CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Situación del **cáncer** en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia

2018

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2018

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Cuenta de Alto Costo [CAC]

ISSN: 2539-2301
Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D.C., Colombia, septiembre de 2019

Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2018

CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Junta Directiva

Presidente
Pablo Fernando Otero Ramon

SURA EPS

Beda Margarita Suarez Aguilar
ANAS WAYUU EPS INDIGENA

José Joaquín Cortés
CAJACOPI ATLÁNTICO

Jorge Ivan Dominguez
COOMEVA EPS S.A.

Jaime González Montaño
COOSALUD

Helena Patricia Aguirre Hernández
EPS FAMISANAR LTDA.

Justo Jesús Paz Wilches
MUTUAL SER ESS EPS-S

José Fernando Cardona Uribe
NUEVA EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Coordinadores técnicos y equipos de trabajo
de las coordinaciones de la Cuenta de Alto Costo:

Luis Alberto Soler
Coordinador de Gestión del Riesgo

Fernando Valderrama
Coordinador de Gestión de la Tecnología

María Teresa Daza
Coordinadora de Auditoría y Gestión de la Información

Ana María Valbuena García
Coordinadora de Gestión del Conocimiento

Liliana Barbosa Vaca
Coordinadora Administrativa

Grupo desarrollador

Lizbeth Acuña
Directora ejecutiva

Ana María Valbuena García
Coordinadora de gestión del conocimiento

Paula Ximena Ramírez Barbosa
Líder de gestión del conocimiento

Ana Milena Gil Quijano
Especialista en analítica

Julieth Carolina Castillo Cañón
Especialista en analítica

Andrés Mauricio Sierra
Especialista en analítica

Nathaly Ramírez
Especialista en analítica

Hernando Alvarado Quintero
Estadístico

Revisores

Jaime Alberto González Díaz
MD Hematólogo y Oncólogo Clínico

Ricardo Oliveros
MD Cirujano Gastroenterólogo

Diego Lopera
MD Hematólogo y Oncólogo Clínico

Oscar García
MD Cirujano Mastólogo

Juan Guillermo Cataño
MD cirujano urólogo

Plutarco García-Herreros
MD Cirujano Mastólogo

Luis Pino
MD Hematólogo y oncólogo

Virginia Abello
MD Internista Hematóloga

Yhonny Cárdenas
MD Internista Hematólogo

Carmen Rosales
MD Internista Hematólogo

Corrección de estilo, diseño y diagramación:
Alejandro Niño Bogoya - Esteban Roa Calderón - UCD

CONTENIDO

ABREVIATURAS

ADN	Ácido Desoxirribonucleico
AJCC	*American Joint Committee on Cancer*
BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
CAC	Cuenta de Alto Costo
CCP	Carcinoma de Célula Pequeña
CCNP	Carcinoma de Célula No Pequeña
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión
CIE-O-3	Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, 3ra Edición
CNR	Casos Nuevos Reportados (diagnosticados durante el periodo de análisis)
CLH	Linfoma Hodgkin clásico
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DLBCL	Linfoma Difuso de Células B Grandes (por su sigla en inglés)
EAPB	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
EGFR	Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico
EPS	Empresa Promotora de Salud
EORTC	*European Organization for Research and Treatment of Cancer*
FIGO	*International Federation of Gynecology and Obstetrics*
FISH	*Fluorescence In Situ Hybridization - Hibridación fluorescente in situ*
GNRH	Hormona Liberadora de Gonadotropina
GPC	Guía de Práctica Clínica
HER2	Receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano
IARC	*International Agency for Research on Cancer* (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer)
IC	Intervalo de Confianza
IPI	Índice Pronóstico Internacional
IPS	Institución Prestadora de Servicios
LCM	Linfoma de células del manto
LLA	Leucemia Linfoide Aguda
LF	Linfoma Folicular
LMA	Leucemia Mieloide Aguda
LH	Linfoma Hodgkin
LNH	Linfoma No Hodgkin
NCCN	*National Comprehensive Cancer Network*
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCNR	Proporción de Casos Nuevos Reportados
POS	Plan Obligatorio de Salud
PSA	Antígeno Prostático Específico
RIQ	Rango Intercuartil
SEER	*Surveillance, Epidemiology, and End Results*
SG	Supervivencia global
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNC	Sistema Nervioso Central
SLP	Supervivencia libre de progresión
UICC	*Union for International Cancer Control* (Unión Internacional Contra el Cáncer)

LISTADO DE LAS EAPB QUE REPORTARON INFORMACIÓN A LA CAC. FECHA DE CORTE: 1° DE ENERO DE 2018.

Régimen Subsidiado:

Código EAPB	Nombre EAPB
CCF007	Caja de Compensación Familiar de Cartagena
CCF015	Caja de Compensación Familiar de Córdoba - Comfacor
CCF023	Caja de Compensación Familiar de la Guajira
CCF024	Caja de Compensación Familiar de Huila
CCF027	Caja de Compensación Familiar de Nariño
CCF033	Caja de Compensación Familiar de Sucre
CCF050	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano
CCF053	Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca Comfacundi
CCF055	Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico
CCF102	Caja de Compensación Familiar Comfamiliar Choco
EPS022	Convida
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare - Capresoca EPS
EPS045	Medimás EPS Subsidiado
EPSI01	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y Guajira - Dusakawi EPSI
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca - AIC EPSI
EPSI04	Anas Wayuu EPSI
EPSI05	Mallamas EPSI
EPSI06	Pijaos Salud EPSI
EPSS33	Salud Vida EPS
EPSS34	Capital Salud EPSS
EPSS40	Savia Salud EPS
EPSS41	Nueva EPS
ESS002	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud - Emdisalud ESS
ESS024	Coosalud ESS
ESS062	Asmet Salud EPS
ESS076	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdo - Ambuq ESS
ESS091	Ecoopsos EPS Sas
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud - Emssanar ESS
ESS133	Comparta EPS-S
ESS207	Mutual Ser EPS-S

Régimen Contributivo:

Código EAPB	Nombre EAPB
EAS016	Empresas Públicas de Medellín - Unidad Servicio Médico
EAS027	Fondo de Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia
EPS001	Aliansalud EPS
EPS002	Salud Total EPS
EPS005	Sanitas EPS
EPS008	Compensar EPS
EPS010	Sura EPS
EPS012	Comfenalco Valle EPS
EPS016	Coomeva EPS
EPS017	EPS Famisanar
EPS018	Servicio Occidental de Salud EPS
EPS023	Cruz Blanca EPS
EPS033	Salud Vida EPS
EPS037	Nueva EPS
EPS044	Medimás EPS Contributivo

Régimen Especial:

Código EAPB	Nombre EAPB
EMP015	Medisanitas Empresa Medicina Prepagada
EMP017	Colmédica Empresa Medicina Prepagada
EMP023	Colsanitas Empresa Medicina Prepagada
EMP028	Coomeva Empresa Medicina Prepagada
EMP029	Colpatria Empresa Medicina Prepagada
RES006	Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander
RES007	Universidad del Valle
RES008	Universidad Nacional
RES009	Universidad del Cauca
RES011	Unidad de Salud de la Universidad de Antioquia
RES012	Unidad Administrativa Especial de Salud Universidad de Córdoba
RES014	Uptc Tunja
REUE04	Caja de Previsión Social de la Universidad de Cartagena
REUE05	Fondo de Seguridad Social En Salud Universidad de Nariño
REUE09	Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico

Régimen de Excepción:

Código EAPB	Nombre EAPB
RES001	Policía Nacional
RES002	Ecopetrol
RES003	Fuerzas Militares
RES004	Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio

No asegurados:

Código EAPB	Nombre EAPB
5000	Secretaria Seccional de Antioquia
8000	Secretaria Departamental de Salud de Atlántico
11001	Secretaria de Salud de Bogotá
13000	Secretaria Departamental de Salud de Bolívar
13001	Dirección de Salud Distrital de Cartagena - DADIS
15000	Secretaria de Salud de Boyacá
18000	Dirección Departamental de Salud de Caquetá
19000	Dirección Departamental de Salud de Cauca
20000	Dirección Departamental de Salud de Cesar
23000	Dirección Departamental de Salud de Córdoba
25000	Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca
47000	Dirección Departamental de Salud de Magdalena
50000	Dirección Departamental de Salud de Meta
52000	Dirección Departamental de Salud de Nariño
54000	Dirección Departamental de Salud de Norte de Santander
63000	Dirección Departamental de Salud de Quindío
66000	Dirección Departamental de Salud de Risaralda
68000	Secretaria de Salud de Santander
70000	Dirección Departamental de Salud de Sucre
73000	Dirección Departamental de Salud de Tolima
76000	Dirección Departamental de Salud de Valle del Cauca
81000	Dirección Departamental de Salud de Arauca
85000	Dirección Departamental de Salud de Casanare

GLOSARIO

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

ANTICUERPOS MONOCLONALES. Es un tipo de proteína creado 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.

CLASIFICACIÓN DE DUKES. Es un sistema de estadificación usado para describir la extensión del cáncer de colon y recto.

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO. Confirmación de un tipo de cáncer o neoplasia, a través del estudio de tejidos y células.

ESCALA GLEASON. Es un sistema para graduar los tejidos de cáncer de próstata, basado en la histología. Se clasifica de 2 a 10 indicando el riesgo de infiltración o más recientemente en 5 grupos basados en la sumatoria de las dos muestras de tejido. Un Gleason bajo es similar a una próstata normal, un Gleason de alto grado significa que el tejido neoplásico es diferente del tejido normal circundante, e implica un alto riesgo de infiltración.

ESTADIFICACIÓN FIGO. De sus siglas en francés, *Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique*. Sistema de clasificación en cáncer ginecológico exceptuando cáncer de mama.

HER2. Receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano, es un marcador tumoral, empleado en el proceso diagnóstico de algunos tipos de cáncer.

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. 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.

PSA. Antígeno Prostático Específico, es una glicoproteína producida por las células prostáticas, su elevación está relacionada con alteraciones de la glándula prostática.

QUIMIOTERAPIA. Tratamiento usado para detener el crecimiento de las células neoplásicas.

QUIMIOTERAPIA INTRATECAL. Tratamiento con medicamentos antineoplásicos que son inyectados

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

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.

TERAPIA HORMONAL. Tratamiento que detiene el crecimiento de algunos tipos de cáncer (próstata y mama).

TNM. Es un sistema que describe la medida de diseminación del cáncer. T describe el tamaño del tumor y la diseminación local; N describe la diseminación del cáncer a ganglios linfáticos locorregionales; M metástasis.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer representa uno de los temas de mayor interés en todo el mundo debido al impacto económico y social que implica (1). Según los últimos datos disponibles en Globocan, para el 2018 se estimaron 18,1 millones de casos nuevos y 9,6 millones de muertes como consecuencia de dicho grupo de enfermedades en todo el mundo, con un riesgo acumulado de incidencia que indica que uno de cada ocho hombres y una de cada diez mujeres desarrollarán cáncer en algún momento de su vida (2).

Uno de las grandes preocupaciones relacionadas con el cáncer obedece a la capacidad de respuesta de los sistemas de salud para diagnosticar y tratar a las personas con dicha condición (3), lo cual requiere a su vez, de una estrategia que permita en primer lugar, determinar la magnitud de cada uno de los tipos de cáncer en términos de incidencia, mortalidad y carga de la enfermedad (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en cabeza de la Agencia Internacional de investigación en cáncer (IARC por sus siglas en inglés), viene impulsando, hace ya varias décadas, el desarrollo e implementación de registros poblaciones que faciliten la recolección de información, la comparación de indicadores de morbimortalidad y la evaluación del impacto de los patrones de este grupo de enfermedades sobre las poblaciones, así como la evolución de las tendencias de cada tipo de cáncer, de manera que con base en evidencia sólida , se pueda intervenir en el establecimiento, seguimiento y evaluación de los programas de control (5).

Actualmente, existen más de 300 registros de cáncer de base poblacional alrededor del mundo, de los cuales 225 fueron incluidos en el volumen IX de Cancer Incidence in Five Continents, y solo 11 del total se encuentran en Latinoamérica y el Caribe (4). Al respecto vale la pena resaltar que aproximadamente 1,1 millones de casos nuevos de cáncer ocurren anualmente en la región de Latinoamérica y el Caribe, lo que representa el 7,8% de los casos de cáncer en todo el mundo y se prevé que la cantidad de casos aumentará en 91 % durante el período comprendido entre el 2012 y el 2035, en tanto que los casos de muerte aumentarán en 106 % (6,7).

En este sentido, según el informe *Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina: Una historia de luces y sombras,* en el cual se examinan las iniciativas en pos del control del cáncer en América Latina, Colombia se ubica en la sexta posición respecto a la incidencia general de cáncer entre los 12 países de la región incluidos en el análisis, y en la novena en términos de mortalidad, sin embargo, en el mismo informe se destaca al país junto a Perú, Ecuador y Brasil como ejemplos a nivel regional por haber demostrado un férreo compromiso político y por haber logrado mejoras sustanciales en el área (7).

