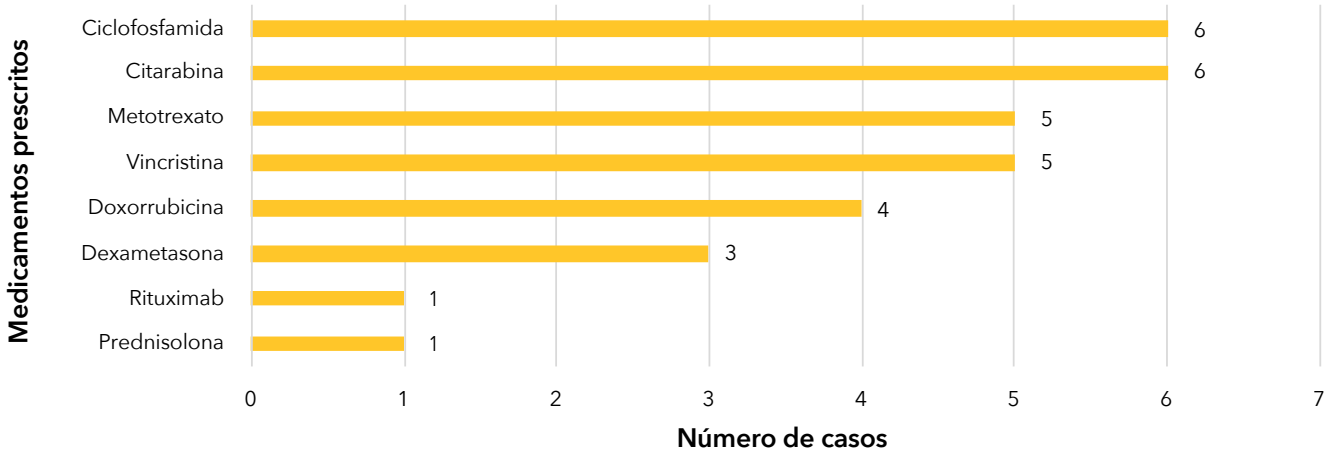
No se incluyen los medicamentos administrados en los casos nuevos de LL.

[Descargar figura](#)

Entre los casos analizados en este capítulo, 100 fueron diagnosticados con el CIE-10 C835, es decir como linfoma linfoblástico (LL), de los cuales 6 fueron nuevos para el periodo de reporte. En estos casos nuevos, a diferencia de la figura anterior, no se reportó la administración de etopósido, ifosfamida y solo se informó la administración de rituximab en un solo caso (**figura 5.4**).



Figura 5.4. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LL en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

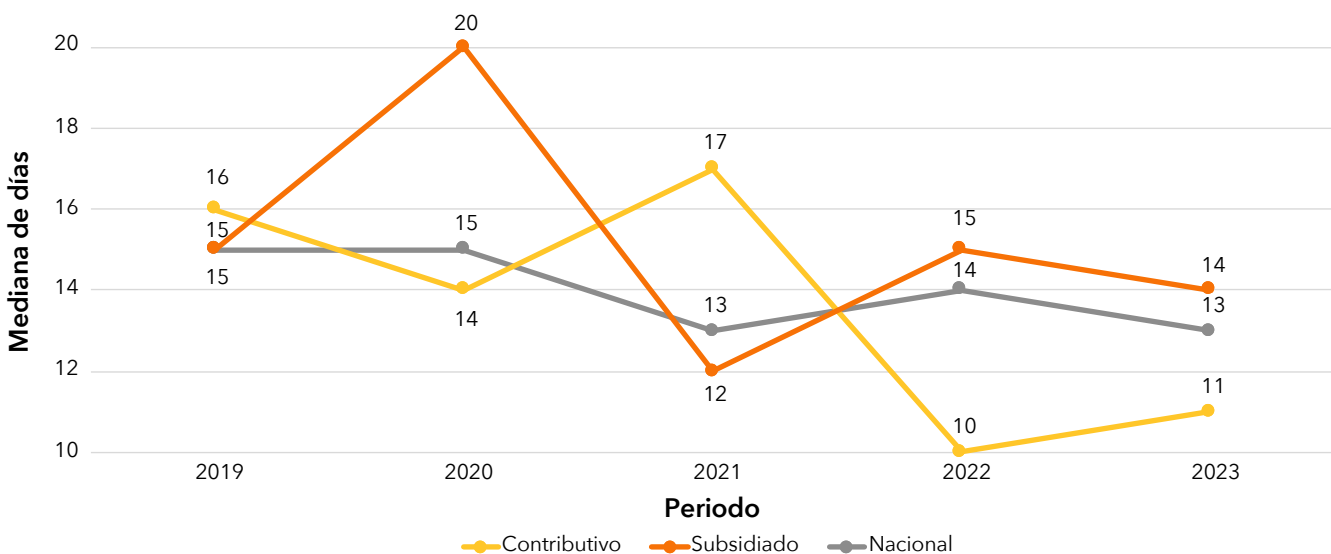


[Descargar figura](#)

5.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LNH

En la sección de aspectos metodológicos se describe la operacionalización de la oportunidad de la atención (diagnóstico y tratamiento). En las **figuras 5.5** se observa la tendencia de la oportunidad del diagnóstico según el régimen de afiliación en los últimos periodos, en el 2023, el país y en el régimen subsidiado disminuyeron el tiempo de espera hasta el diagnóstico; mientras que, el régimen contributivo tuvo un ligero aumento (mediana: 11 días; RIC: 6 - 11). Estos tiempos de acceso a la confirmación diagnóstica son mejores que los presentados durante el 2019. Para el régimen especial no se tiene información completa para el seguimiento de los tiempos de espera, por su parte en los dos casos del de excepción la mediana fue de 16 días (RIC: 13 - 16).

Figura 5.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023

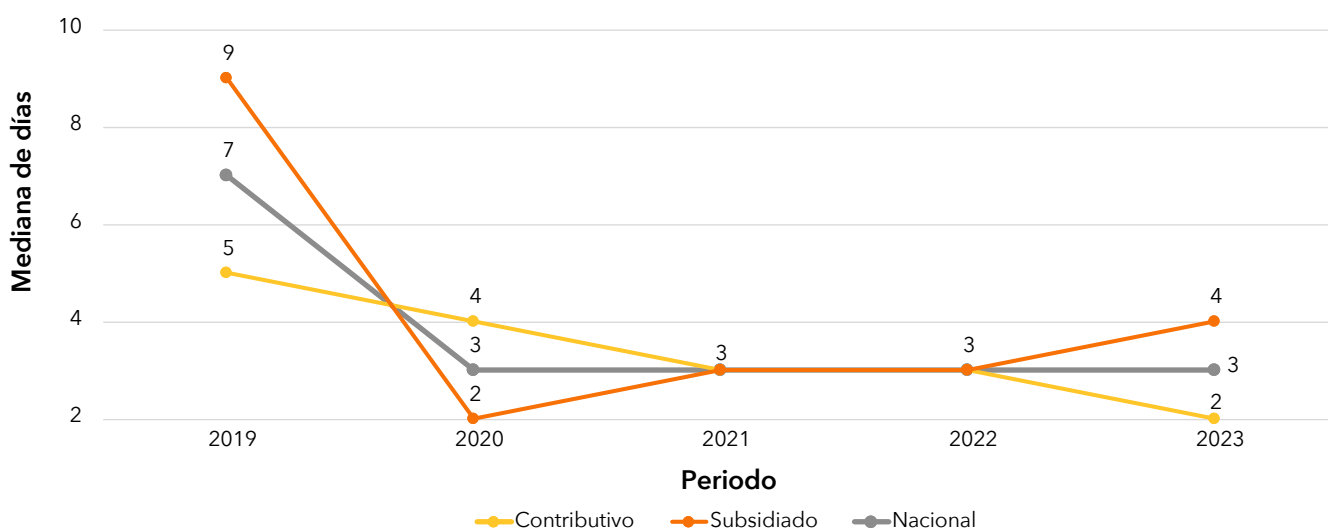


Incluye todos los casos nuevos de LNH en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo. La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el periodo 2023 fue: nacional 20,55 días (\pm 25,59), régimen contributivo 20,00 días (\pm 30,56), régimen subsidiado 21,54 días (\pm 20,70).

[Descargar figura](#)

La oportunidad del tratamiento (**figura 5.6**) en el país se mantiene por cuarto periodo consecutivo con una mediana de 3 días. No obstante, el comportamiento entre los regímenes es diverso, en el caso del contributivo es 2 días (RIC: 0 - 4) y en el de excepción y el subsidiado 4 días (RIC: 1 - 4).

Figura 5.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LNH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023



Incluye todos los casos nuevos de LNH en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el periodo 2023 fue: nacional 12,64 días ($\pm 28,58$), régimen contributivo 12,86 días ($\pm 36,87$), régimen subsidiado 13,24 días ($\pm 19,91$).

[Descargar figura](#)

5.3. Caracterización de los casos prevalentes de LNH en la población pediátrica

La caracterización de los casos de LNH de acuerdo con el régimen del aseguramiento se describe en la **tabla 5.10**. La mayoría de los casos prevalentes se presentaron en los hombres y más de la mitad estaban afiliados al régimen contributivo (54,13%). Adicionalmente, la mediana de la edad fue de 13 años (RIC: 9 - 15) y el 51,79% residían en las regiones Central y Caribe. En el régimen especial y en la población no afiliada se informaron un total de dos casos de sexo masculino.

Al comparar por el tipo de aseguramiento, la distribución de los casos por la edad y el sexo fue similar. Con respecto al comportamiento en las regiones, en el régimen subsidiado la mayoría eran residentes de la Caribe y la Central, mientras que en el contributivo la mayoría se concentró en la Central y en Bogotá, D. C.