Dichos logros obedecen a una variedad de iniciativas que, de forma progresiva y sinérgica han logrado avances significativos en la lucha por el control del cáncer en Colombia, que iniciaron en la década de 1960 con la creación del primer registro poblacional en Cali y el posterior establecimiento, a finales del 2010, de varios registros de naturaleza municipal y departamental en 8 regiones del país, de los cuales en la actualidad se encuentran activos 5 (Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Manizales y Pasto) (4).

Previamente, en el año 2007 se había dado origen a la Cuenta de Alto Costo (CAC) con el propósito de que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) administraran financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades denominadas catastróficas y a la gestión del riesgo de condiciones de interés en salud publica directamente relacionadas con el alto costo dentro de las que se cuenta el cáncer (8).

Posteriormente, en el año 2010, se declaró el cáncer como un problema de salud pública y en diciembre de 2012 se reglamentó el Sistema Nacional de Información en Cáncer (SNIC) y el Observatorio Nacional del Cáncer del país mediante la Resolución 4496 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), que en su artículo 2 incluye a la CAC como fuente de información del SNIC, obligando a las Empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) del país, a reportar la información de todas las personas con cáncer, y obliga a la CAC a recolectar y consolidar la información relacionada con el aseguramiento de dichas personas, y a enviar la información según los estándares técnicos definidos

por el MSPS para su integración al SISPRO de acuerdo con la periodicidad establecida (9,10).

De este modo, la CAC nos solo constituye un registro de cáncer en sí, sino que representa uno de los mecanismos de seguimiento y control de este grupo de enfermedades en todo el territorio nacional, el cual fomenta la gestión del riesgo y la evaluación permanente de la atención en salud.

Es así como a partir del 2014, la CAC pone a disposición de los tomadores de decisiones, el personal médico y administrativo, los pacientes y la población general, un informe anual detallado de la situación del cáncer en la población atendida en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a partir de los datos suministrados por las entidades obligadas a reportar y luego de un proceso de auditoría contra las historias clínicas y la validación de soportes, que implica la inclusión de los casos confirmados en el conteo pertinente a cada tipo de cáncer (11–13).

El presente documento constituye el cuarto informe consecutivo, correspondiente al periodo comprendido entre el 2 de enero del 2017 y el 1° de enero de 2018. En el documento, se ofrece información estadística y analítica respecto al comportamiento del cáncer en el país y a la gestión del riesgo para la salud de las personas con diagnóstico confirmado de cáncer llevada a cabo en las EPS y demás EOC (Entidades obligadas a compensar). Todo esto se realiza con base en información sustentable y real, que año tras año se muestra de mejor calidad, pero que requiere del compromiso y la disposición de los actores involucrados en todo el proceso, desde la generación y captura de los datos hasta el análisis e interpretación de la información, de tal forma que en el menor tiempo posible se logre entre todos, contar con una sistema de información en cáncer más preciso respecto a las dimensiones de este grupo de enfermedades en el país y principalmente respecto a su manejo y control.

Referencias bibliográficas

1. Fernández Sánchez B, Del Castillo Martin R. El impacto económico del cáncer en las familias en España [Internet]. 2018 [citado 2019 May 7]. Disponible en: https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Estudio-Impacto-Economico-Pacientes-Cancer.pdf
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin [Internet]. 2018 [citado 2019 May 7];68(6):394–424. Disponible en:: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.3322/caac.21492
3. Woods LM, Rachet B, Coleman MP. Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: A review [Internet]. Vol. 17, Annals of Oncology. 2006 [citado 2019 May 8]. p. 5– 19. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16143594
4. Arias NE. Population-based cancer registries: progress in Colombia, Chile and Brazil. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 2019 May 8];31(1):127–35. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n1/v31n1a15.pdf
5. Bray F, Znaor A, Cueva P, Korir A, Swaminathan R, Ullrich A, et al. Planificación y desarrollo de registros de cáncer de base poblacional en los países de ingresos bajos y medios. IARC. Publicaciones técnicas; 43 [Internet]. 2015 [citado 2019 May 8]. Disponible en: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/treport-pub/treport-pub43/indexsp.php.
6. Bray F, Piñeros M, Bray F, Piñeros M. Patrones, tendencias y proyecciones del cáncer en América Latina y el Caribe: un contexto global. Salud Publica Mex [Internet]. 2016 [citado 2019 May 8];58(2):104–17. Disponible en: http://ci5.iarc.fr
7. The Economist Intelligence Unit. Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina: Una historia de luces y sombras. Econ Intell Unit [Internet]. 2017;74. Disponible en: https://eiuperspectives.com/sites/default/files/images/Cancer_control_access_and_inequality_in_Latin_America_SPANISH.pdf
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2699 de 2007 [Internet]. 2007 p. 11. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2699-de-2007.pdf
9. Ospina M ML. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2015;33(2). Disponible en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19044
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4496 de 2012. 2012.
11. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2016. 2016.
12. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en Colombia. 2015. 2015.
13. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. 2017. Bogotá D.C.; 2017.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Toda la información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos obtenidos del reporte obligatorio que las EAPB y las entidades obligadas a compensar (EOC) realizaron a la CAC durante el año 2018.

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 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.

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia a través de la Resolución 0247 de 2014, estableció las características del reporte para el registro de las personas con diagnóstico de cáncer, que debe ser realizado por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), incluidas las de régimen de excepción y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, con la información suministrada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas y mixtas; esta información hace parte de la bodega de datos de la Cuenta de Alto Costo y se estructura de acuerdo al instructivo que se encuentra en la misma resolución.

El grupo de las entidades que reportaron esta información durante el periodo evaluado, está conformado por:

- 45 Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Empresas Obligadas a Compensar (EOC).
- 23 Direcciones departamentales y distritales de salud.
- 15 entidades de los regímenes especiales y universidades.
- 4 entidades de los regímenes de excepción (Fuerzas Militares, Policía Nacional, Magisterio y Ecopetrol)

Posterior a la auditoria y la depuración de los datos se obtuvo la información de un total de 275.348 casos de personas con cáncer de los 32 departamentos y de los 1.122 municipios de Colombia.

1.1 Población y periodo evaluado

La población objeto de reporte son todas las personas con diagnóstico histopatológico confirmatorio de cáncer *in situ* o invasor y aquellas con diagnóstico clínico en manejo para cáncer, que se encontraban vivas y activas, fallecidas, y desafiliadas a la EAPB (incluidas las de régimen de excepción y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud) del 2 de enero de 2017 al 1° de enero de 2018, al igual que todas aquellas reportadas el año anterior con los datos correspondiente para este reporte.

1.2 Población auditada

Para la auditoría, la población con diagnóstico de cáncer reportada se dividió en dos grandes grupos: el primero corresponde a los tipos de cáncer asignados a la CAC mediante la Resolución 3974 de 2009, que describía inicialmente nueve (9) tipos de cánceres priorizados por su alta prevalencia: mama, cuello uterino, próstata, colon y recto, estómago, Linfoma Hodgkin (LH), Linfoma no Hodgkin (LNH), Leucemia Linfoide Aguda (LLA) y Leucemia Mieloide Aguda (LMA). Posteriormente se incluyeron en este grupo el cáncer de pulmón y el melanoma; el segundo grupo se denominó "otros tipos de cáncer" e incluye 14 grupos de tumores de acuerdo con el CIE-10 que contienen los diferentes tipos de tumores no incluidos en el listado anterior.

1.3 Auditoría de la información

La auditoría de la información contra los soportes clínicos es uno de los pilares en el curso de la gestión de información a cargo de la Cuenta de Alto Costo y diferencia este registro administrativo de las demás fuentes; su objetivo es verificar la autenticidad del dato reportado y obtener resultados certeros a partir de la información disponible. Este proceso consta de dos grandes componentes: la auditoria que hace el sistema de información a través de una malla de validación y la verificación de la información contra la historia clínica del paciente. El objetivo fundamental del proceso de auditoría es constatar la existencia de los pacientes con cáncer del país en el SGSSS, evaluando y detallando la calidad de la información en las EAPB, y en las direcciones departamentales y distritales de salud. Para tal fin, la auditoría realiza la verificación de los soportes clínicos, promoviendo como objetivos subsecuentes la gestión del riesgo y el seguimiento de cohortes.

1.3.1 Malla de validación en sistemas de información

La malla de validación identifica los errores que puede presentar cada variable en el reporte. El objetivo de este paso de la auditoria es retroalimentar a las entidades encargadas del reporte sobre los posibles errores al momento de cargar la información en el sistema, teniendo en cuenta la a estructura, la consistencia y la coherencia entre las variables.

1.3.2 Obtención de registros únicos y aclaración de los pacientes coincidentes en la misma entidad

La aclaración de los pacientes coincidentes se realiza cuando se encuentran dos registros o más de un

mismo paciente, con diferencias entre las variables seleccionadas. Por medio de los soportes de afiliación y prestación del servicio de las personas, se comprueba la información que permite identificarlos plenamente. En caso de tratarse de registros coincidentes por haber sido digitados varias veces, a la EPS o EOC le corresponde informar cuál de los registros se debe incluir y cuál eliminar.

1.3.3 Aclaración de pacientes compartidos entre diferentes entidades

Los registros compartidos son aquellos que tienen el mismo tipo y número de identificación, pero diferente EPS, EOC o régimen. Pueden ocurrir por errores de diligenciamiento en la base de datos o porque el paciente no se encontraba afiliado a la entidad para el 1° de enero de 2018. La finalidad de esta verificación es impedir la existencia de pacientes duplicados en la base de datos.

1.3.4 Auditoría

En general se audita el 100% de los CNR de cualquier tipo de cáncer y de los casos antiguos con tratamiento activo sí se trata de alguno de los tipos de cáncer priorizado.

Tabla 1.1. Distribución general de los casos de cáncer auditados durante el periodo

Clasificación general	Número de casos auditados	Porcentaje de los casos auditados
Cánceres priorizados	72.020	70,6%
Cánceres no priorizados	29.535	29,0%
Plantilla Entes Territoriales	457	0,4%
Total	**102.012**	**100,0%**

En cada medición se auditó un número significativo de variables del instructivo, de conformidad con el tipo de cáncer y la clasificación respecto al reporte anterior. El estado vital y el estado de afiliación se crearon como variables adicionales y fueron el resultado de la información del cruce de datos con la fuente oficial del Ministerio de Salud y Protección Social.

Durante la comparación de la información reportada con los soportes dispuestos por la entidad en el aplicativo SharePoint®, se realizó una calificación del dato de la siguiente forma:

- En los casos en los que el dato reportado coincidió exactamente con el dato observado en los soportes, se marcó como dato conforme (DC). En la base de datos final, se dejó el dato reportado.
- En los casos en los que se detectó que el dato reportado no coincidía con el observado en los soportes, se marcó como dato no conforme (DNC) y se capturó el dato observado. En la base de datos final, se dejó el dato capturado.
- En los casos en los que el dato reportado no contó con soportes verificables por la auditoría, se marcó como dato original no disponible (DOND). En la base de datos final, se dejó el campo vacío, ya que no se encontró la información para ser validada.

Durante el proceso de auditoría se manejaron tres motivos de glosa: i) cuando el registro no contó con los soportes de auditoría, como la ausencia de historia clínica; ii) cuando el paciente no tenía diagnóstico de cáncer, tenía un tipo de cáncer diferente al reportado o se encontraba duplicado; y iii) ante una situación administrativa como que el paciente hubiera fallecido antes del periodo de reporte o se encontrara desafiliado.

1.4 Ajuste de los datos después de auditoría

Una vez se obtuvo la información de la auditoría de campo y se realizaron los ajustes definitivos, se migró la información a una única bodega de datos en la cual están todos los registros. Se revisa nuevamente esta base de datos, en este caso para todos los registros (auditados o no), específicamente en tres puntos esenciales: i) pacientes fallecidos antes del periodo, ii) pacientes auditados con glosa y el motivo de la glosa y iii) pacientes con dos o más registros, en este último caso se determina si se está frente a un caso con tumores dobles o múltiples, en el cuál todos los registros se incluyen en el análisis, un caso compartido entre entidades o un caso registrado en más de una ocasión por error, lo anterior determina el número final de casos que se incluyeron en el análisis que para el periodo en mención fue de 275.348.

1.5 Análisis epidemiológico

Las neoplasias asignadas a la CAC se clasifican en los mismos grupos definidos por la IARC, basándose en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE–10), la cual distribuye las enfermedades de forma topográfica, adicionalmente en el registro se incluye el reporte de casos considerados no invasivos o *in situ* y que comienzan por la letra "D" (tabla 1.2). La determinación de uso de dicho parámetro de clasificación se debe a la carencia en el reporte de la Clasificación Internacional de Enfermedades para

Oncología (CIE–O), que además las agrupa de forma histológica. Sin embargo, como referencia de carácter informativo, tanto el código CIE–10 como el CIE–O de cada enfermedad se presentan al inicio de cada capítulo.

Tabla 1.2. Clasificación de las neoplasias asignadas a la CAC según los grupos definidos por la IARC

Tipo de cáncer CAC	Clasificación CIE-10
Ca. Mama	C50, D05
Ca. Próstata	C61X, D075
Ca. Cuello uterino	C53, D06
Ca. Colon y recto (incluye ano)	C18-C21, D011, D012, D013
Ca. Gástrico	C16, D002
Ca. Pulmón (incluye tráquea)	C33, C34, D021, D022
Melanoma	C43, D03
Linfoma No Hodgkin	C82-C85, C96
Linfoma Hodgkin	C81
Leucemia Linfoide Aguda	C910
Leucemia Mieloide Aguda	C920, C924, C925

Para los análisis de la morbimortalidad solo se utilizaron los códigos de cáncer invasivo (letra C), a excepción del cáncer de cuello uterino que incluye el análisis de cáncer *in situ* (letra D).

En el análisis descriptivo se tuvieron en cuenta las variables sociodemográficas: la edad, el sexo, el departamento de residencia (incluyendo Bogotá D. C.) y el régimen de salud; también las variables clínicas: el diagnóstico, la estadificación, el tiempo de oportunidad de la atención general y la frecuencia de uso de medicamentos.

Los indicadores de morbimortalidad fueron determinados por el método directo y ajustados por edad para cada tipo de cáncer asignado a la CAC fueron: prevalencia, proporción de casos nuevos reportados (PCNR) y mortalidad.

1.5.1 Prevalencia

Este indicador se calculó por departamento, incluyendo la ciudad de Bogotá D.C, con base en la población colombiana proyectada por el DANE en el 2017: 49.291.609 personas. El cálculo por EAPB se basó en la población de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA): 44.479.231 afiliados, medida en el mismo periodo del registro (enero 2 del 2017 a enero 1° de 2018), para cáncer de mama y cérvix se utilizó la población femenina, para cáncer de próstata la masculina y para los tipos de cáncer hematológico priorizados (LNH, LH, LLA y LMA), población de 18 o más años de edad tanto del DANE como de la BDUA. Se presentan la prevalencia cruda y la prevalencia ajustada por edad. Se incluyeron como casos prevalentes todos aquellos que tuvieron la enfermedad durante el periodo (último año según reporte), independiente del estado vital a la fecha de corte, es decir, se calculó una prevalencia de periodo.

1.5.2 PCNR

Se definió como caso nuevo reportado (CNR) todo aquel cuya fecha de diagnóstico oncológico (realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado) se encontraba dentro del periodo de registro: 2 enero del 2017 a 1° enero de 2018. Con base en los CNR de cada tipo de cáncer se calculó la PCNR cruda y ajustada por la edad, para cada uno de los departamentos de Colombia (población DANE) y para cada EAPB (población BDUA).

1.5.3 Mortalidad

El número de las personas fallecidas durante el periodo se estableció con base en las novedades administrativas 4[1] y 10[2] del reporte y el cruce de las mismas con la fuente oficial del Ministerio de Salud y Protección Social y la Registraduría Nacional del Estado Civil. Al igual que la prevalencia y la PCNR, el cálculo de la tasa de mortalidad se ajustó por la edad para cada departamento y para cada EAPB. La mortalidad que se presenta es por todas las causas.

1.6 Gestión del riesgo

Se determinaron los indicadores para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo de los pacientes con diagnóstico de cáncer, por parte de las aseguradoras y los prestadores, establecidos previamente en los consensos basados en evidencia.

1.7 Análisis de oportunidad

Se calcularon dos indicadores globales de tiempos de oportunidad, que pueden variar con respecto a los definidos en los consensos de indicadores de gestión del riesgo. El primero mide en días, el tiempo que transcurre desde el momento de la sospecha médica

1 Paciente que falleció

2 Paciente no incluido en reporte anterior y está fallecido en el momento del reporte actual.

(cuando el paciente es remitido para confirmación de su diagnóstico) hasta el momento en que se confirma el diagnóstico, esta fecha es la misma del reporte de histopatología con la cual se definirá conducta, sin embargo, es válido el uso de la fecha de diagnóstico clínico o la primera valoración por médico especialista cuando la persona no cuenta con diagnóstico patológico; este indicador tiene un límite de 2 años (730 días) con el propósito de excluir valores extremos. El segundo indicador mide en días, el tiempo que trascurre entre la confirmación diagnóstica (la fecha anteriormente mencionada) hasta el inicio de un primer tratamiento (terapia sistémica, radioterapia o cirugía). Estos dos indicadores se miden en los casos nuevos y se reporta la media y la mediana para un mejor análisis de la situación.

1.8 Generalidades metodológicas

La base de datos que resulta de este proceso de reporte y de la verificación de la información, se constituye en un registro administrativo y es la fuente primaria para el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), el cual genera nuevas salidas de información a través de la creación de indicadores y tableros de control y monitoreo. De esta forma se hace posible identificar los resultados de la morbilidad, la mortalidad, la calidad, el acceso a los servicios y la oportunidad de la atención; que son insumos indispensables para la planeación de los servicios de salud. El análisis estadístico se realizó con el programa Stata, versión 13.

1.9 Estructura del libro

El informe se divide en tres partes principales:

1. Generalidades: Incluye una descripción de las características de toda la población reportada con cáncer, independientemente del tipo o la localización. y se muestran algunos análisis de interés para los tipos de cáncer priorizados.

2. Neoplasias sólidas: los tipos de cáncer que se describen en el libro se presentan principalmente en la población adulta, sin embargo, en algunas neoplasias, se incluye a los pacientes pediátricos, dado que, a pesar de ser enfermedades de poca frecuencia en niños y adolescentes, pueden encontrarse registros en el reporte que corresponden a algunos casos en esa población. Adicionalmente, se incluye un capítulo final donde se presenta un resumen de los otros tipos de cáncer.

3. Neoplasias hematológicas: solo se presentan datos para la población mayor de 18 años. Cada parte se divide a su vez en capítulos específicos según el tipo de cáncer analizado, cada uno de los cuales presenta sus propios índices de tablas, figuras y bibliografía.

GENERALIDADES DEL CÁNCER

PARTE I

2. GENERALIDADES DEL CÁNCER

2.1 Características generales de la población con cáncer

De acuerdo con los datos reportados por las diferentes entidades a la Cuenta de Alto Costo (CAC) al 1° de enero del 2018, el registro de cáncer alcanzó los 275.348 casos válidos, de los cuales 37.630 corresponden a casos nuevos reportados (CNR), es decir, a casos diagnosticados durante el periodo de reporte[1] y 19.814 a personas fallecidas también durante este periodo.

Del total de los casos reportados, el 95,1% corresponde a casos de cáncer invasivo y el 4,9% a cáncer *in situ*. En los CNR, el porcentaje cáncer invasivo es del 95,7% y el de cáncer *in situ* de 4,3% (tabla 2.1).

Tabla 2.1. Distribución de los casos de cáncer según la extensión de la enfermedad

Tipo de cáncer	Casos totales*	Porcentaje	CNR*	Porcentaje
In situ	13.600	4,90%	1.617	4,30%
Invasivo	261.748	95,10%	36.013	95,70%
Total	**275.348**	**100%**	**37.630**	**100%**

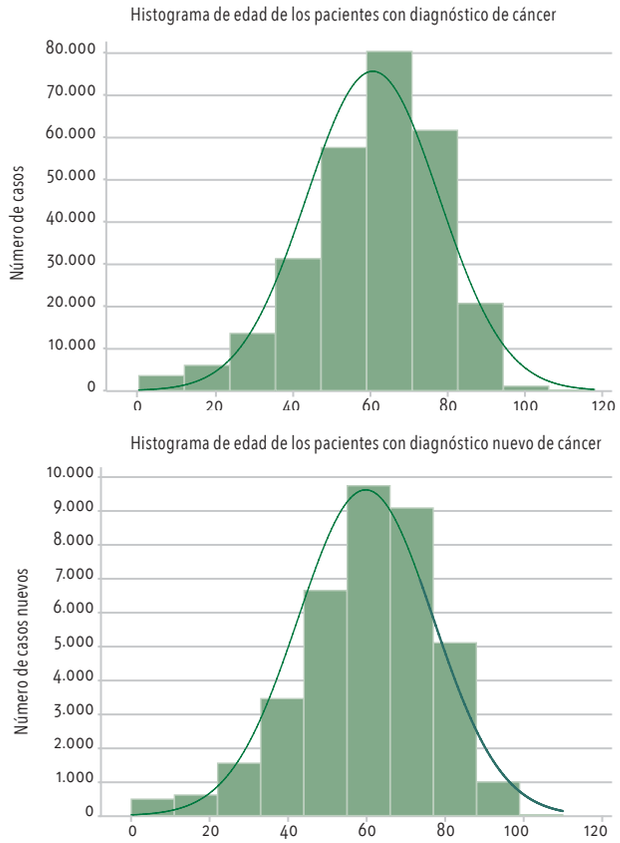
*Incluye ambos sexos y cualquier edad.

2.1.1 Edad de las personas con cáncer

En promedio, los pacientes con diagnóstico de cáncer en Colombia (*in situ* o invasivo) tienen 60,6 años DE ±17,15, mientras que los CNR tienen una edad media de 59,7 años DE ± 17,19

Al analizar el comportamiento de la edad en ambos grupos de pacientes, se puede ver que las poblaciones siguen una distribución normal (figura 2.1). En la población menor de edad existen algunos tipos de cáncer que muestran mayor frecuencia, los cuales serán sujeto de análisis en el libro "Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia, 2018".

Figura 2.1. Histograma de la edad y curva de normalidad de los pacientes con cáncer a la fecha de corte del periodo de reporte

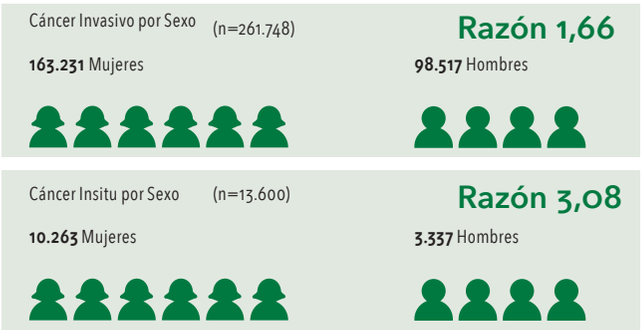


2.1.2 Distribución de las personas con cáncer según el sexo

Del total de casos invasivos reportados, 163.231 corresponden la población femenina y 98.517 a los casos diagnosticados en hombres, lo cual se traduce en una razón de ocurrencia (mujer: hombre) de 1,66:1 (figura 2.2). En los casos reportados como *in situ*, por cada caso diagnosticado en los hombres se diagnostican 3,08 casos de cáncer *in situ* entre las mujeres, poniendo en evidencia la superioridad de casos en la población femenina.

1 2 de enero de 2017 a 1° enero de 2018

Figura 2.2.Razón de ocurrencia del cáncer según el sexo (invasivo e *in situ*)

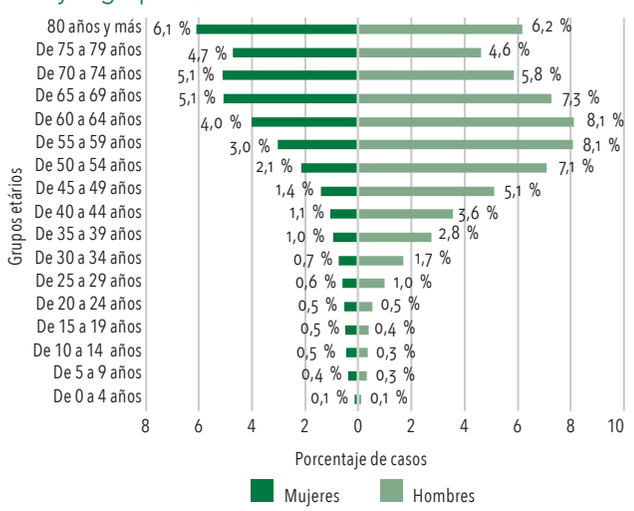


*Incluye todos los tipos de cáncer de cualquier edad

2.1.3 Distribución de las personas con cáncer según el grupo etario y el sexo

En general y teniendo en cuenta la totalidad de los casos reportados (*in situ* e invasivo), se confirma la superioridad de registros de cáncer en la población femenina respecto a lo reportado en los hombres (62,2% Vs 36%) (figura 2.3). El contraste más notorio se puede observar en los rangos de 50 a 54 años y de 55 a 59 años, cada uno con 5 puntos porcentuales de diferencia entre ambos géneros, siendo la población femenina la que reporta el porcentaje más alto. El rango que reúne el mayor porcentaje, sumando ambos géneros, es de los 60 a 64 años con el 12,1% de los casos en total sobre el 100% de los casos reportados.