Tabla 5.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ^{2,3} n= 641 (100,00%)
	Contributivo n= 347 (54,13%)	Subsidiado n= 272 (42,43%)	Excepción n= 20 (3,12%)	
Sexo				
Femenino	124 (35,73)	83 (30,51)	7 (35,00)	214 (33,39)
Masculino	223 (64,27)	189 (69,49)	13 (65,00)	427 (66,61)
Edad	13 (9 - 15)	12 (8 - 15)	12 (8 - 14)	13 (9 - 15)



Tabla 5.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LNH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023 (continuación)

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ^{2,3} n= 641 (100,00%)
	Contributivo n= 347 (54,13%)	Subsidiado n= 272 (42,43%)	Excepción n= 20 (3,12%)	
Etnia				
Ninguna	345 (99,42)	249 (91,54)	19 (95,00)	615 (95,94)
Indígena	2 (0,58)	16 (5,88)	0 (0,00)	18 (2,81)
Negra	0 (0,00)	7 (2,57)	1 (5,00)	8 (1,25)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	4 (1,15)	9 (3,31)	0 (0,00)	14 (2,18)
Bogotá, D. C.	102 (29,39)	11 (4,04)	5 (25,00)	118 (18,41)
Caribe	37 (10,66)	105 (38,60)	5 (25,00)	147 (22,93)
Central	106 (30,55)	73 (26,84)	6 (30,00)	185 (28,86)
Oriental	45 (12,97)	33 (12,13)	3 (15,00)	82 (12,79)
Pacífica	53 (15,27)	41 (15,07)	1 (5,00)	95 (14,82)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta un caso del régimen especial y un caso reportado como población no afiliada.

³ No se incluyen los datos de 67 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

Linfoma Hodgkin (LH) en la población pediátrica



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



Resumen infográfico

Capítulo 6

Linfoma Hodgkin (LH) en la población pediátrica

Periodo: del 2 de enero de 2022 al 1° de enero de 2023.

Morbimortalidad del LH



Ocupó el **tercer lugar** en **términos de la frecuencia** de CNR.



Se notificaron 81 casos nuevos, 535 prevalentes y 4 fallecidos en el periodo.



Comparativamente con el 2022, la PCNR y la prevalencia presentaron un incremento del 36,9% y 23,6%, respectivamente.

Caracterización de los casos nuevos de LH

La mediana de la edad fue de

12 años (RIC: 9 - 15).



El 64,2% de los casos nuevos se notificaron en la población masculina.



En el ámbito nacional se reportó la estadificación en el 86,4%, siendo el estadio II (32,1%), el más frecuente al momento del diagnóstico.

Caracterización de los casos nuevos de LH



La clasificación del riesgo se documentó en el 85,2% de los casos en el país.



El 45,7% de los CNR se clasificaron en el grupo de alto riesgo.



La terapia sistémica fue el tratamiento más frecuente, administrado al 87,6% de los casos.



En el país, la mediana del tiempo de espera desde la sospecha hasta el diagnóstico aumentó en 3 días, con respecto al 2022.

Para el periodo 2023, se presentó una **disminución** significativa en el tiempo de **acceso al tratamiento.**

[Descargar infografía](#)

6. Linfoma Hodgkin (LH) en la población pediátrica

CIE 10: C81; CIE-O-3: C42-C77

6.1. Morbimortalidad del LH

Según la frecuencia de los CNR en la población pediátrica, el LH ocupó el tercer lugar, con el 7,43% del total. Para el periodo de análisis fueron notificados 535 casos de LH en los menores de 18 años, de los cuales el 15,14% fueron CNR. El 0,97% de las muertes informadas (n= 4) se presentaron en este tipo de linfoma (**tabla 6.1**).

Tabla 6.1. Medidas de frecuencia del LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	81	5,75	5,77	4,58 - 7,17
Prevalencia	535	37,98	38,13	34,97 - 41,51
Mortalidad ⁵	4	0,28	0,29	0,08 - 0,73

¹ Incluye todos los casos de LH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Informadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

³ Corresponde a las proyecciones DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

6.1.1. PCNR del LH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La PCNR estandarizada más alta se identificó en la región Pacífica con 7,18 casos nuevos (IC 95%: 4,18 - 11,50) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, mientras que la más baja se registró en Bogotá, D. C., con 4,69 casos nuevos (IC 95%: 2,03 - 9,23) (**tabla 6.2**). En las entidades territoriales, Caldas presentó la cifra más elevada con 16,65 (IC 95%: 4,54 - 42,78); mientras que, Cesar, La Guajira y Tolima tuvieron las más bajas con 2,19, 2,40 y 2,60, respectivamente. En 10 departamentos no se informaron casos nuevos durante el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 6.2. PCNR del LH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	3	529.564	5,67	5,68	1,17 - 16,61
Bogotá, D. C.	8	1.729.960	4,62	4,69	2,03 - 9,23
Caribe	19	3.718.297	5,11	5,14	3,09 - 8,02
Central	20	3.126.796	6,40	6,31	3,85 - 9,75
Oriental	14	2.620.669	5,34	5,34	2,92 - 8,95
Pacífica	17	2.361.012	7,20	7,18	4,18 - 11,50
Nacional	81	14.086.298	5,75	5,77	4,58 - 7,17

¹ Incluye todos los casos nuevos de LH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.



6.1.2. PCNR del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada fue mayor en el contributivo con respecto al resto de los regímenes (**tabla 6.3**). Al comparar las entidades, los resultados más altos se presentaron en la EAS027, la EPS018 y la EPS001 con 764,91, 28,37 y 20,84 casos nuevos por cada 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, en ese orden. Por su parte, la PCNR más bajas se observaron en la CCF055 con 2,23, la EPS017 con 2,78 y la ESS062 con 3,43 casos. En 11 entidades de los regímenes contributivo y subsidiado no se informaron casos nuevos de LH durante el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 6.3. PCNR del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	50	5.999.079	8,33	8,26	6,13 - 10,90
Subsidiado	29	5.748.766	5,04	5,17	3,46 - 7,42
Excepción	2	487.220	4,10	3,66	0,44 - 14,04
Especial	0	4.487	0,00	NA	NA
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de LH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **NA:** no aplica; **SD:** sin dato.

6.1.3. Prevalencia del LH en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

Bogotá, D. C., presentó la mayor prevalencia estandarizada con 59,90 casos (IC 95%: 48,84 - 72,71) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años; mientras que, en la Amazonía-Orinoquía se estimó la más baja con 21,05 casos (IC 95%: 10,51 - 37,64) (**tabla 6.4**).

Las entidades territoriales con las prevalencias más altas fueron Caldas y Quindío, con 70,90 y 65,45, respectivamente. Por otro lado, en Arauca, La Guajira y Chocó se observaron las más bajas (9,82, 12,91 y 13,60, en ese orden). Los departamentos del Amazonas, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Vaupés y Vichada no reportaron casos en el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 6.4. Prevalencia del LH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	11	529.564	20,77	21,05	10,51 - 37,64
Bogotá, D. C.	102	1.729.960	58,96	59,90	48,84 - 72,71
Caribe	114	3.718.297	30,66	30,92	25,51 - 37,15
Central	148	3.126.796	47,33	46,75	39,52 - 54,92
Oriental	87	2.620.669	33,20	33,02	26,45 - 40,73
Pacífica	73	2.361.012	30,92	30,72	24,08 - 38,63
Nacional	535	14.086.298	37,98	38,13	34,97 - 41,51

¹ Incluye todos los casos de LH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Linfoma Hodgkin (LH) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

6.1.4. Prevalencia del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue superior en el régimen contributivo en comparación con el subsidiado y el de excepción (**tabla 6.5**). La EAS027 con 764,91, la EPS046 con 78,21 y la EPSS34 con 68,02 fueron las entidades con las estimaciones más altas. Por otro lado, la EPSI04, la CCF102 y la EPS025 con 11,86, 14,35 y 18,45 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, respectivamente, tuvieron los valores más bajos. Las siguientes entidades no informaron casos prevalentes en el periodo: CCF033, EAS016, EPS047, EPS048 y ESPI06.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 6.5. Prevalencia del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	273	5.999.079	45,51	45,14	39,94 - 50,82
Subsidiado	204	5.748.766	35,49	36,18	31,38 - 41,49
Excepción	18	487.220	36,94	33,47	19,83 - 53,33
Especial	0	4.487	0,00	NA	NA
No afiliado	1	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	39	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de LH en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En las entidades liquidadas y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; NA: no aplica; SD: sin dato.

6.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con LH según la región y la entidad territorial

En el periodo, las regiones de la Amazonía-Orinoquía y la Pacífica no informaron fallecimientos de pacientes menores de 18 años con LH. La mayor mortalidad general estandarizada se presentó en Bogotá, D. C., con 0,59 fallecimientos (IC 95%: 0,02 - 3,27) por cada 1.000.000 de habitantes menores de 18 años (**tabla 6.6**).

Entre los 4 departamentos que reportaron defunciones, la mortalidad estandarizada más alta se registró en Caldas (4,22). No se informaron muertes en los menores con este tipo de cáncer en 29 departamentos.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 6.6. Mortalidad general del LH en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	0	529.564	0,00	NA	NA
Bogotá, D. C.	1	1.729.960	0,58	0,59	0,02 - 3,27
Caribe	1	3.718.297	0,27	0,27	0,01 - 1,50
Central	1	3.126.796	0,32	0,32	0,01 - 1,77
Oriental	1	2.620.669	0,38	0,38	0,01 - 2,12
Pacífica	0	2.361.012	0,00	NA	NA
Nacional	4	14.086.298	0,28	0,29	0,08 - 0,73

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LH reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza; NA: no aplica.



6.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con LH según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada fue mayor en el régimen subsidiado comparado con el contributivo (**tabla 6.7**). Los fallecidos, menores de 18 años, con diagnóstico de LH estaban afiliados a las entidades EPS017, EPSS41, ESS062 y ESS207, de las cuales la ESS062 presentó la estimación más alta, con 1,65 muertes por 1.000.000 de menores afiliados, mientras la más baja se registró en la EPSS41 con 1,10.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 6.7. Mortalidad general del LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1	5.999.079	0,17	0,16	0,00 - 0,92
Subsidiado	3	5.748.766	0,52	0,54	0,11 - 1,56
Excepción	0	487.220	0,00	NA	NA
Especial	0	4.487	0,00	NA	NA
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con LH reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

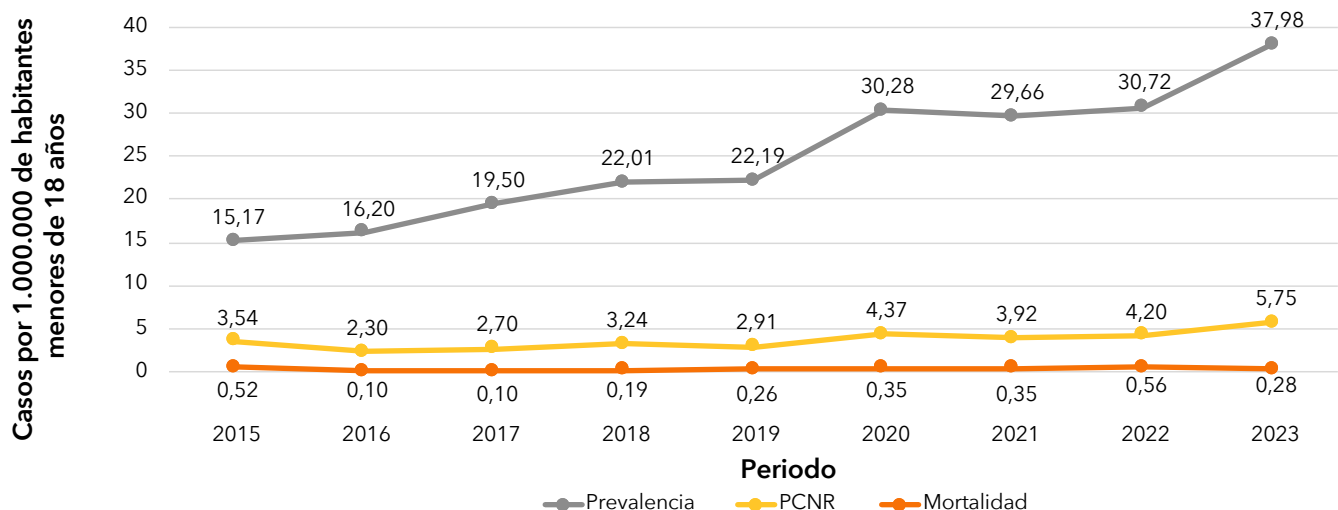
En las entidades liquidadas y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.