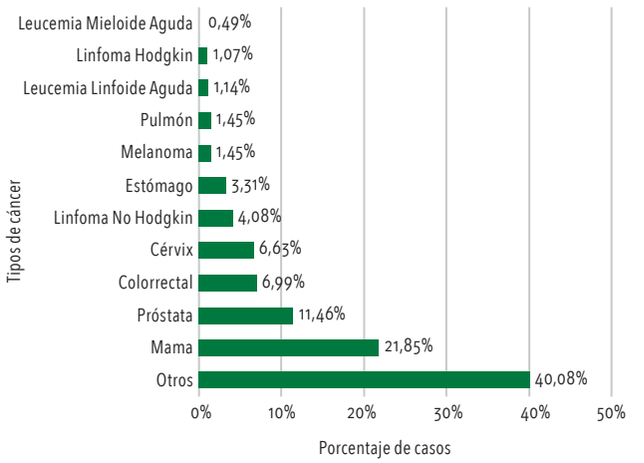
Figura 2.3. Distribución de los casos de cáncer según el sexo y el grupo etario



*Proporción: numerador (número de casos por tipo de cáncer según el grupo etario y el sexo) /denominador (número total de casos reportados). Incluye todos los tipos de cáncer reportados

2.1.4 Distribución porcentual de la población según el tipo de cáncer

Figura 2.4. Distribución de los tipos de cáncer reportados*



*Agrupación realizada de acuerdo con el CIE-10 - La población analizada corresponde al total de pacientes reportados en el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2017 y el 1° de enero de 2018.
CAC-Tipos tumorales priorizados (Cuanta de Alto Costo)
incluye cáncer *in situ* e invasivo, ambos sexos y cualquier edad.

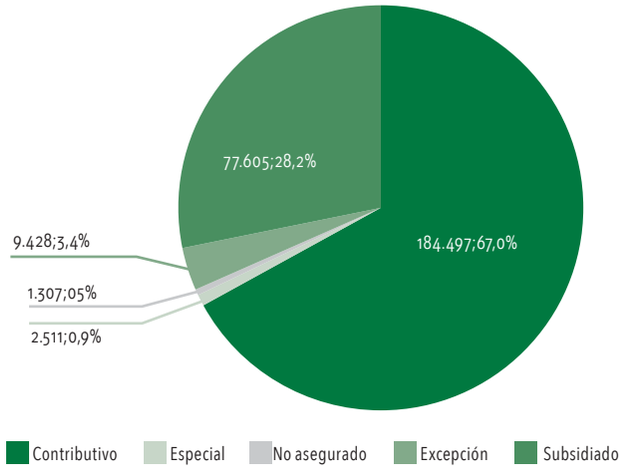
Tal como se observa en la figura 2.4, de los 11 tipos de cáncer priorizados, el cáncer de mama representa el de mayor porcentaje con el 21,8% sobre el total de los casos reportados, seguido del cáncer de próstata con el 11,4% y el de colon con el 6,90%.

En relación con los tumores de naturaleza hematológica, el Linfoma No Hodgkin (LNH) es el más frecuente con el 4,8% de los casos. En general y en términos del porcentaje, el orden de cada tipo de cáncer no presenta mayor variación respecto al periodo inmediatamente anterior.

2.1.5 Distribución de las personas con cáncer según el régimen de afiliación

La mayor cantidad de casos de individuos con diagnostico confirmado de cáncer, ya sea *in situ* o invasivo, se concentran en el régimen contributivo con el 67%, seguido del régimen subsidiado con el 28%. El régimen especial, el de excepción y la población no asegurada agrupan el porcentaje de casos restante. (figura 2.5).

Figura 2.5. Proporción de casos de cáncer según el régimen de afiliación

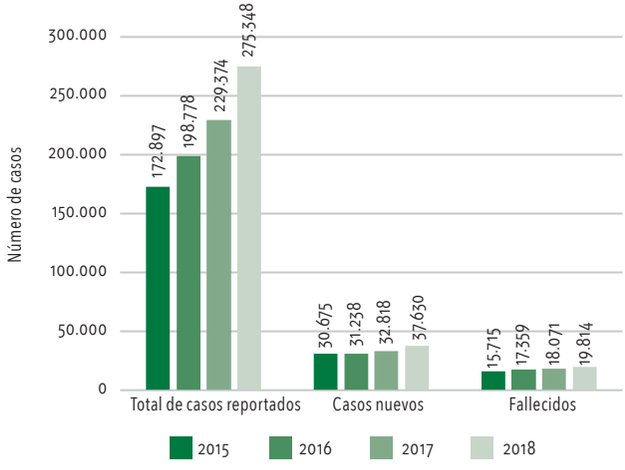


**incluye cáncer *in situ* e invasivo, ambos sexos y cualquier edad.

2.1.6 Evolución del registro, 2015- 2018

Como es de esperar, el registro de cáncer de la CAC muestra un aumento progresivo en el número de casos reportados. En total, se observa un incremento del 59% respecto al número total de casos reportados en el año 2015, mientras que, en los CNR y los fallecidos, el incremento es del 23% y 26% respectivamente.

Figura 2.6. Evolución del registro de cáncer de la Cuenta de Alto Costo*



**incluye cáncer *in situ* e invasivo, ambos sexos y cualquier edad.

2.2 Prevalencia, PCNR y Mortalidad en cáncer

2.2.1 Prevalencia del cáncer invasivo en el país y según el régimen de afiliación

Tabla 2.2. Prevalencia del cáncer en el país y en los régimen contributivo y subsidiado.

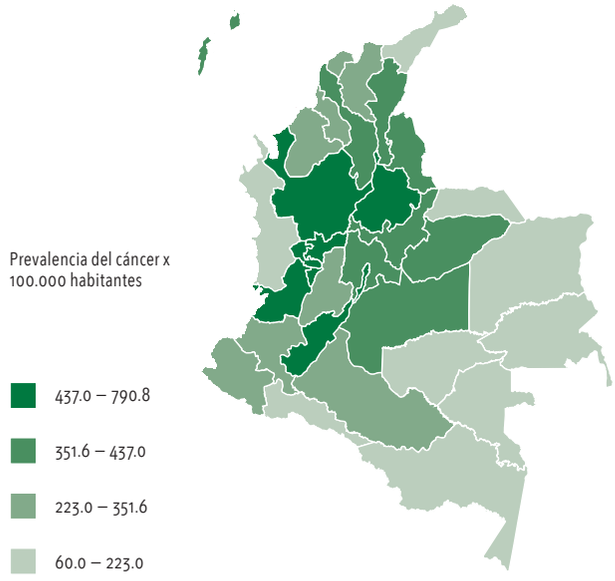
	Nacional*	Régimen Contributivo**	Régimen Subsidiado**
Número de casos	261.738	175.713	73.477
Prevalencia ajustada	531	767,7	343,8

*Prevalencia por 100.000 habitantes. **Prevalencia por 100.000 afiliados (cualquier edad, ambos sexos y cáncer invasivo)

La prevalencia del cáncer invasivo a nivel nacional, incluyendo ambos sexos, es de 531 casos por cada 100.000 habitantes de cualquier edad, (tabla 2.2). En el análisis por el régimen de afiliación se observa que el contributivo presenta más del doble de la prevalencia mostrada por el régimen subsidiado (767,7 vs 343,8).

2.2.2 Prevalencia del cáncer invasivo por departamento

Figura 2.7. Prevalencia de cáncer invasivo por departamento



*Incluye cualquier edad, ambos sexos y cáncer invasivo por 100.000 habitantes

Bogotá, D.C., Antioquia, Risaralda, Valle del Cauca, Huila, Quindío, Santander, Caldas y San Andrés constituyen de mayor prevalencia de cáncer en el país, con cálculos por encima de los 437 casos de cáncer por cada 100.000 habitantes y hasta de 790,8 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que Arauca, Putumayo, Amazonas, Guaviare, Chocó, Vichada, La Guajira, Guainía y Vaupés presentan las prevalencias más bajas a nivel nacional. (figura 2.7 - Tabla 2.10)

2.2.3 Prevalencia del cáncer invasivo en la BDUA

Según los datos reportados, las entidades que a nivel nacional presentan las mayores prevalencias de cáncer invasivo son EAS016, EPS018 y EPS005 con más de 1.000 casos por cada 100.000 afiliados y las que mostraron las estimaciones más bajas son CCF055 y CCF102 con menos de 100 casos por cada 100.000 afiliados. (Tabla 2.11)

2.2.4 PCNR del cáncer invasivo en el país y según el régimen de afiliación

Tabla 2.3. PCNR del cáncer invasivo en el país y según el régimen de afiliación

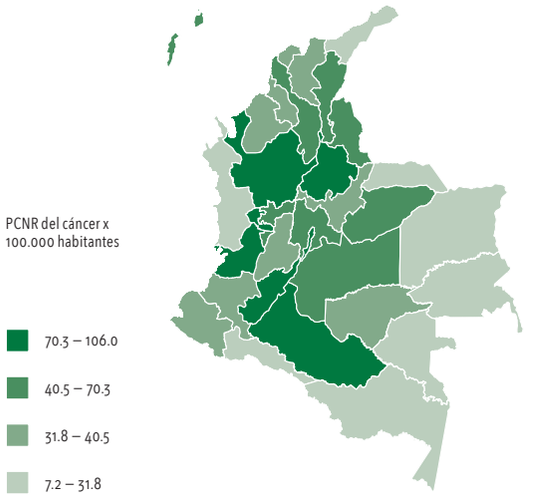
	Nacional*	Régimen Contributivo**	Régimen Subsidiado**
Casos Nuevos reportados	36.009	23.869	11.074
PCNR Ajustada	73,1	103,8	51,9

*PCNR por 100.000 habitantes. **PCNR por 100.000 afiliados (cualquier edad, ambos sexos y cáncer invasivo)

La PCNR a nivel nacional, incluyendo todos los tipos de cáncer invasivo reportados es de 73,10 casos nuevos por cada 100.000 habitantes, (tabla 2.3). Al analizar los casos por el régimen de afiliación, se observa que, en el contributivo, el indicador supera el resultado a nivel país, mientras que, en el subsidiado el resultado es inferior al mismo referente.

2.2.5 PCNR del cáncer invasivo por departamentos

Figura 2.8. PCNR de cáncer invasivo por departamentos



*Incluye cualquier edad, ambos sexos y cáncer invasivo por 100.000 habitantes

Como se puede ver en la figura 2.8 y la tabla 2.10, los departamentos con la mayor PCNR en cáncer, son Bogotá, D.C., Antioquia, Risaralda, Huila, Santander, Valle del Cauca, San Andrés, Caquetá y Quindío, todos con más de 70 casos por cada 100.000 habitantes. Los departamentos de menor PCNR son Sucre, Amazonas, Arauca, Vichada, Putumayo, Vaupés, Chocó, La Guajira y Guainía con menos de 31,8 casos por cada 100.000 habitantes. (Tabla 2.11)

2.2.6 PCNR de cáncer en la BDUA

De acuerdo a los datos reportados, las entidades que a nivel nacional presentan la mayor PCNR de cáncer en general son EPS018, CCF053, EPS005, EPS023, EPS017, EPS010, EPS016, EAS016, EPS008 y EPSS40 con más de 100 casos por 100.000 afectados afiliados, mientras que las entidades CCF023, CCF055, EPSI05, CCF102 y ESS002 son las de menor PCNR. EPSI03 no reportó casos nuevos.

2.2.7 Mortalidad en las personas con cáncer en el país y según el régimen de afiliación

Tabla 2.4. Mortalidad por cáncer invasivo a nivel país y por el régimen de afiliación

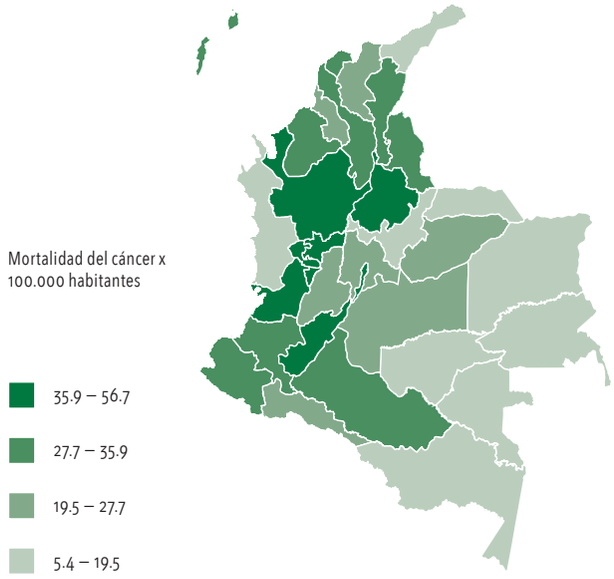
	Nacional*	Régimen contributivo**	Régimen subsidiado**
Fallecidos	19.434	11.387	7.490
Mortalidad Ajustada	39,43	51	34,6

*Mortalidad por 100.000 habitantes. **Mortalidad por 100.000 afiliados (cualquier edad, ambos sexos y cáncer invasivo)

La mortalidad en los pacientes con cáncer a nivel nacional, es de 39,4 casos por cada 100.000 habitantes, (tabla 2.4), Dicho resultado es semejante al obtenido para el régimen subsidiado con 34,6 casos por 100.000 afiliados. En el régimen contributivo la mortalidad asciende a 51 casos por cada 100.000 afiliados.