IC: intervalo de confianza; NA: no aplica; SD: sin dato.

6.1.7. Evolución del registro del LH en la población pediátrica en el aseguramiento en Colombia

Para el 2023, la prevalencia y la PCNR de los casos de LH en la población pediatría aumentaron significativamente comparadas con el periodo anterior, en un 23,63% y el 36,90%, respectivamente (**figura 6.1**). Por el contrario, la mortalidad registró una reducción a la mitad con respecto a la del 2022. Según la evolución del registro para este tipo de neoplasia en los menores de 18 años, las estimaciones de la prevalencia y la proporción de los casos nuevos, en este último periodo, fueron las más altas.

Figura 6.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del LH en la población pediátrica el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2023



Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

Mortalidad: corresponde al número de fallecidos, por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

6.2. Caracterización de los casos nuevos de LH en la población pediátrica

6.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LH

La **tabla 6.8** presenta una caracterización general de los casos nuevos de este tipo de cáncer según el régimen del aseguramiento. Más del 50% de los casos nuevos estaban afiliados al régimen contributivo, el 64,20% fueron hombres, la mediana de la edad fue de 12 años (RIC: 9 - 15) y las regiones de residencia con la mayor concentración de CNR fueron la Central con el 24,69% y la Caribe con el 23,46%.

El comportamiento entre los regímenes contributivo y subsidiado fue similar con respecto al sexo y la edad. Sin embargo, la proporción más alta de los casos nuevos residía en la región Central en los afiliados al contributivo, mientras que en el subsidiado, la Caribe presentó el mayor porcentaje.

Tabla 6.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total n= 81 (100,00%)
	Contributivo n= 50 (61,73%)	Subsidiado n= 29 (35,80%)	Excepción n= 2 (2,47%)	
Sexo				
Femenino	18 (36,00)	9 (31,03)	2 (100,00)	29 (35,80)
Masculino	32 (64,00)	20 (68,97)	0 (0,00)	52 (64,20)
Edad	13 (10 - 15)	11 (8 - 14)	13 (12 - 14)	12 (9 - 15)
Etnia				
Ninguna	50 (100,00)	26 (89,66)	2 (100,00)	78 (96,30)
Indígena	0 (0,00)	3 (10,34)	0 (0,00)	3 (3,70)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	1 (2,00)	2 (6,90)	0 (0,00)	3 (3,70)
Bogotá, D. C.	7 (14,00)	1 (3,45)	0 (0,00)	8 (9,88)
Caribe	7 (14,00)	12 (41,38)	0 (0,00)	19 (23,46)
Central	17 (34,00)	2 (6,90)	1 (50,00)	20 (24,69)
Oriental	9 (18,00)	4 (13,79)	1 (50,00)	14 (17,28)
Pacífica	9 (18,00)	8 (27,59)	0 (0,00)	17 (20,99)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

6.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LH

La **tabla 6.9** describe las características clínicas de los casos nuevos de este tipo de cáncer según su afiliación al sistema de salud.

El porcentaje de los menores con reporte de la estadificación en el país fue de 86,42%, una mayor proporción comparada con los CN estadificados de LNH. El estadio II, con el 32,10%, agrupó a la mayoría de los casos, seguido por los estadios III y IV.

Por otra parte, la clasificación del riesgo se reportó en el 85,19% de los CNR, con un aumento del 8,76% con respecto al 2022, incluso superior al porcentaje de los casos de LNH en los que se reportó esta información para el periodo 2023; entre los casos nuevos clasificados, la mayoría se ubicó en riesgo alto. Según el régimen, la clasificación del riesgo presentó un comportamiento similar para los afiliados al contributivo y al subsidiado, incluso para ambos regímenes la mayoría de los casos estaba en riesgo alto.



Tabla 6.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de LH según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total n= 81 (100,00%)
	Contributivo n= 50 (61,73%)	Subsidiado n= 29 (35,80%)	Excepción n= 2 (2,47%)	
Estadificación (sí)²	44 (88,00)	24 (82,76)	2 (100,00)	70 (86,42)
Estadio al diagnóstico^{2,3}				
I	6 (12,00)	2 (6,90)	0 (0,00)	8 (9,88)
II	14 (28,00)	10 (34,48)	2 (100,00)	26 (32,10)
III	12 (24,00)	7 (24,14)	0 (0,00)	19 (23,46)
IV	12 (24,00)	5 (17,24)	0 (0,00)	17 (20,99)
Desconocido	6 (12,00)	5 (17,24)	0 (0,00)	11 (13,58)
Clasificación del riesgo (sí)⁴	43 (86,00)	24 (82,76)	2 (100,00)	69 (85,19)
Categorías de riesgo^{4,5}				
Bajo	19 (38,00)	12 (41,38)	0 (0,00)	31 (38,27)
Intermedio	1 (2,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,23)
Alto	23 (46,00)	12 (41,38)	2 (100,00)	37 (45,68)
Desconocido	7 (14,00)	5 (17,24)	0 (0,00)	12 (14,81)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%)

² Definida según las clasificaciones Murphy, Ann Arbor o Lugano.

³ Incluye todos los casos nuevos de LH en la población pediátrica que fueron estadificados. Los tumores extraganglionares incluyen tumores primarios del SNC, primarios mediastinales o primarios de otros órganos.

⁴ Los grupos de riesgo citogénico-molecular fueron definidos según el instructivo de reporte de la CAC.

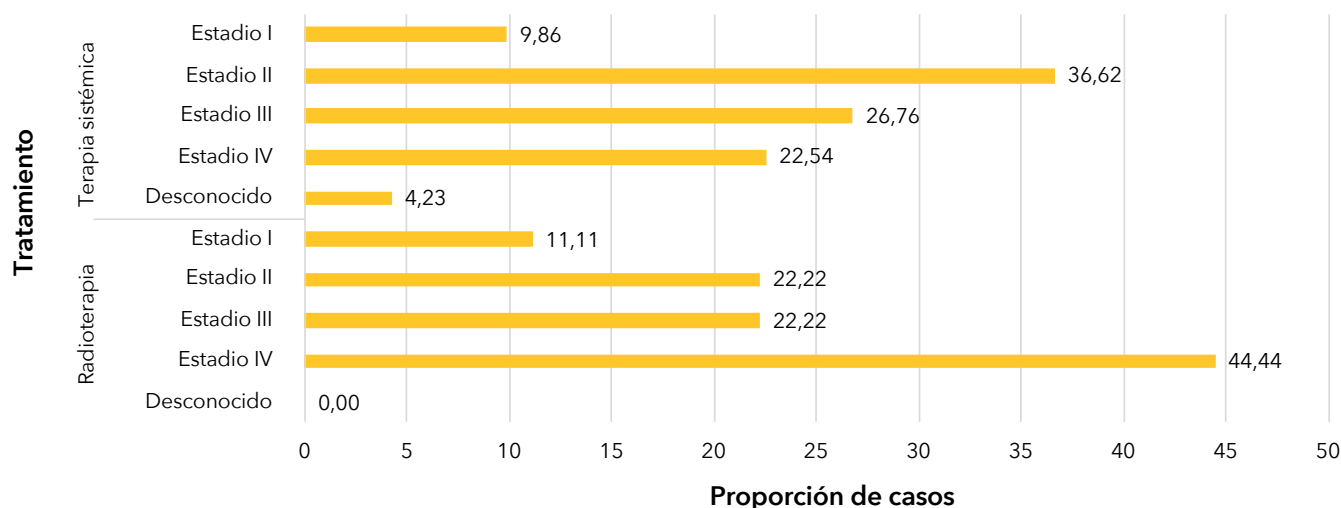
6.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LH

La **figura 6.2** muestra la distribución del tratamiento en los casos nuevos de LH de acuerdo con el estadio al diagnóstico. En el 87,65% (n= 71) se administró la terapia sistémica, siendo el tipo de tratamiento más frecuente. Según la estadificación, se resalta que el 63,38% de los que recibieron estas terapias fueron diagnosticados en estadio II o III.

Por otro lado, la radioterapia se indicó en el 11,11% (n= 9), de los cuales el 44,44% estaba en el estadio avanzado (IV) con riesgo alto. No se reportaron casos con intervenciones quirúrgicas o trasplante de células hematopoyéticas. Es importante considerar que las terapias no son excluyentes, por lo que un mismo caso recibió uno o varios tratamientos durante el periodo.

En el periodo, el 12,35% (n= 10) de los casos nuevos de LH no recibió ningún tipo de terapia, porcentaje levemente inferior a lo reportado en el 2022. Vale la pena recordar que en este grupo están incluidos los casos que fueron diagnosticados cerca de la fecha de corte (n= 3), tuvieron manejo expectante antes del tratamiento (n= 2) o se encontraban en seguimiento (n= 5).

Figura 6.2. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LH en la población pediátrica según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



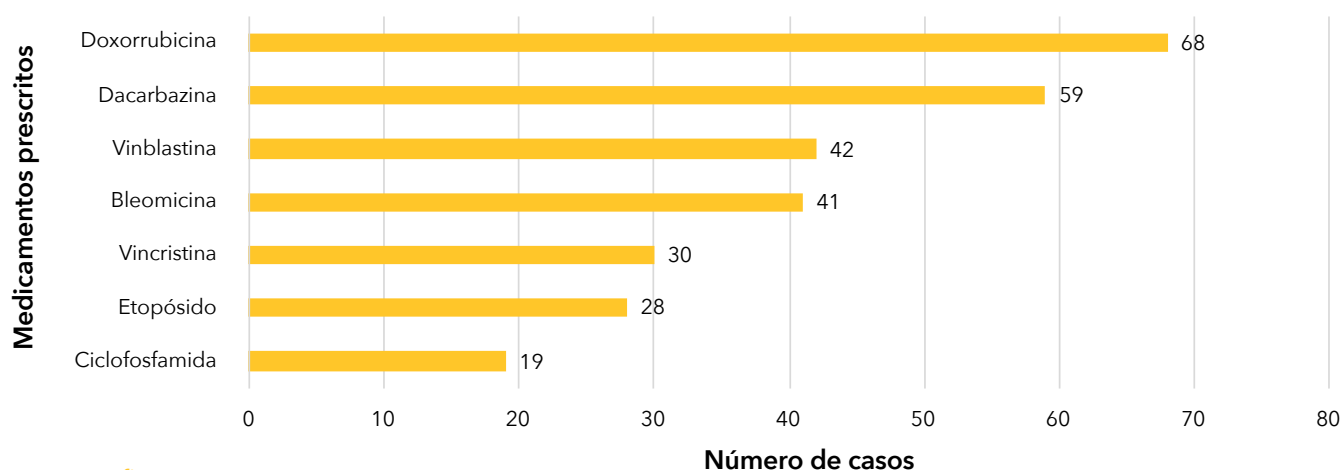
La estadificación se basa en los sistemas de Murphy, Ann Arbor o Lugano.

El grupo de terapia sistémica incluye la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

[Descargar figura](#)

En la **figura 6.3** se describen los medicamentos utilizados con mayor frecuencia en los casos nuevos de LH, sin tener en cuenta si estos se administraron de manera concomitante con otros fármacos. Los citotóxicos más administrados fueron la doxorrubicina, la dacarbazina y la vinblastina, los cuales presentan el mismo orden que el periodo anterior.

Figura 6.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



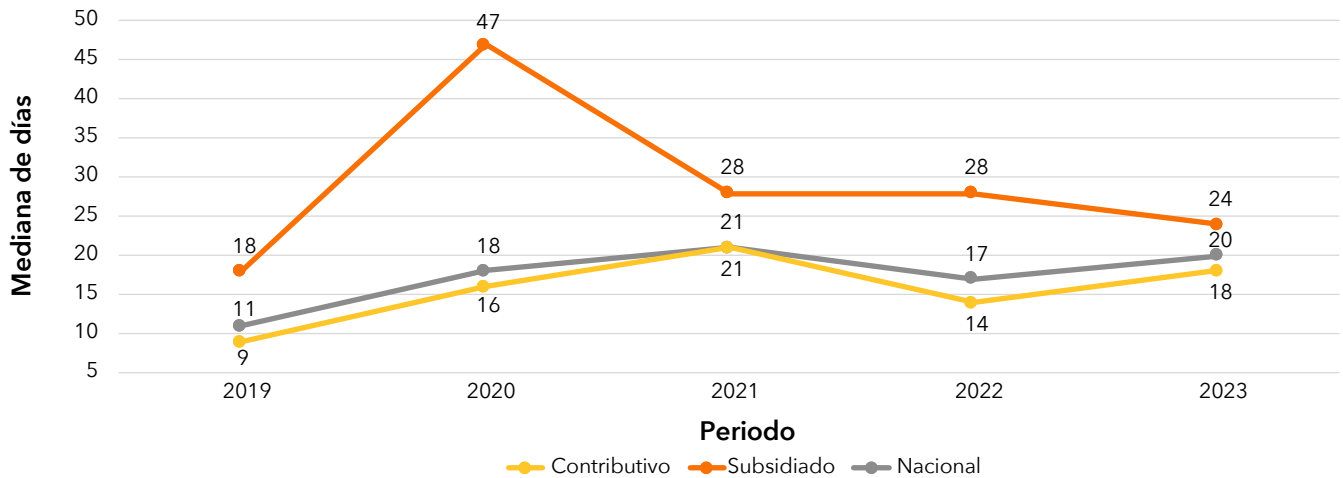
[Descargar figura](#)

6.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LH

En la sección de aspectos metodológicos se presenta la operacionalización de la oportunidad de la atención (diagnóstico y tratamiento). En las **figuras 6.4 y 6.5** se observan la tendencia de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento según el régimen de afiliación en los últimos 5 periodos. Para el 2023, en el país aumentó en 3 días la mediana del tiempo de espera desde la sospecha hasta el diagnóstico con respecto al 2022. Aunque se aumentó el tiempo de la confirmación diagnóstica en el régimen contributivo, sigue siendo la mejor oportunidad, comparada con la del subsidiado. Los casos afiliados al régimen de excepción registraron una mediana de 13 días (RIC: 7 - 13).



Figura 6.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023

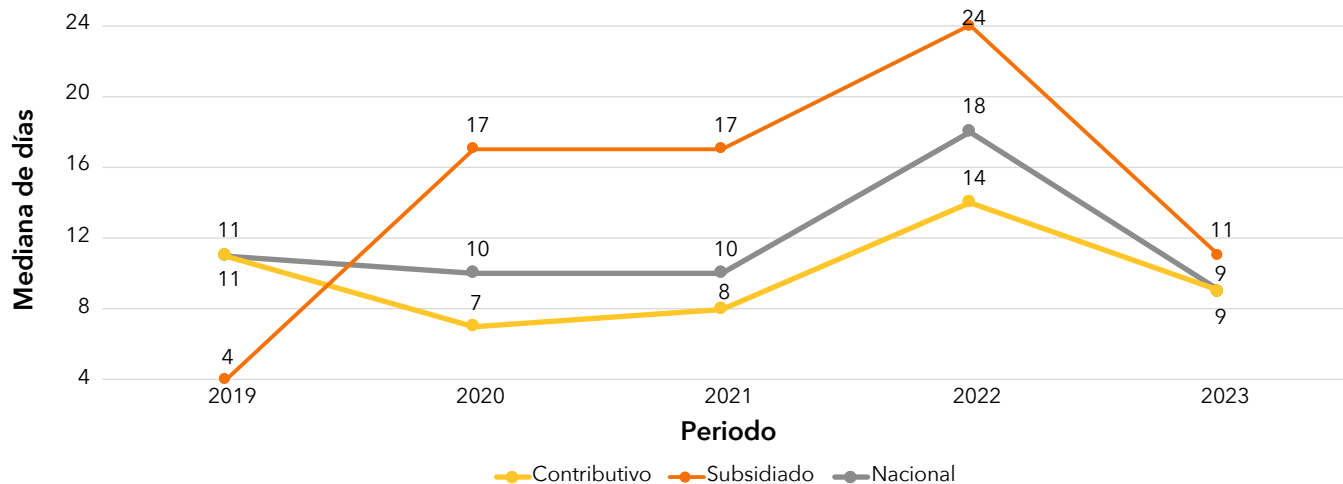


Incluye todos los casos nuevos de LH en los menores de 18 años que fueron notificados a la CAC durante el periodo. La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el periodo 2023 fue: nacional de 40,18 días (\pm 68,03), régimen contributivo 35,79 días (\pm 59,21), régimen subsidiado 51,04 días (\pm 85,11).

[Descargar figura](#)

Después de dos periodos consecutivos los tiempos de acceso al tratamiento (**figura 6.5**) registraron una disminución significativa. Mientras el régimen contributivo, comparte una mediana de espera de 9 días, similar al resultado nacional, los casos del régimen subsidiado presentaron un lapso mayor con 11 días de espera (RIC: 4 - 11). En los dos casos del régimen de excepción la oportunidad del tratamiento fue de 30 días (RIC: 10 - 30).

Figura 6.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LH en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023



Incluye todos los casos nuevos de LH en los menores de 18 años que fueron notificados a la CAC durante el periodo. La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el periodo 2023 fue: nacional 15,60 días (\pm 17,11), régimen contributivo 14,89 días (\pm 17,96), régimen subsidiado 15,79 días (\pm 14,95).

[Descargar figura](#)

De igual forma, es importante resaltar que, durante este periodo, se disminuyó la brecha en la oportunidad para la confirmación del diagnóstico y el inicio del tratamiento entre los regímenes.

6.3. Caracterización de los casos prevalentes de LH en la población pediátrica

La caracterización general de los casos prevalentes de LH, de acuerdo con el régimen del aseguramiento, se describe en la **tabla 6.11**.

La mayoría de los casos analizados pertenecían a los regímenes contributivo (55,04%) y subsidiado (41,13%), con una mayor proporción en los hombres, y con una mediana de la edad de 14 años, mientras que las regiones con la mayor concentración de casos fueron la Central y la Caribe. En la población no afiliada al sistema de salud, se informó un caso de sexo masculino de 17 años, residente en Bogotá, D. C.

Al comparar por el tipo de aseguramiento, el sexo y la edad presentaron una tendencia similar al comportamiento nacional. Sin embargo, la distribución de los casos en las diferentes regiones es diversa entre los regímenes. Mientras en el contributivo se registra una mayor proporción en la región Central, en el subsidiado la región con la mayor concentración de casos fue la Caribe.

Tabla 6.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LH en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ^{2,3} n= 496 (100,00%)
	Contributivo n= 273 (55,04%)	Subsidiado n= 204 (41,13%)	Excepción n= 18 (3,63%)	
Sexo				
Femenino	65 (23,81)	55 (26,96)	7 (38,89)	127 (25,60)
Masculino	208 (76,19)	149 (73,04)	11 (61,11)	369 (74,40)
Edad	14 (12 - 15)	13 (9 - 16)	14 (12 - 16)	14 (11 - 16)
Etnia				
Ninguna	271 (99,27)	187 (91,67)	18 (100,00)	477 (96,17)
Indígena	0 (0,00)	15 (7,35)	0 (0,00)	15 (3,02)
Negra	2 (0,73)	2 (0,98)	0 (0,00)	4 (0,81)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	3 (1,10)	6 (2,94)	1 (5,56)	10 (2,02)
Bogotá, D. C.	77 (28,21)	18 (8,82)	0 (0,00)	96 (19,35)
Caribe	32 (11,72)	73 (35,78)	4 (22,22)	109 (21,98)
Central	89 (32,60)	45 (22,06)	5 (27,78)	139 (28,02)
Oriental	43 (15,75)	29 (14,22)	8 (44,44)	80 (16,13)
Pacífica	29 (10,62)	33 (16,18)	0 (0,00)	62 (12,50)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no afiliada.