2.2.8 Mortalidad del cáncer por departamentos

Figura 2.9. Mortalidad en pacientes con cáncer invasivo por departamentos



*Incluye cualquier edad, ambos sexos y cáncer invasivo por 100.000 habitantes

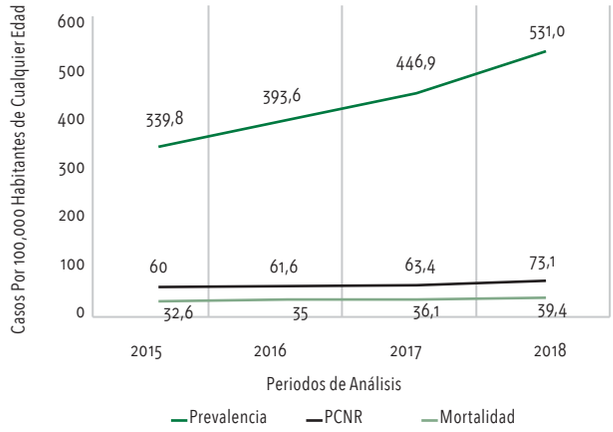
La mortalidad en los pacientes con cáncer superó los 35,9 casos por cada 100.000 habitantes en Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá, D.C., Huila, Risaralda, Santander, Quindío, Caldas y San Andrés. De otra parte, Boyacá, Arauca, Chocó, La Guajira, Vichada, Vaupés, Amazonas, Guaviare y Guainía presentan menor mortalidad. (figura2.9 y tabla 2.10)

2.2.9 Mortalidad del cáncer en la BDUA

La entidad que presentó la mayor mortalidad en los pacientes con cáncer es la EPS018 con más de 100 casos por cada 100.000 afiliados. CCF055, ESS002, CCF102 y EPS045 son las entidades con los valores más bajos respecto a la mortalidad, con menos de 10 casos por cada 100.000 afiliados. (Tabla 2.11)

2.2.10 Prevalencia, PCNR y mortalidad en cáncer (2015 – 2018)

Figura 2.10. Medidas de frecuencia, 2015– 2018 a partir de los datos reportados por las EAPB



*casos por 100.000 habitantes de cualquier edad, incluye ambos sexos y todos los tipos de cáncer invasivo reportados.

Tal como se puede ver en la figura 2.10, tanto la prevalencia como la PCNR y la mortalidad del cáncer muestran un incremento progresivo a partir del 2015, año en que se inició la medición.

El incremento en los resultados de indicadores de morbilidad y mortalidad es más evidente en la prevalencia, siendo este indicador el que muestra la mayor diferencia comparado con los resultados de anteriores periodos, sin embargo, la PCNR también muestra un incremento significativo que puede estar relacionado con una mejoría en la calidad del reporte de los casos, lo cual hace que el número de casos validos aumente también respecto a los años previos.

Cabe aclarar que, aunque cada tipo de cáncer constituye una condición independiente que debe ser analizada de igual forma, el cálculo de los indicadores en cáncer general ofrece una aproximación respecto al comportamiento de este grupo de enfermedades, sin embargo, a lo largo del libro y de forma aún más detallada, se presentan los resultados para cada tipo de cáncer de manera que se pueda tener una idea mucho más objetiva al respecto.

2.2.11 Prevalencia, PCNR y mortalidad de los tipos tumorales priorizados, 2018

Tabla 2.5. Medidas de frecuencia de los tipos de cáncer priorizado

Tipos de cáncer analizados	Número de pacientes prevalentes	Número de pacientes nuevos	Número de pacientes fallecidos	Prevalencia cruda	PCNR cruda	Mortalidad cruda
Cáncer de Mama* (solo mujeres)	57.508	6.045	2.506	230,5	24,2	10
Cáncer de Próstata*	30.912	3.076	1.702	127	12,6	7
Cáncer de Cérvix*	14.638	1.764	1.010	58,7	7,1	4
Cáncer de Colon y recto*	18.747	3.133	1.990	38	6,4	4
Linfoma No Hodgkin, adultos**	10.675	1.378	734	31,5	4,1	2,2
Cáncer de Gástrico*	8.946	2.129	1.982	18,1	4,3	4
Cáncer de Pulmón*	3.901	1.222	1.245	7,9	2,5	2,5
Linfoma Hodgkin, adultos**	2.595	270	114	7,7	0,8	0,3
Melanoma*	3.245	412	243	6,6	0,8	0,5
Leucemia Linfoide Aguda, adultos**	1.101	158	142	3,3	0,5	0,4
Leucemia Mieloide Aguda, adultos**	1.114	213	198	3,3	0,6	0,6

*Indicadores expresados en afectados por 100.000 habitantes.
**Expresados en afectados por 100.000 habitantes mayores de 18 años

El cáncer de mama constituye el tipo de cáncer de mayor representación en términos del número de casos y de los resultados en morbimortalidad (tabla 2.5). Las leucemias agudas por su parte son los tipos menos representativos, sin embargo, debe tenerse en cuanta que los tipos de cáncer hematológico se miden en la población mayor de 18 años, mientras que en el resto de las neoplasias no se hace dicha distinción.

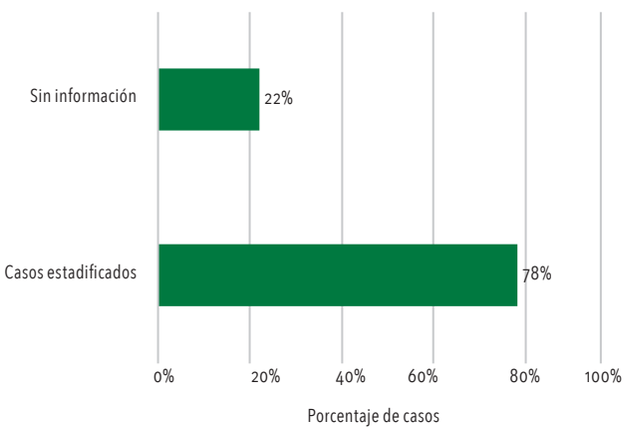
2.3 Estadificación del cáncer

2.3.1 Estadificación de los CNR de cáncer solido

La clasificación TNM, creada por la American Joint Committee on Cancer (AJCC) y la International Union Against Cancer (UICC), permite establecer el momento, el compromiso y el pronóstico de los cánceres de comportamiento sólido, donde la letra T hace referencia al tamaño de tumor primario, la letra N describe la diseminación del cáncer hasta los ganglios linfáticos y la letra M describe las metástasis (1).

Según lo reportado durante el periodo de análisis, el porcentaje de los CNR de cáncer solido que presentó información válida respecto a la estadificación de la enfermedad basada en TNM, FIGO u otras compatibles es del 78% frente al 22% de casos en los que no se estadificó o no se informó el estadio.(figura 2.11).

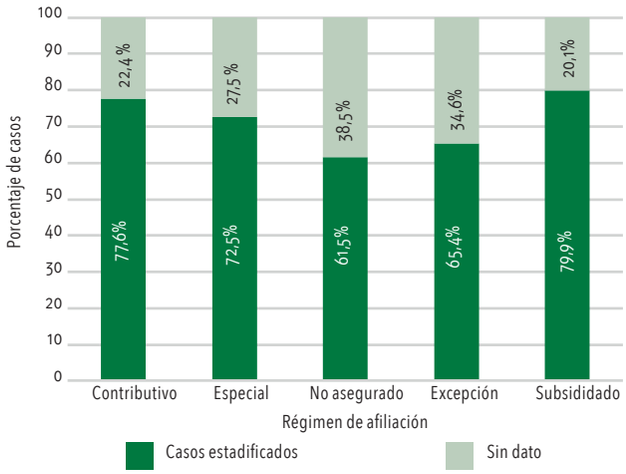
Figura 2.11. Estadificación de los CNR de cáncer solido en Colombia, 2018



**incluye cáncer *in situ* e invasivo, ambos sexos y cualquier edad, excluye cáncer hematolinfático.

2.3.2 Estadificación de los CNR de cáncer solido según el régimen de afiliación

Figura 2.12. Proporción de los casos

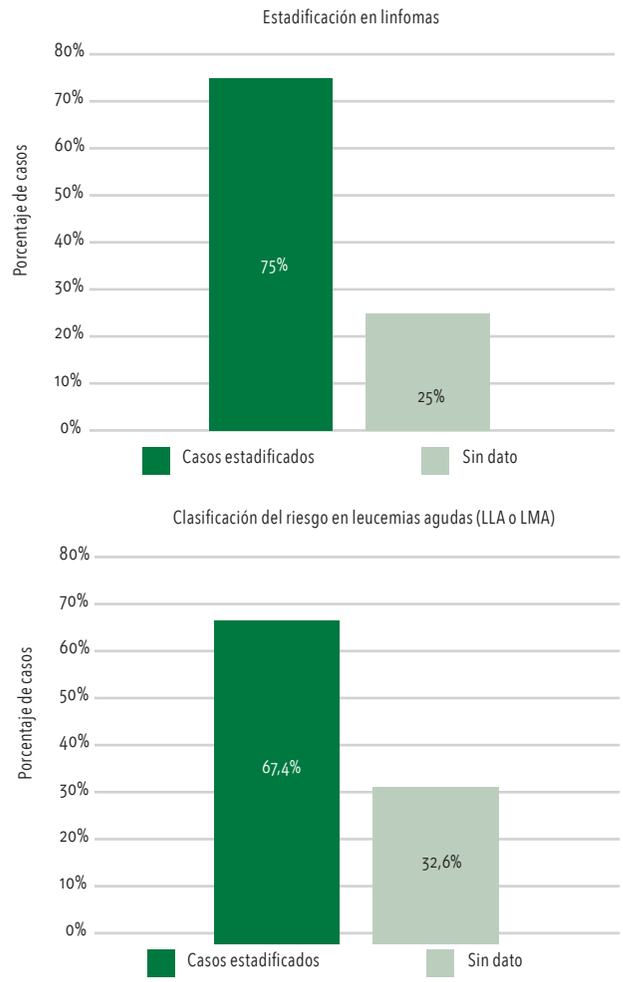


**incluye cáncer *in situ* e invasivo, ambos sexos y cualquier edad, excluye cáncer hematológico.

Con respecto a la proporción de los casos nuevos estadificados por el régimen de afiliación, se puede observar una diferencia de 2,3 puntos porcentuales entre el contributivo y el subsidiado en el porcentaje de los casos estadificados y aquellos que no presentan la información. La población no asegurada, presenta el mayor porcentaje de casos sin información relacionada con la estadificación (38,5% de los casos).(figura 2.12).

2.3.3 Estadificación y clasificación del riesgo en los CNR de cáncer hematológico

Figura 2.13. Estadificación de los CNR de los linfomas y clasificación del riesgo en las leucemias



**incluye ambos sexos y cualquier edad, excluye cáncer sólido.

En el caso de los tipos de cáncer hematológico susceptibles de estadificación, particularmente los linfomas (LNH y LH), el porcentaje de los casos que reportan debidamente la información válida relacionada es del 75% frente al 25% que no reportó estos datos. (figura 2.13)

Respecto a los tipos de cáncer hematolinfático susceptibles de clasificación de riesgo en este caso, específicamente las leucemias agudas (LLA y LMA), se halló que el 67,4% de los casos cuenta con dicha información, mientras que el porcentaje de los casos en que no se ofrecieron datos validos relacionados es del 32,6%. (figura 2.13)

2.4 Tratamiento del cáncer durante el periodo en evaluación

2.4.1 Tipo de tratamiento recibido durante el periodo

El tratamiento del cáncer comprende diferentes alternativas que, dependiendo del tipo de cáncer y de las características particulares de cada paciente, se pueden ofrecen de forma combinada, secuencial o como monoterapia. A continuación, se presentan los registros en términos absolutos del uso de cada una de las terapias disponibles para el manejo del cáncer en el país durante el periodo de reporte.