³ No se incluyen los datos de 39 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

Tumores del **sistema urinario** (SU)

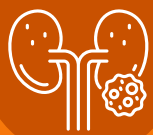
Resumen infográfico

Capítulo 7

Tumores del sistema urinario (SU)

Periodo: del 2 de enero de 2022 al 1° de enero de 2023.

Morbimortalidad de los tumores del SU



Ocupó el

cuarto lugar

representando el **6,1% (n= 543)** del total de los casos reportados en la población pediátrica.



Se notificaron 37 casos nuevos, 543 prevalentes y 11 fallecidos en el periodo.



Para este periodo, la PCNR y la mortalidad general disminuyeron 6,0% y 20,4%, respectivamente.

Caracterización de los casos nuevos de los tumores del SU

La mediana de la edad fue de

4 años (RIC: 3 - 5).



El 59,5% de los casos nuevos se notificaron en la población femenina.



En el ámbito nacional, en el 78,4% de los casos se reportó la estadificación.

Caracterización de los casos nuevos de los tumores del SU



El 29,7% de los casos fueron diagnosticados en estadio I y el 24,3% en el estadio III.



Las terapias sistémicas se administraron en el 81,1% de los casos y se realizaron procedimientos quirúrgicos en el 78,4%.



En el país y en el régimen subsidiado disminuyó la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico, con respecto al periodo 2022.

El régimen

contributivo

tuvo los tiempos de espera más cortos para el inicio del

tratamiento

(mediana: 1 día).

[Descargar infografía](#)



7. Tumores del sistema urinario (SU) en la población pediátrica

CIE10: C64-C68, D091; CIE-O-3: C64

7.1. Morbimortalidad de los tumores del SU

Los tumores del SU fueron el cuarto tipo de cáncer más frecuente del total reportado en la población pediátrica y ocuparon el noveno lugar de frecuencia entre los CNR, representando el 3,39% de los casos nuevos (CN). En el periodo, se registraron 543 casos, de los cuales el 6,81% fueron diagnosticados en el periodo. Entre las muertes informadas, el 2,66% (n= 11) se presentaron en los menores con este tipo de neoplasias (**tabla 7.1**).

Tabla 7.1. Medidas de frecuencia de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	37	2,63	2,61	1,84 - 3,60
Prevalencia	543	38,55	38,61	35,43 - 41,99
Mortalidad ⁵	11	0,78	0,78	0,39 - 1,40

¹ Incluye todos los tumores del SU en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Informadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

³ Corresponde a las proyecciones DANE para el año 2022 en menores de 18 años, actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas ajustadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza.

7.1.1. PCNR de los tumores del SU en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La PCNR estandarizada más alta se estimó en la región Central con 3,55 (IC 95%: 1,77 - 6,35), mientras que la más baja se observó en la Pacífica con 2,13 casos nuevos (IC 95%: 0,69 - 4,96) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años (**tabla 7.2**).

Entre tanto, la entidad territorial con la estimación más alta fue Quindío con 16,71 y Meta con 9,36, mientras que las más bajas se registraron en Cundinamarca, Santander y La Guajira con 1,14, 1,72 y 2,40 casos nuevos por 1.000.000 de habitantes, respectivamente. En 19 departamentos no se informaron casos nuevos con este tipo de cáncer en el periodo.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 7.2. PCNR de los tumores del SU en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	0	529.564	0,00	NA	NA
Bogotá, D. C.	5	1.729.960	2,89	2,87	0,93 - 6,71
Caribe	9	3.718.297	2,42	2,40	1,10 - 4,57
Central	11	3.126.796	3,52	3,55	1,77 - 6,35
Oriental	7	2.620.669	2,67	2,69	1,08 - 5,53
Pacífica	5	2.361.012	2,12	2,13	0,69 - 4,96
Nacional	37	14.086.298	2,63	2,61	1,84 - 3,60

¹ Incluye todos los tumores del SU en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **NA:** no aplica.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Tumores del sistema urinario (SU) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

7.1.2. PCNR de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

El régimen contributivo tuvo una PCNR estandarizada mayor en los casos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años (**tabla 7.3**). Las entidades con las cifras más elevadas fueron la EPS048, la EPS042 y la EPS012, con 44,40, 41,12 y 20,02, respectivamente. Por el contrario, las más bajas se reportaron en la EPS002 (1,71) y la EPS037 (1,81). En 19 entidades de los regímenes contributivo y subsidiado no se notificaron casos diagnosticados durante el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 7.3. PCNR de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	26	5.999.079	4,33	4,43	2,89 - 6,49
Subsidiado	10	5.748.766	1,74	1,71	0,82 - 3,15
Excepción	1	487.220	2,05	2,81	0,07 - 13,92
Especial	0	4.487	0,00	NA	NA
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer del SU en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La PCNR es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de CNR.

CNR: casos nuevos reportados; **PCNR:** proporción de casos nuevos reportados; **IC:** intervalo de confianza; **NA:** no aplica; **SD:** sin dato.

7.1.3. Prevalencia de los tumores del SU en la población pediátrica según la región y la entidad territorial

La prevalencia estandarizada más alta se presentó en Bogotá, D. C., con 50,71 casos (IC 95%: 40,62 - 62,55) y la menor en la región de la Amazonía-Orinoquía con 24,63 casos (IC 95%: 13,11 - 42,12) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años (**tabla 7.4**). Los departamentos con los valores más altos fueron San Andrés, Providencia y Santa Catalina (63,50) y Atlántico (53,47), mientras que Cesar, Casanare y La Guajira presentaron las menores cifras con 8,82, 14,22 y 15,24 casos por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años, en ese orden. No se informaron casos de este tipo de cáncer en Guainía, Vaupés y Vichada.



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 7.4. Prevalencia de los tumores del SU en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	13	529.564	24,55	24,63	13,11 - 42,12
Bogotá, D. C.	87	1.729.960	50,29	50,71	40,62 - 62,55
Caribe	109	3.718.297	29,31	29,26	24,02 - 35,29
Central	145	3.126.796	46,37	46,23	39,01 - 54,40
Oriental	85	2.620.669	32,43	32,41	25,89 - 40,07
Pacífica	104	2.361.012	44,05	43,95	35,91 - 53,26
Nacional	543	14.086.298	38,55	38,61	35,43 - 41,99

¹ Incluye todos los casos de cáncer del SU en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



7.1.4. Prevalencia de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada en el contributivo fue mayor en comparación con los otros regímenes (**tabla 7.5**). Las EAPB con la mayor prevalencia fueron la EPS001, la EPS046 y la EPS048, con 184,49, 164,76 y 95,07 casos por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, respectivamente; mientras que, en la CCF102 se estimó la más baja (14,35). Entre las EAPB de los regímenes contributivo y subsidiado, 8 no reportaron casos prevalentes en el periodo.



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 7.5. Prevalencia de los tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	289	5.999.079	48,17	47,82	42,47 - 53,67
Subsidiado	188	5.748.766	32,70	33,19	28,61 - 38,28
Excepción	14	487.220	28,73	29,18	15,77 - 49,35
Especial	0	4.487	0,00	NA	NA
No afiliado	1	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	51	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye todos los casos de cáncer del SU en la población pediátrica reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La prevalencia es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

En las entidades liquidadas y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de casos notificados.

IC: intervalo de confianza; NA: no aplica; SD: sin dato.

7.1.5. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SU según la región y la entidad territorial

La Amazonía-Orinoquía presentó la mortalidad general más elevada con 1,88 fallecimientos (IC 95%: 0,05 - 10,51) por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años y la más baja se observó en la región Caribe con 0,28 muertes (IC 95%: 0,01 - 1,52) (**tabla 7.6**). Por otro lado, solo 10 departamentos notificaron defunciones en el periodo. La entidad territorial con la cifra más alta fue Arauca con una tasa de 9,81; en cambio, en Antioquia se reportó la más baja (0,60).



Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a ingresar a **HIGIA**

Tabla 7.6. Mortalidad general de los tumores del SU en la población pediátrica según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

Región	Casos ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	1	529.564	1,89	1,88	0,05 - 10,51
Bogotá, D. C.	2	1.729.960	1,16	1,18	0,14 - 4,23
Caribe	1	3.718.297	0,27	0,28	0,01 - 1,52
Central	2	3.126.796	0,64	0,63	0,08 - 2,30
Oriental	3	2.620.669	1,14	1,15	0,24 - 3,35
Pacífica	2	2.361.012	0,85	0,84	0,10 - 3,05
Nacional	11	14.086.298	0,78	0,78	0,39 - 1,40

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con tumores del SU reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2022 en los menores de 18 años, actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2023

Tumores del sistema urinario (SU) en la población pediátrica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

7.1.6. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SU según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad en los casos afiliados al régimen subsidiado fue mayor en comparación con el contributivo. En cuanto a las EAPB, la medición más alta se registró en las entidades EPS017 con 3,01 muertes por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años, mientras que las más bajas se reportaron en la EPS005 con tasas de 0,80. Solo 8 entidades presentaron fallecimientos, por cualquier causa, en los niños con este diagnóstico (EPS005, EPS008, EPS017, EPS037, EPSI05, EPSS40, EPSS41, ESS118).



La información completa de las EAPB está disponible en **HIGIA**

Tabla 7.7. Mortalidad general en la población pediátrica con tumores del SU según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	5	5.999.079	0,83	0,83	0,27 - 1,94
Subsidiado	5	5.748.766	0,87	0,88	0,29 - 2,05
Excepción	0	487.220	0,00	NA	NA
Especial	0	4.487	0,00	NA	NA
No afiliado	0	SD	SD	SD	SD
Entidades liquidadas	1	SD	SD	SD	SD

¹ Incluye las muertes, por todas las causas, en la población pediátrica con tumores del SU reportada a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA menor de 18 años con corte al 30 de junio de 2022.