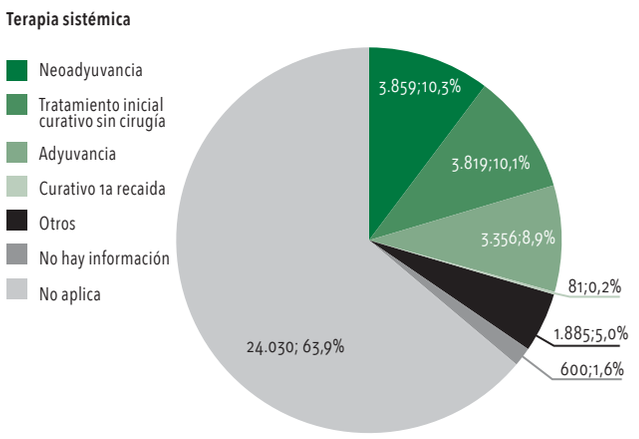
Tabla 2.6. Número de casos que recibieron tratamiento durante el periodo

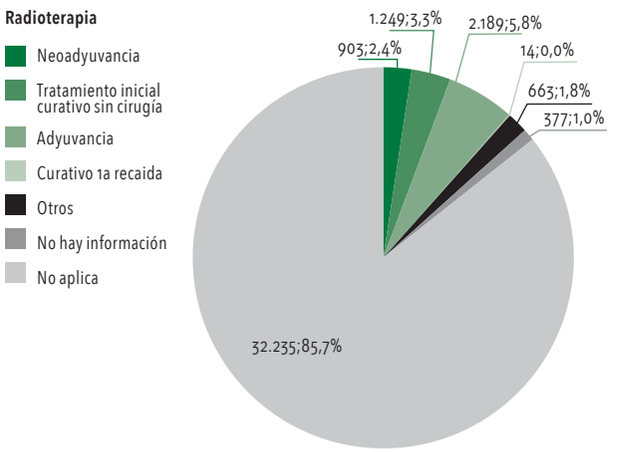
Terapia	Prevalentes	CNR
Terapia sistémica (quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia)	50.973	13.340
Quimioterapia intratecal	3.391	1.046
Cirugía (curativa o paliativa)	21.873	12.352
Radioterapia	13.522	5.083
Trasplante	253	41
Terapia paliativa	14.318	3.902
Manejo por Psiquiatría	2.916	611
Manejo por Nutrición	10.676	4.091

Incluye ambos sexos y cualquier edad (todos los tipos de cáncer reportados)

2.4.2 Ubicación temporal del primer tratamiento del periodo en relación con el manejo oncológico (CNR)

Figura 2.14. Ubicación temporal del primer esquema de tratamiento durante el periodo





**incluye ambos sexos y cualquier edad

Al indagar sobre la ubicación temporal del primer tratamiento recibido durante el periodo en CNR, se observa que el 10% de los casos que recibieron terapia sistémica, lo hicieron como neoadyuvancia, en el mismo porcentaje de casos, se usó como tratamiento inicial curativo sin cirugía sugerida, y en el 9% como tratamiento adyuvante. En el caso de las personas que recibieron radioterapia, el 5,9% la recibieron como adyuvancia, el 3,4% como tratamiento inicial curativo sin cirugía sugerida y el 2,4% como neoadyuvancia. (figura 2.14). En ambos casos el mayor porcentaje obedece a la categoría "no aplica" es decir, son casos en los que, según lo reportado, la administración del tratamiento evaluado no se considera indicada.

2.4.3 Medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer durante el periodo de reporte (CNR)

La farmacología oncológica comprende un volumen de medicamentos significativo.El registro a la CAC cuenta con 32 medicamentos específicos que suelen ser los más utilizados y que fueron establecidos en la Resolución 0247 de 2014 (2), A continuación se presenta un panorama general de su frecuencia de uso sin desagregar por cada tipo de cáncer

Tabla 2.7. Frecuencia de uso de medicamentos en cáncer (CNR)

Medicamentos	Frecuencia de uso	Medicamentos	Frecuencia de uso
Dexametasona	5.073	Bleomicina	433
Ciclofosfamida	3.305	Metilprednisolona	367
Doxorubicina	3.277	Gemcitabina	348
Pegfilgrastim	2.094	Trastuzumab	324
Paclitaxel	1.890	Vinblastina	303
Cisplatino	1.822	Dacarbazina	300
Fluorouracilo	1.784	Imatinib	170
Carboplatino	1.524	Mercaptopurina	151
Prednisona	1.344	Interferonalfa	131
Vincristina	1.317	Melfalan	67
Capecitabina	848	Tioguanina	52
Rituximab	809	Clorambucilo	39
Tamoxifeno	628	Procarbazina	34
Etoposido	555	Busulfano	7
Metotrexato	490	Busulfano	7
Citarabina	474		

**incluye ambos sexos y cualquier edad.

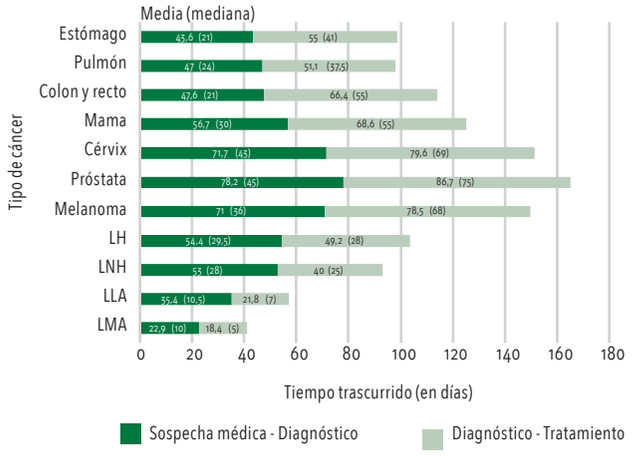
Según lo reportado por las entidades a la CAC, los medicamentos antineoplásicos o de soporte de mayor uso durante el periodo en los CNR obedecen a la dexametasona, ciclofosfamida, doxorrubicina, Pegfilgrastim, Paclitaxel, Cisplatino, Fluorouracilo, Carboplatino, Prednisona y Vincristina con más de 1.000 registros.

2.5 Oportunidad de la atención

2.5.1 Oportunidad del diagnóstico y del inicio de tratamiento en el cáncer en general en CNR

El valor de la oportunidad se obtuvo a partir de la diferencia entre un punto temporal ulterior menos un punto temporal antecedente, generando estimaciones en días que determinan el tiempo transcurrido entre los eventos, para cada grupo considerado en el análisis. En este caso, se muestra el tiempo trascurrido en días, entre la sospecha del cáncer y su confirmación diagnóstica, y entre dicha confirmación y el inicio de tratamiento oncológico.

Figura 2.15. Tiempos de oportunidad en la atención de los tipos de cáncer priorizados para la CAC



**incluye ambos sexos y cualquier edad.

La oportunidad del diagnóstico para cáncer en general muestra un promedio de 60 días (DE± 8,3) y una mediana de 30 (RIQ 15-70)(Tabla2.8.), la diferencia entre ambas medidas obedece a la influencia de datos extremos.

El rango temporal de la sospecha hasta el diagnóstico fue definido como el tiempo que transcurre entre la nota de remisión o interconsulta por parte del médico o institución general, hasta el momento en el que se realiza el diagnóstico oncológico, mientras que el rango temporal del diagnóstico al tratamiento fue definido como el periodo que transcurre entre el diagnóstico oncológico hasta el inicio del primer tratamiento.

De igual manera, la oportunidad del tratamiento revela una media de 64 días (DE± 5,9) y una mediana de 49 días (RIQ 19-92), para el cáncer en general. La diferencia entre las dos medidas presentadas obedece a la presencia de valores extremos, por lo cual la mediana constituye la medida que refleja mejor la oportunidad de la atención. Por otro lado, teniendo en cuenta que el cáncer constituye un grupo de enfermedades muy heterogéneas, se presentan los tiempos medidos de forma independiente para cada uno de los tipos de cáncer priorizados (figura 2.15), de manera que se pueda tener una idea mucho más aproximada a la realidad y a las características particulares de cada tipo de cáncer.

Tabla 2.8. Oportunidad de la atención en cáncer

Variable	Observaciones	Media	Mediana	Desviación estándar	IC 95%		RIQ
Sospecha a diagnóstico	19.051	60,1	30	8.325.908	58,9	61,3	55
Diagnóstico a tratamiento	19.952	64,3	49	5.947.477	63,4	65,1	73

**incluye ambos sexos y cualquier edad.

Según los datos presentados, el cáncer de próstata, el de cérvix y el melanoma constituyen los tipos de cáncer de peor oportunidad tanto en lo relacionado con el diagnóstico de la enfermedad como con el inicio de tratamiento, superando entre ambos hitos los 140 días en promedio. Los tipos de cáncer de naturaleza hematológica representan la mejor oportunidad en general, tanto en la confirmación del diagnóstico como en el inicio del tratamiento. (figura 2.15)

2.6 Tablas complementarias

Tabla 2.9. Distribución de los casos de cáncer general por sexo y grupos etarios

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
De 0 a 4 años	301	376	677
De 5 a 9 años	844	1.099	1.943
De 10 a 14 años	934	1.266	2.200
De 15 a 19 años	1.038	1.334	2.372
De 20 a 24 años	1.486	1.430	2.916
De 25 a 29 años	2726	1.646	4.372
De 30 a 34 años	4.708	2.037	6.745
De 35 a 39 años	7.606	2.661	10.267
De 40 a 44 años	9.841	2.896	12.737
De 45 a 49 años	14057	3917	17974
De 50 a 54 años	19481	5897	25378
De 55 a 59 años	22250	8368	30618
De 60 a 64 años	22348	11030	33378
De 65 a 69 años	20002	14020	34022
De 70 a 74 años	16105	14083	30188
De 75 a 79 años	12754	13048	25802
>80 años	17.013	16.746	33.759
Total	173.494	101.854	275.348

Tabla 2.10. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer invasivo por departamento

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Amazonas	115,5	185,6	20,5	30,7	6,4	9,9
Antioquia	783	745,4	111,3	105,9	59,3	56,7
Arauca	170,5	223	21,3	27,8	12,7	16,6
Atlántico	339	347,9	35,1	35,8	26,9	27,7
Bogotá, D.C.	834,5	790,8	112,3	106	51,4	50,1
Bolívar	361,3	388	45,2	48,7	30,6	32,7
Boyacá	421,1	368,1	45,5	40,1	23,3	19,5
Caldas	574,4	484,5	61	52	44,7	36,3
Caquetá	244,3	311,6	58,2	74,3	27,1	34,9
Casanare	297	380,5	32	41,7	15,4	21,1
Cauca	294,6	308,7	35,9	37,6	27,1	28
Cesar	288	355,2	41,9	51,4	27,4	34,6
Chocó	92,1	139,2	11,8	17,6	10,8	16
Córdoba	290,8	332,1	33,8	38,6	24,4	27,9
Cundinamarca	392,2	395,3	52,9	53,4	26,7	26,7
Guainía	37,4	61,2	4,7	7,2	4,7	5,4
Guaviare	101,6	140,5	27,1	37,9	6,1	7,7
Huila	506,4	557,7	93,2	102,7	42,6	47,2
La Guajira	90,3	128,5	10,3	14,2	8,6	12,3
Magdalena	238,4	275,5	28,1	32,3	19,1	22,1
Meta	337,5	381,8	52,5	58,9	19,9	22,7
Nariño	333,7	351,6	38,3	40,5	26,6	27,8
Norte de Santander	389,8	412,7	55,4	58,6	33	35
Putumayo	149,1	200,1	16,7	21,7	16,9	23,4
Quindío	650,7	554,9	82,6	70,3	45,7	38
Risaralda	831,8	717,9	122,7	105,8	50,8	43,2
San Andrés	447,5	437	87,4	87	33,4	35,9
Santander	569,1	523,8	104,7	96,5	46,4	42,1
Sucre	291,4	309,5	29,8	31,8	25,2	26,6
Tolima	357,6	323,2	42,5	38,9	29	25,4
Valle del Cauca	674,6	617,1	97,3	89,1	58,3	52,9
Vaupés	44,9	60	13,5	17,7	6,7	10,4
Vichada	92,8	131,4	18,6	27,4	8	11,9
Total	**531**	**531**	**73,1**	**73,1**	**39,4**	**39,4**

**incluye ambos sexos y cualquier edad, cáncer invasivo. (por 100.000 habitantes)

Tabla 2.11. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer invasivo en la BDUA