³ La mortalidad es informada por 1.000.000 de afiliados menores de 18 años.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

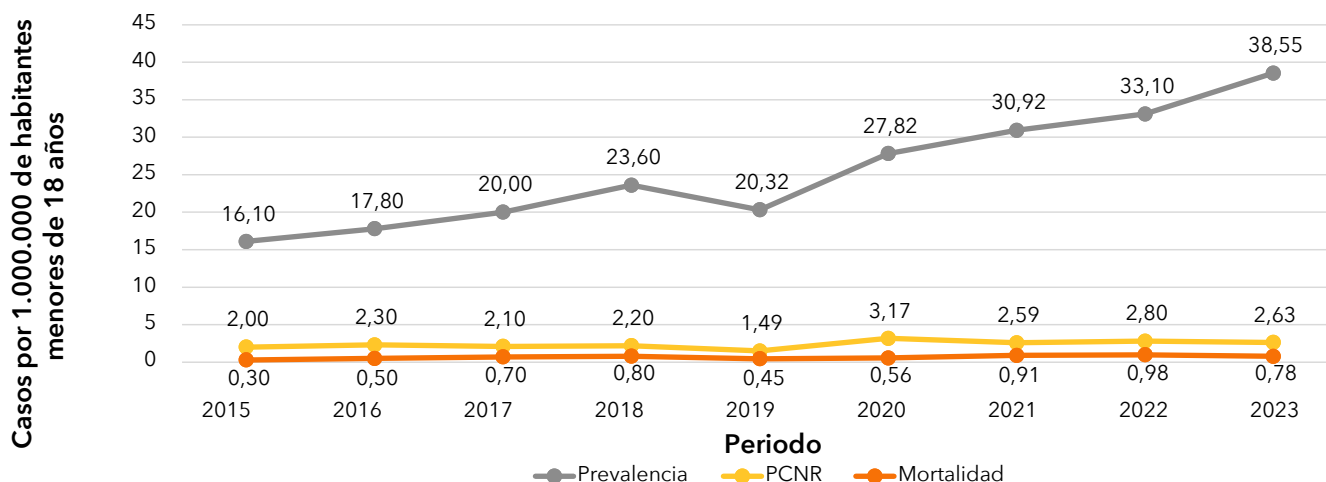
En las entidades liquidadas y en la población no afiliada, no se cuenta con la información para establecer el denominador, por lo cual solamente se presenta el número de fallecidos notificados.

IC: intervalo de confianza; NA: no aplica; SD: sin dato.

7.1.7. Evolución del registro de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento en Colombia

Con respecto al comportamiento de la morbilidad, se observa que la prevalencia aumentó un 16,46% con respecto al periodo 2022. Por otro lado, la PCNR y la mortalidad general disminuyeron 6,04% y 20,39%, respectivamente.

Figura 7.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2023



Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por 1.000.000 de habitantes menores de 18 años.

Mortalidad: corresponde al número de casos fallecidos, por todas las causas, reportados a la CAC.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)



7.2. Caracterización de los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica

7.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos con tumores del SU

En la **tabla 7.8** se presenta la caracterización general de los CNR con tumores del SU. En este periodo, el 59,46% de los casos se presentaron en el sexo femenino, la mediana de la edad fue de 4 años (RIC: 3 - 5) y el 29,73% residía en la región Central.

Según el régimen de afiliación, la mayoría de los casos nuevos estaban afiliados al régimen contributivo (70,27%). En el de excepción se reportó un caso masculino de 3 años, ubicado en la región Central (datos no presentados en la tabla).

Tabla 7.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación		
	Contributivo n= 26 (70,27%)	Subsidiado n= 10 (27,03)	Total ² n= 37 (100,00%)
Sexo			
Femenino	14 (53,85)	8 (80,00)	22 (59,46)
Masculino	12 (46,15)	2 (20,00)	15 (40,54)
Edad	4 (3 - 5)	4 (3 - 6)	4 (3 - 5)
Etnia			
Ninguna	25 (96,15)	10 (100,00)	36 (97,30)
Negra	1 (3,85)	0 (0,00)	1 (2,70)
Región de residencia			
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Bogotá, D. C.	5 (19,23)	0 (0,00)	5 (13,51)
Caribe	6 (23,08)	3 (30,00)	9 (24,32)
Central	8 (30,77)	2 (20,00)	11 (29,73)
Oriental	4 (15,38)	3 (30,00)	7 (18,92)
Pacífica	3 (11,54)	2 (20,00)	5 (13,51)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso del régimen de excepción.

7.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica

En la **tabla 7.9** se presentan las principales características clínicas de los casos nuevos con tumores del sistema urinario según su afiliación al sistema de salud. Del total de los CNR, un 91,89% (n= 34) correspondieron a tumores de Wilms; el restante de los casos fueron tumores de la pelvis renal. El 78,38% (n= 29) fueron estadificados, y de estos, el mayor porcentaje se diagnosticó en los estadios I y III. Es de resaltar que la estadificación aumentó en un 3,38% con respecto al periodo anterior.

Según el régimen, en el 80,77% de los casos del contributivo se realizó estadificación, de estos el 34,62% eran estadio I. Por otro lado, en el subsidiado la mayoría estaba clasificado en los estadios II y III. El único caso reportado en el régimen de excepción estaba en estadio I.

Tabla 7.9. Caracterización clínica de los casos nuevos con tumores del SU según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación		
	Contributivo n= 26 (70,27%)	Subsidiado n= 10 (27,03)	Total ² n= 37 (100,00%)
Estadificación (sí)	21 (80,77)	7 (70,00)	29 (78,38)
Estadio al diagnóstico^{3,4}			
I	9 (34,62)	1 (10,00)	11 (29,73)
II	4 (15,38)	2 (20,00)	6 (16,22)
III	7 (26,92)	2 (20,00)	9 (24,32)
IV	1 (3,85)	2 (20,00)	3 (8,11)
Desconocido	5 (19,23)	3 (30,00)	8 (21,62)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso del régimen de excepción.

³ Definida según el sistema internacional SIOP-NWTSG.

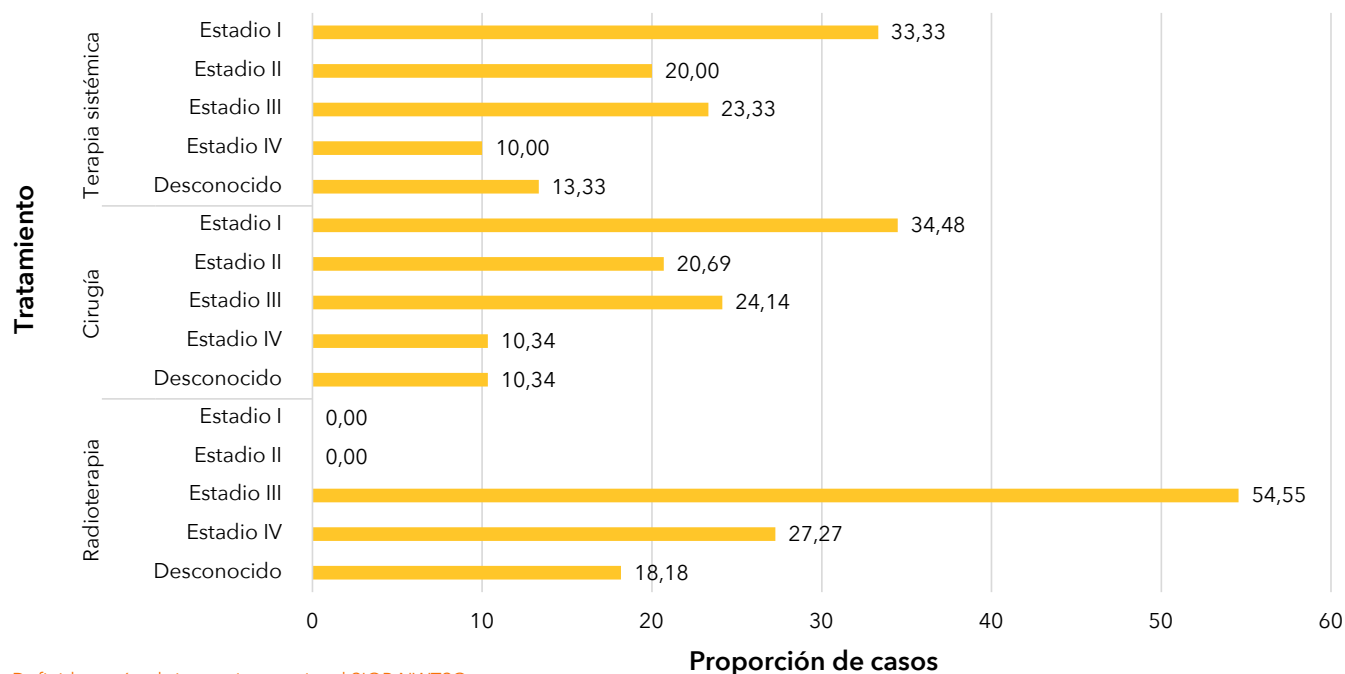
⁴ Incluye todos los casos nuevos de tumores del SU invasivos en los menores de 18 años que fueron estadificados.

7.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos con tumores del SU

La terapia sistémica y la cirugía fueron realizadas en el 81,08% y 78,38% de los casos nuevos, respectivamente; mientras que, la radioterapia se utilizó solo en el 29,73% del total de los CNR. El 27,03% (n= 10) recibieron los tres tratamientos de manera concomitante durante el periodo. Solo 5 casos (13,51%) no recibieron ningún manejo en el periodo.

La **figura 7.2** muestra la distribución del tratamiento en los casos nuevos de acuerdo con el estadio clínico al diagnóstico. Un gran porcentaje de los CNR que recibió terapia sistémica y cirugía se diagnosticaron en los estadios I y III. Adicionalmente, la radioterapia se realizó en una gran proporción en los estadios III (54,55%).

Figura 7.2. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos con tumores del SU en la población pediátrica según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2023



Definida según el sistema internacional SIOP-NWTSG.