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
CCF007	331	358,4	28	31,5	30,2	32,4
CCF015	259,5	291,6	44,1	49,3	30,6	34,3
CCF023	82,4	106,5	3,1	4,4	8,5	10,6
CCF024	619,3	632,5	89,9	91,9	50,8	50,7
CCF027	386,7	409,3	69,5	73,8	42,9	45,5
CCF033	233,9	228,6	22,7	21,2	16	14,7
CCF050	356,6	332,5	78,4	72,7	38,8	35,2
CCF053	750,8	694,1	211,1	197,2	52,6	48,1
CCF055	77,9	94,8	3	3,5	7,7	9,3
CCF102	36,8	53,4	2,4	2,1	5,9	8,6
EAS016	2848	1354,9	318,7	113,3	92,5	40,6
EAS027	2601	639,8	128,1	25,3	197	34,2
EPS001	882,6	695,3	37,9	30,5	45,5	36,1
EPS002	273,1	374,1	35,4	43,9	18,6	26,9
EPS005	989,2	1001,4	182,5	182,7	67,1	70
EPS008	824,4	876,7	103,2	111	34,5	40,5
EPS010	812,9	980,5	110,6	130,9	49,9	69,1
EPS012	703,1	687,8	23,6	21,7	47,7	49,5
EPS016	862,4	893,2	126,4	129,4	69,8	75,7
EPS017	740,5	972,8	113,5	147,2	48,4	71,7
EPS018	1051,6	1298,7	180,3	219,9	72,7	101,9
EPS022	472,5	381,9	43,8	33,8	40,2	30,9
EPS023	781,9	937,3	140	166,6	55,8	75
EPS025	395,5	424	39,2	43,1	21,8	23,6
EPS033	539,7	662,6	58,1	66	41,7	49,8
EPS037	1042,1	607,6	124,3	73,7	90,5	48,8
EPS044	592,8	633,7	56,2	58,9	11,2	12
EPS045	172,5	148,1	30,3	27,2	7	6,1
EPSI01	127,1	218,1	14,7	25,3	8,6	17,1
EPSI03	123	155,8	0	0	11,4	14,8
EPSI04	88,5	115,6	18,3	23,9	12,7	16,5
EPSI05	211,1	245,8	1,9	2,4	16,4	19
EPSI06	220,6	269,8	15,9	18,6	29,4	36,6
EPSS33	345,2	354,3	56,5	57,8	45,8	46
EPSS34	684,4	612,7	87,3	78,1	53,9	47,5
EPSS40	618,2	567,4	110,5	101,1	67	60

Tabla 2.11. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer invasivo en la BDUA (continúa)

EPSS41	167,7	159,8	48,4	47	28	26,1
ESS002	250,7	269,8	1,7	2	8	8,7
ESS024	332,2	363,4	70,9	77,6	40,6	44,5
ESS062	424	440,8	72,4	75,2	47,5	48,7
ESS076	198,7	224,9	26,8	30,6	25	28,1
ESS091	524,6	459,6	58,8	51,5	44,7	38
ESS118	223,6	228,5	31,9	32,8	33,4	34,2
ESS133	235,7	239,2	13,3	13,6	20,9	20,8
ESS207	365,9	417,2	55,8	63,5	29,1	33,2
Total	**560,2**	**560,2**	**78,6**	**78,6**	**42,4**	**42,4**

**incluye ambos sexos y cualquier edad, cáncer invasivo. (por 100.000 afiliados)

Referencias bibliográficas

1. AJCC AJC on C. Cancer Staging System. What is Cancer Staging? 2017.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 000247 de 2014. Imprenta Nacional de Colombia; 2014 p. 1–22.

Lista de tablas

Lista de figuras

NEOPLASIAS SÓLIDAS

PARTE II

3. CÁNCER DE MAMA
CIE-10: C50 – D50; CIE-O-3: C50

3.1 Características generales de la población con cáncer de mama

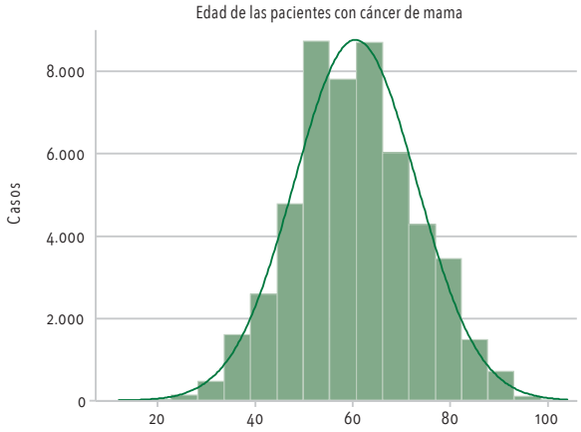
En el registro, el cáncer de mama ocupó el primer lugar entre los tumores malignos más frecuentes en la población total y también para el caso específico de las mujeres, con un total de 59.837 registros para el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2017 a 1° de enero de 2018. Durante dicho lapso se presentaron un total de 6.348 personas con diagnóstico de cáncer de mama, de los cuales 303 (4,8%) correspondieron a casos de carcinoma *in situ* (CIE-10 D50) y 6.045 (95,2%) fueron casos de cáncer de mama invasivo (CIE-10 C50).

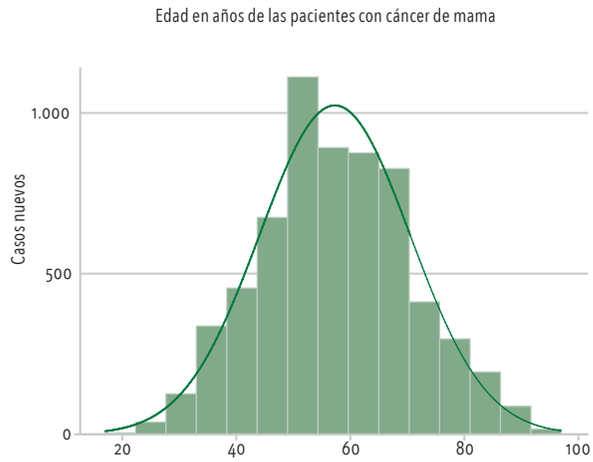
La prevalencia del país[1] fue de 230,5 mujeres por 100.000 habitantes mujeres, la prevalencia exclusivamente para las afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado fue de 236,9 afectadas por 100.000 mujeres afiliadas. La PCNR del país fue de 24,2 por 100.000 mujeres y la PCNR para los regímenes contributivo y subsidiado se ubicó en 25,4 afectadas por 100.000 mujeres afiliadas a la BDUA. El total de pacientes fallecidas con cáncer de mama fue de 2.522, con una mortalidad para el país de 10,0 por 100.000 mujeres. El análisis se realizó exclusivamente en mujeres

3.1.1 Edad de las pacientes con cáncer de mama

Al considerar todas las afectadas por cáncer de mama el promedio de la edad fue de 61 años (DE ± 12,7). En las pacientes diagnosticadas durante el periodo, el promedio de la edad fue de 57 años (DE ± 13,2) (tablas 3.17 y 3.18). La distribución de la edad siguió un patrón normal, unimodal con algunos valores extremos al inicio y al final de la curva (figuras 3.1).

Figura 3.1. Histogramas de edad y curva de normalidad de las pacientes con cáncer de mama

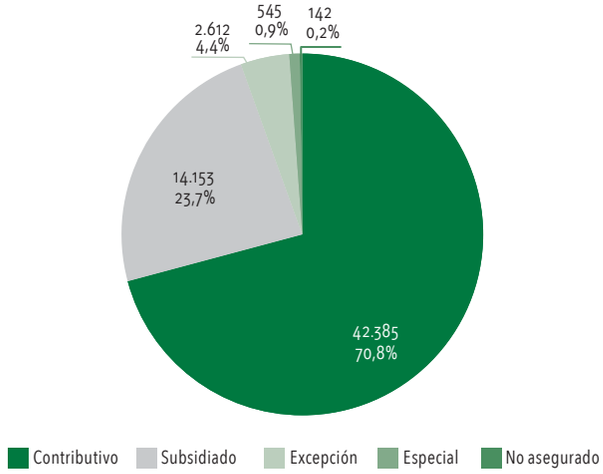




3.1.2 Distribución de las pacientes con cáncer de mama según el régimen de afiliación

La mayor proporción de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama fue reportada por las entidades del régimen contributivo, que representan el 71% del total, seguido del régimen subsidiado con el 24% de los casos (figura 3.2).

Figura 3.2. Proporción de los casos de cáncer de mama según el régimen de afiliación



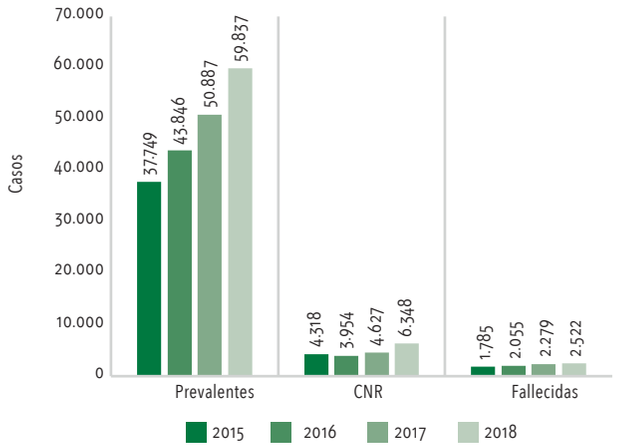
3.1.3 Evolución del registro de cáncer de mama (2015-2018)

El registro de cáncer con la información auditada se ha realizado a lo largo de cuatro periodos, desde el 2015 hasta el año 2018, presentando un aumento progresivo en el número de pacientes con la enfermedad. Específicamente, para el año 2018, se presentó el mayor aumento de casos nuevos, con un incremento entre los dos últimos años (2017-2018) del 37% frente a un

1 Datos país, observados en el SGSSS, incluye el reporte de los regímenes: especial, excepción y de los no asegurados.

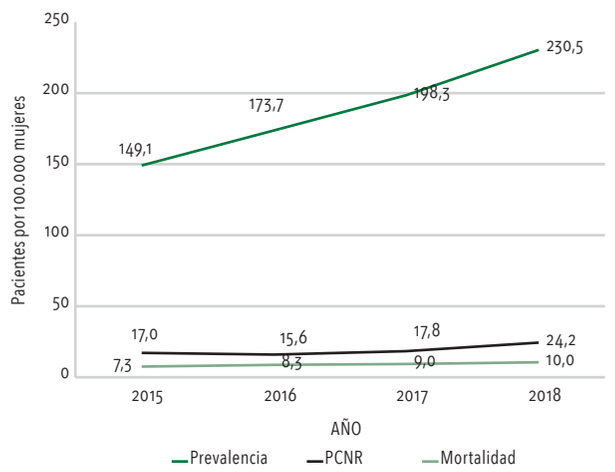
incremento del 17% entre los periodos 2016-2017 (figura 3.3). Esto se ve reflejado en las medidas de morbimortalidad con un aumento notorio en la prevalencia y en la PCNR (figura 3.4).

Figura 3.3. Evolución del registro de cáncer de mama de la CAC, 2015-2018



* Incluye los casos reportados con carcinoma *in situ*. El año hace referencia al corte.

Figura 3.4. Medidas de frecuencia del cáncer de mama 2015-2018 a partir de los datos reportados por las EAPB



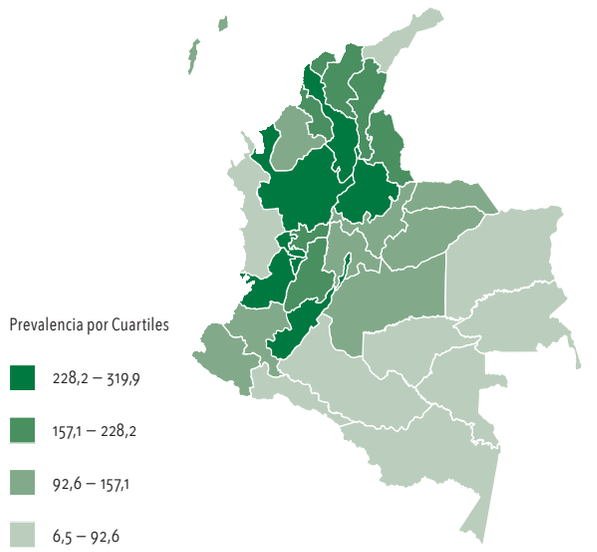
* Excluye los casos reportados con carcinoma *in situ*. El año hace referencia al corte.

3.2 Prevalencia, PCNR y mortalidad en cáncer de mama

3.2.1 Prevalencia del cáncer de mama invasivo en Colombia

La prevalencia del cáncer de mama en el país fue de 230,5 por 100.000 habitantes mujeres (tabla 3.19)[2]. Los departamentos con la mayor prevalencia, superior al promedio nacional, fueron Risaralda, Antioquia, Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Quindío, Huila, Bolívar y Santander con prevalencias de 374,5, el más alto, a 257,6 afectadas por 100.000 habitantes mujeres (figura 3.5).

Figura 3.5. Prevalencia ajustada del cáncer de mama invasivo por departamento



Los departamentos con menor prevalencia fueron Vaupés, Guainía, Guaviare, Vichada, Amazonas, Chocó, Putumayo, La Guajira y Caquetá, con prevalencias entre 4,5 y 70,3 afectadas por 100.000 habitantes mujeres (figura 3.5).

3.2.2 Prevalencia del cáncer de mama invasivo en la BDUA

El total de personas con cáncer de mama afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado fue de 56.304, de las cuales 54.304 se reportaron con cáncer invasivo. La prevalencia global para estos dos regímenes se ubicó en 236,9 por 100.000 mujeres afiliadas a la BDUA (tabla 3.1). Las mayores prevalencias ajustadas las presentaron las entidades EAS016 y EPS018, (tabla 3.20 para consultar los valores de prevalencia por entidad).

2 Datos país, observados en el SGSSS

Tabla 3.1. Prevalencia del cáncer de mama* según el régimen de afiliación

Pacientes con cáncer de mama BDUA	Pacientes régimen contributivo	Pacientes régimen subsidiado	Prevalencia ajustada contributivo	Prevalencia ajustada subsidiado	Prevalencia total C y S
54.304	40.519	13.785	331,8	129,6	236.9

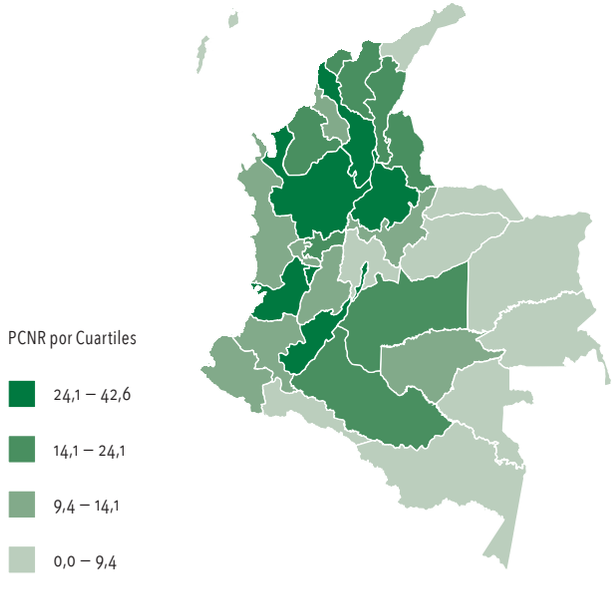
C: régimen contributivo; S: régimen subsidiado. *Cáncer de mama invasivo

3.2.3 PCNR de cáncer de mama en Colombia

La PCNR del cáncer de mama en el país se ubicó en 24,2 por 100.000 habitantes mujeres (tabla 3.19)[3]. Los departamentos con la mayor PCNR fueron: San Andrés, Antioquia, Risaralda, Bogotá, D.C., Huila, Valle del Cauca, Santander y Bolívar, con proporciones entre 42,6, el más alto, a 24,8 por 100.000 habitantes mujeres (figura 3.6).

Los departamentos con la menor PCNR fueron La Guajira, Putumayo, Arauca, Casanare, Chocó, Vichada y Amazonas, con proporciones de 5,3 a 9,4 por 100.000 habitantes mujeres. Vaupés y Guainía no reportaron casos nuevos (figura 3.6).

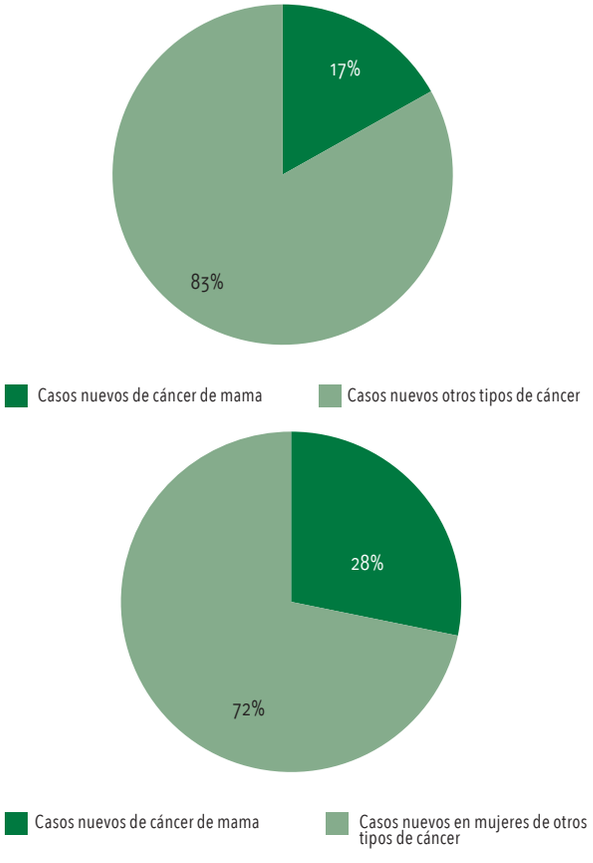
Figura 3.6. PCNR de cáncer de mama invasivo por departamento



De los casos nuevos de cáncer en la población total, el cáncer de mama representó el 17% de las neoplasias (figura 3.7).

3 Datos país, observados en el SGSSS

Figura 3.7. Representación del cáncer de mama respecto al total de casos reportados



De los casos nuevos de cáncer en mujeres, el cáncer de mama representó el 28% de las neoplasias (figura 3.7).

3.2.4 PCNR de cáncer de mama en la BDUA

La PCNR para el total de las entidades de los regímenes contributivo y subsidiado fue de 25,4 por 100.000 habitantes mujeres (tabla 3.2). Las entidades con las mayores proporciones de cáncer de mama fueron: CCF053 y EPS018 (tabla 3.2).

Tabla 3.2. PCNR de cáncer de mama según el régimen de afiliación*

Pacientes con cáncer de mama BDUA	Pacientes régimen contributivo	Pacientes régimen subsidiado	Prevalencia ajustada contributivo	Prevalencia ajustada subsidiado	Prevalencia total C y S
5.824	4.070	1.754	33,0	16,6	25.4

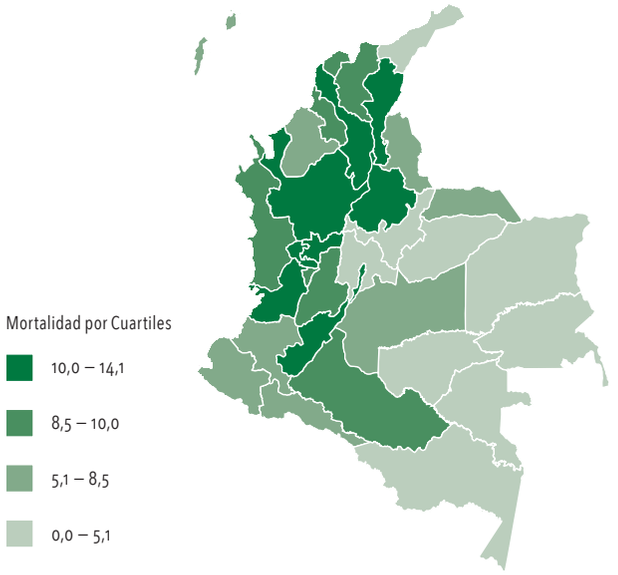
C: régimen contributivo; S: régimen subsidiado. *Cáncer de mama invasivo

3.2.5 Mortalidad en las pacientes con cáncer de mama en Colombia

La mortalidad en las pacientes con cáncer de mama en el país se ubicó en 10,0 fallecidas por 100.000 mujeres (tabla 3.19)[4]. Los departamentos con la mayor mortalidad fueron Bolívar, Valle del Cauca, Antioquia, Atlántico, Cesar, Risaralda, Huila y Santander, con tasas entre 14,1, el más alto, y 10,2 por 100.000 mujeres (figura 3.8).

Los departamentos con la menor mortalidad fueron Guaviare, Casanare, Vichada, Chocó, La Guajira, y Boyacá, con mortalidades entre 2,5 y 5,1 por 100.000 mujeres. Vaupés, Guainía y Amazonas no reportaron casos (figura 3.8).

Figura 3.8. Mortalidad ajustada en cáncer de mama invasivo por departamento



3.2.6 Mortalidad en cáncer de mama en la BDUA

La mortalidad en las pacientes con cáncer de mama registró las mayores tasas ajustadas en las entidades EPS016 y EPS033 (tabla 3.9), la mortalidad por aseguramiento[5] se ubicó en 10,6 por 100.000 mujeres afiliadas a la BDUA (tabla 3.3).

Tabla 3.3. Mortalidad de cáncer de mama según el régimen de afiliación*

Pacientes con cáncer de mama BDUA	Pacientes régimen contributivo	Pacientes régimen subsidiado	Prevalencia ajustada contributivo	Prevalencia ajustada subsidiado	Prevalencia total C y S
2.425	1.442	983	12,0	9,2	10,6

C: régimen contributivo; S: régimen subsidiado. * Cáncer invasivo

3.3 Estadificación del cáncer de mama

La mayoría de los tumores sólidos, incluido el cáncer de mama, son estadificados de acuerdo con el sistema TNM, el cual incluye el compromiso del tumor primario, el estado ganglionar y la presencia de metástasis (1). En el caso de cáncer de mama, recientemente fue publicada la octava edición de la clasificación del TNM, donde se reconoció la necesidad de incorporar al sistema factores biológicos, como el grado tumoral, la tasa de proliferación, la expresión del receptor de estrógenos y la progesterona, la expresión del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) y los paneles pronósticos de expresión génica; de esta forma la octava edición proporciona una plataforma más completa que cuando se utiliza una clasificación pronóstica basada exclusivamente en los factores anatómicos tradicionales, ya que puede modificarse y mejorarse utilizando biomarcadores de las pacientes y los datos de panel de pronóstico multifactorial (1). La octava edición entró en vigor en enero de 2018, posterior al reporte de los datos, por lo cual se hace referencia al sistema TNM en su séptima edición.

3.3.1 Estadificación TNM del cáncer de mama

En los casos nuevos se encontró que en los regímenes contributivo y subsidiado la estadificación se reportó en cerca del 90% de las pacientes. En los otros regímenes se encuentra entre el 70-84%. Al excluir los casos sin estadificar, los estadios I y II, representan el 66% de los casos de cáncer de mama en el régimen contributivo y el 55% en el subsidiado. El régimen especial a pesar de contar con pocos casos, presentó el 80% de sus pacientes en estadios I y II (figura 3.9 y 3.10, tabla 3.21)[6].

4 Datos país, observados en el SGSSS

5 Regímenes contributivo y subsidiado

6 Datos analizados solo en población de CNR por contar con mejor registro de información.

Figura 3.9. Estadio TNM en cáncer de mama

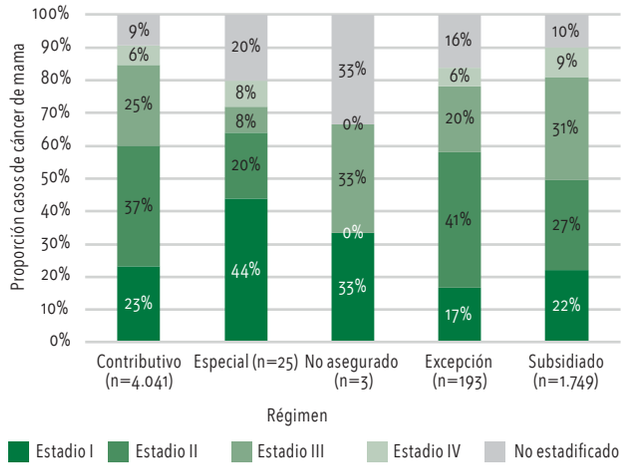
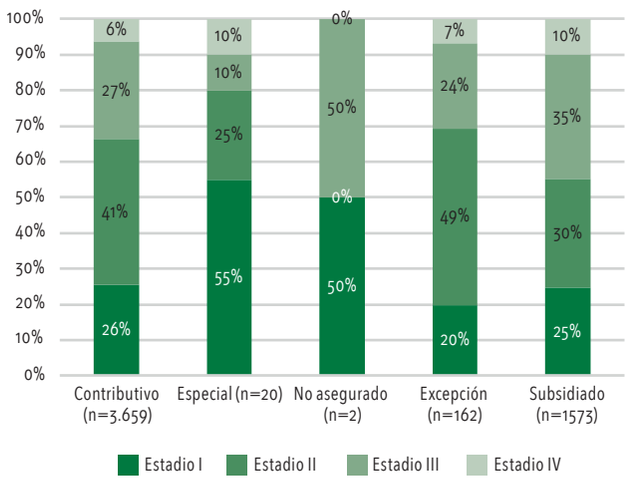


Figura 3.10. Estadio TNM en cáncer de mama*



* Excluye a las pacientes sin estadificar

3.4 Estudio del HER2

El Receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) es un gen que influencia el crecimiento, división y reparación celular tumoral en el cáncer de mama, además