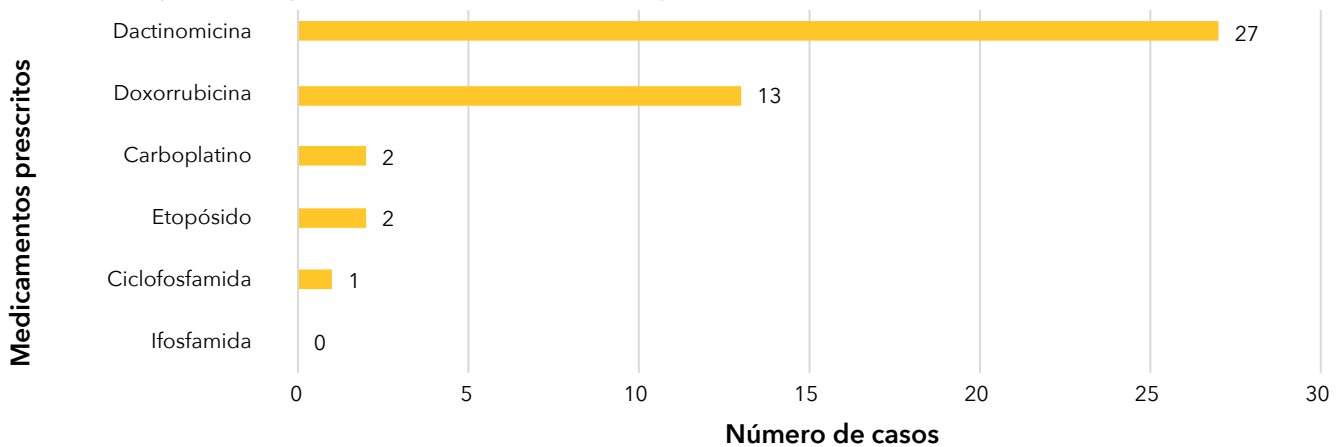
El grupo de terapia sistémica incluye la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

[Descargar figura](#)



Los medicamentos de mayor prescripción, tal como se observa en la **figura 7.3**, fueron la dactinomicina y la doxorubicina. La frecuencia reportada corresponde a valores independientes, sin considerar el uso concomitante de los fármacos.

Figura 7.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2023

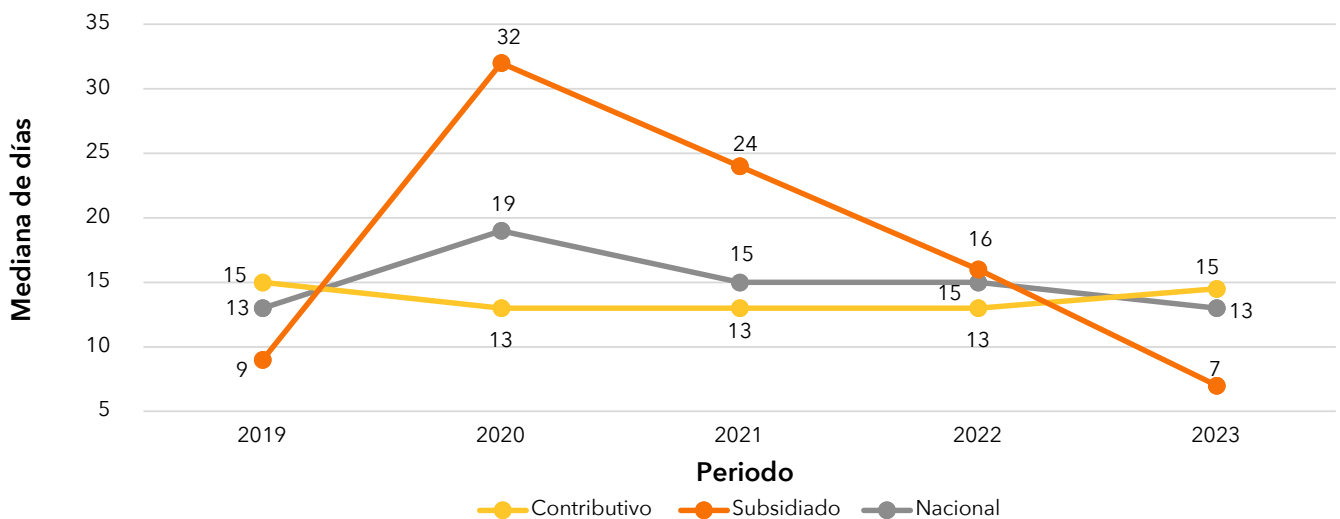


[Descargar figura](#)

7.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos con tumores del SU

En la sección de aspectos metodológicos se describe en detalle la operacionalización de la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento. La **figura 7.4** muestra la tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los CNR según el régimen de afiliación en los últimos cinco periodos. En este periodo, el régimen subsidiado registró el menor tiempo para el diagnóstico con una mediana de 7 días. En el contributivo se presentó un aumento de 2 días, siendo el tiempo de acceso más prolongado entre los regímenes. El caso nuevo del régimen de excepción tuvo un lapso de 3 días.

Figura 7.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023

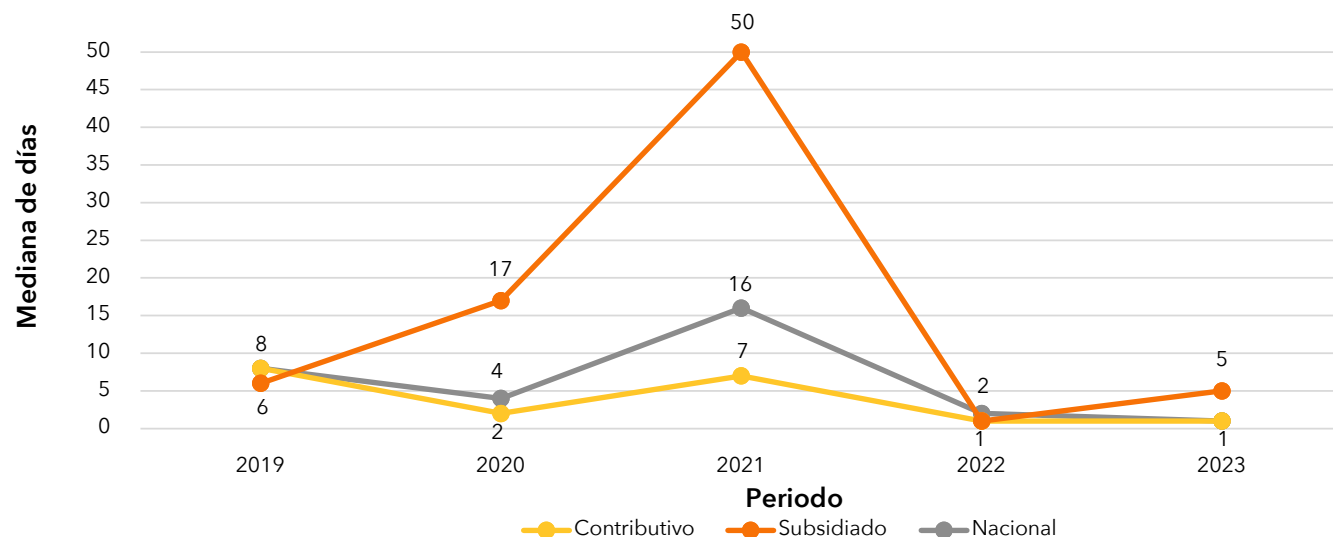


Incluye todos los casos nuevos de tumores del SU invasivos en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo. La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2023 fue: nacional: 17,64 días (\pm 17,36), régimen contributivo 16,46 días (\pm 11,32), régimen subsidiado 23,43 días (\pm 30,47).

[Descargar figura](#)

En cuanto a la oportunidad del tratamiento, hubo una disminución en los tiempos de espera en el país (mediana de 1 día). Este resultado corresponde a los tiempos de espera más bajos en los últimos cinco periodos (**figura 7.5**). No obstante, en el subsidiado se presentó un aumento importante con respecto al 2022 (mediana de 5 días).

Figura 7.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de los tumores del SU en la población pediátrica en el marco del aseguramiento, Colombia 2019 - 2023



Incluye todos los casos nuevos de cáncer del SU en los menores de 18 años que fueron notificados en el periodo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2023 fue: nacional: 9,90 días ($\pm 20,83$), régimen contributivo 12,08 días ($\pm 25,94$), régimen subsidiado 7,62 días ($\pm 10,95$).

[Descargar figura](#)

7.3. Caracterización de los casos prevalentes con tumores del SU en la población pediátrica

En la **tabla 7.10** se presenta la caracterización general de los casos prevalentes según el régimen de afiliación. La mediana de la edad fue de 9 años (RIC: 6 - 14) y el 53,25% se presentaron en el sexo femenino. En el país, la región con la mayor proporción de prevalentes fue la Central, sin embargo, en el régimen subsidiado fue la Caribe.

Adicionalmente, en el contributivo se agruparon gran parte de los casos (58,74%). En cuanto a la etnia, el 1,42% pertenecía a la indígena y el 2,03% a la raza negra.

Tabla 7.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ^{2,3} n= 492 (100,00%)
	Contributivo n= 289 (58,74%)	Subsidiado n= 188 (38,21%)	Excepción n= 14 (2,85%)	
Sexo				
Femenino	153 (52,94)	100 (53,19)	9 (64,29)	262 (53,25)
Masculino	136 (47,06)	88 (46,81)	5 (35,71)	230 (46,75)
Edad	9 (6 - 13)	10 (6 - 14)	12 (6 - 14)	9 (6 - 14)
Etnia				
Ninguna	288 (99,65)	171 (90,96)	14 (100,00)	474 (96,34)
Indígena	0 (0,00)	7 (3,72)	0 (0,00)	7 (1,42)



Tabla 7.10. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de tumores del SU en la población pediátrica según el régimen de afiliación, Colombia 2023 (continuación)

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ^{2,3} n= 492 (100,00%)
	Contributivo n= 289 (58,74%)	Subsidiado n= 188 (38,21%)	Excepción n= 14 (2,85%)	
Negra	1 (0,35)	9 (4,79)	0 (0,00)	10 (2,03)
Otra ⁴	0 (0,00)	1 (0,53)	0 (0,00)	1 (0,20)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	3 (1,04)	7 (3,72)	1 (7,14)	11 (2,24)
Bogotá, D. C.	70 (24,22)	8 (4,26)	2 (14,29)	81 (16,46)
Caribe	30 (10,38)	61 (32,45)	4 (28,57)	95 (19,31)
Central	88 (30,45)	43 (22,87)	4 (28,57)	135 (27,44)
Oriental	47 (16,26)	22 (11,70)	3 (21,43)	72 (14,63)
Pacífica	51 (17,65)	47 (25,00)	0 (0,00)	98 (19,92)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no afiliada.

³ No se incluyen los datos de 51 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

⁴ Incluye población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

Discusión y conclusiones

Para el periodo 2023, en Colombia, se registraron 8.962 casos de cáncer en los menores de 18 años, de los cuales, el 12,16% (n= 1.090) fueron diagnosticados durante el 2 de enero de 2022 al 1° de enero de 2023. En términos de las medidas de frecuencias estandarizadas, los casos nuevos aumentaron un 10,83% con respecto al periodo del 2022. De igual forma, la prevalencia y la mortalidad presentaron una elevación del 17,31% y el 4,22%, respectivamente. Estos valores son los más altos desde el inicio del registro, lo que refleja la mejora y robustecimiento del registro administrativo en la captación de los casos, pero debe mantenerse el compromiso de las entidades con la identificación y reporte de los pacientes pediátricos con esta condición.

En relación con los casos nuevos, el 53,30% eran hombres y tenían una mediana de edad de 9 años (RIC: 4 - 14). Así mismo, 2 de cada 4 residía en la región Central y el 54,04% pertenecía al régimen contributivo. Los tipos de neoplasias más frecuentemente diagnosticadas fueron la LLA (30,37%), los tumores del SNC (12,20%) (descartando las neoplasias en ojo) y el LH (7,43%). Este tercer puesto difiere de las estimaciones de GLOBOCAN para el año 2022, que le confiere ese lugar al LNH en los menores de 14 años (1).

Por otro lado, en los casos diagnosticados durante el periodo de análisis al registro administrativo de la CAC, en ambos sexos las neoplasias más comunes fueron la LLA y los tumores del SNC. Aun así, en el femenino, el tercer lugar de frecuencia lo ocuparon los tumores en las glándulas de la tiroides y endocrinas. En cambio, en los hombres, los linfomas, fueron el tercer y el cuarto tipo de cáncer con el mayor número de CNR.

Con respecto a las defunciones, los diagnosticados con la LLA y los tumores del SNC presentaron las cifras de mortalidad general más altas. Aun así, en ninguno de los hematolinfáticos o tumores sólidos, se presentó una mortalidad superior a la proporción de los casos nuevos. Se resalta que el número de fallecidos por LH y por cáncer de las vías urinarias es significativamente menor al número de los casos diagnosticados durante el periodo.

En los tipos de cáncer priorizados por la estrategia *CureAll Americas* de la OPS (2), durante el periodo de análisis se reportó: un caso nuevo de leucemia tipo Burkitt de células B maduras, 34 tumores de Wilms y 26 neoplasias en ojo. Entre tanto, la leucemia promielocítica aguda, representó el 26,31% (n= 20) de los casos nuevos en la LMA. Igualmente, se incluyeron 6 casos de linfoma linfoblástico (LL) en el análisis de los LNH.

Respecto a las características clínicas de los CNR, en este periodo y en el ámbito nacional, el 45,60% eran tumores sólidos, de estos, solo al 35,01% se le realizó estadificación clínica, proporción mayor a la del periodo previo. La mayoría de los casos estadificados se clasificó en el estadio I (27,59%), seguido del estadio IV (25,29%). El 79,35% de los linfomas fueron estadificados y la mayoría se clasificó en estado avanzado (62,60%), con una proporción mayor en el subsidiado (66,00%) y en el contributivo (63,24%), comparado con el resultado país. A su vez, la clasificación del riesgo fue reportada en el 72,26% de los linfomas y el 78,87% de las leucemias, resultado similar al periodo anterior. En este último grupo de hematolinfáticos, el 40,19% tuvo un riesgo alto y el 38,94% intermedio.





En el país, la terapia sistémica fue la más administrada en los casos nuevos (69,15%) y fue indicada como tratamiento inicial curativo (sin cirugía). Los procedimientos quirúrgicos se realizaron en el 28,43% del total de los CNR, de los cuales el 96,26% eran tumores sólidos y el 3,06% neoplasias hematolinfáticas. En cuanto a estos procedimientos quirúrgicos, el 97,62% se realizó como manejo inicial con intención curativa. Se resalta que en los últimos cuatro periodos se viene presentando una disminución de los casos que recibieron radioterapia y en este periodo se presentó la menor proporción (9,77%).

En lo que se refiere a los medicamentos administrados durante el 2023, algunas particularidades de los principios activos relacionados con los diagnósticos, permitieron identificar que, en el caso del linfoma linfoblástico, a diferencia de los LNH, no se registró la administración de etopósido, ifosfamida y solo se reportó la administración de rituximab en un solo caso. Así mismo, se destaca la prescripción de tretinoína en los pacientes con leucemia promielocítica aguda, comparado con el resto de los CN de LMA y la frecuencia de uso de la temozolomida, indicado para el manejo de los tumores tipo glioblastoma o astrocitoma, lo cual está relacionado con el tipo histopatológico con un mayor número de casos nuevos reportados.

La proporción de los casos nuevos en 2023 que no recibieron algún tipo de tratamiento fue superior en un 14,46% a la reportada en el 2020. Considerando que en Colombia se viene trabajando en las dificultades relacionadas con el abastecimiento y escasos de medicamentos clave para el tratamiento (3) y se han identificado inequidades para el acceso geográfico en la red de prestación de servicios para la atención del cáncer infantil (4), es necesario fortalecer las mesas de trabajo intersectoriales con diferentes actores. Esto permitirá generar acciones eficaces para mejorar el acceso a las terapias que han demostrado impactar positivamente la supervivencia de los niños y adolescentes con diagnóstico de cáncer.

En este contexto y en consonancia con la misión de la CAC, este documento también aborda la gestión del riesgo del cáncer pediátrico durante el periodo 2023. En Colombia, la mediana de la oportunidad del diagnóstico fue de 12 días (RIC: 4 - 26), mientras que, la oportunidad de tratamiento tuvo una mediana de 5 días (RIC: 0 - 17). En ambos escenarios se observa un aumento en los tiempos de espera con respecto al 2022.

Según el tipo de neoplasia, las oportunidades para confirmar el diagnóstico y el acceso a las terapias fue similar para la LLA y la LMA, con tiempos de acceso más cortos que los observados en los linfomas. Específicamente en el LH se observa un tiempo prolongado para definir el diagnóstico, esto puede considerarse dado que sus síntomas son menos específicos, y pueden llevar a manejos previos del paciente hasta descartar otras condiciones clínicas (5). En lo que respecta a los tumores sólidos, en el país se observaron intervalos de espera menores para las neoplasias en vías urinarias, en comparación con los del SNC, donde las terapias se iniciaron con un lapso de 1 a 2 semanas tras la confirmación del diagnóstico. No obstante, este tiempo es menor de lo reportado en algunos países como Estados Unidos, donde se ha reportado que el inicio de la radioterapia en los meduloblastomas puede demorarse menos de 1 mes (6).

De igual manera, se evaluaron los indicadores relacionados con la clasificación del riesgo al final de la inducción tanto en la LMA y la LLA. Para ambas enfermedades, se presentó una disminución importante con respecto a lo reportado en el 2022; lo que puede estar relacionado con la disponibilidad

**En el país,
la terapia sistémica
fue la más administrada
en los casos nuevos (69,15%),
y fue indicada como tratamiento inicial curativo
(sin cirugía). Los procedimientos quirúrgicos se
realizaron en el 28,43% del total de los CNR, de los
cuales el 96,26% eran tumores sólidos y el 3,06%
neoplasias hematolinfáticas.**

de las pruebas especializadas que permiten establecer esta clasificación, como se ha informado en otros países latinoamericanos como México (9).

Al evaluar la tendencia de abandono del tratamiento, para el 2023 en el país presentó un mejor desempeño la LMA, resaltando que en el régimen contributivo no se presentaron casos durante este periodo. En cuanto a la LLA, tanto en el resultado país como en el régimen subsidiado hubo una disminución en este porcentaje en el último periodo, manteniéndose un alto cumplimiento según la meta definida por consenso (10).

Lo anterior demuestra que en Colombia es viable mejorar la calidad de la atención para los niños, niñas y adolescentes con cáncer. Sin embargo, es necesario establecer si existen dificultades dentro los profesionales de salud de primer nivel con la identificación de la sintomatología del cáncer pediátrico, así como a los factores socioeconómicos y culturales que afectan el acceso a los servicios de salud (7,8). De igual forma, se debe continuar trabajando para poder brindar una atención oncológica integral y humanizada que les permita una oportunidad de curación y de vida plena. Para lograr esto, es importante que los diferentes actores del sistema de salud trabajen en conjunto para identificar las barreras que existen en la gestión del riesgo de esta población y su atención, así como para crear y ejecutar las acciones que permitan superarlas más allá de las diferencias geográficas o sociales.

En línea con este objetivo, la CAC pone a disposición la información esencial para el seguimiento de las enfermedades de alto costo, entre ellas el cáncer infantil, mediante herramientas como las plataformas [SISCAC](#) e [HIGIA](#), que permiten acceder de forma interactiva a los datos desagregados por la demografía y el aseguramiento. Esto, para facilitar la identificación de las inequidades, aportar a la toma de decisiones y a la creación de políticas públicas e intervenciones relevantes que contribuyan a mejorar la supervivencia de esta población.

Referencias bibliográficas

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I BF. Global Cancer Observatory: Cancer Today. [En línea]. International Agency for Research on Cancer. 2024 [citado el 23 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today/en>
2. Organización Panamericana de la Salud. CureAll Américas [en línea]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cureall-americas>
3. Normativas M, Direcci S. Disponibilidad de medicamentos de interés pediátrico en oncología. 2023;(32):1-11.
4. Uribe Parra D, Pulido Martínez DC, De Vries E. Access to diagnostic facilities in children with cancer in Colombia: Spotting opportunity and distance from a sample. *Cancer Epidemiol* [en línea]. 2020;64(june 2019):101645. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2019.101645>
5. Verma N, Bhattacharya S. Time to Diagnosis and Treatment of Childhood Cancer. *Indian J Pediatr*. 2020;87(8):641-3.
6. Liu SM, Brooks ED, Laura Rubin M, Grosshans DR, Frank SJ, McAleer MF, et al. Referral patterns and treatment delays in medulloblastoma: A large academic proton center experience. *Int J Part Ther*. 2021;7(3):1-10.
7. Rodríguez A, Valdez L, Vega J, Gómez García W. Cáncer infantil: lo que debemos saber. *Cienc y Salud* [en línea]. El 3 de junio de 2023;7(2):69-76. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/2852>
8. Cotache-Condor C, Rice HE, Schroeder K, Staton C, Majaliwa E, Tang S, et al. Delays in cancer care for children in low-income and middle-income countries: development of a composite vulnerability index. *Lancet Glob Heal* [en línea]. 2023;11(4):e505-15. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00053-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00053-0)
9. Instituto Nacional de Salud Pública. Síntesis sobre políticas de salud: Leucemia infantil. *Inst Naional Salud Publica* [en línea]. 2021;63(9):8-25. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220118_Sintesis_sobre_politicas_de_salud.pdf
10. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia para la definición de los indicadores de gestión del riesgo en los pacientes menores de 18 años con leucemia agudas (LLA y LMA). *Cuenta de Alto Costo*. 2020. 1-44 p.



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

@cuentadealtocosto



www.cuentadealtocosto.org



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO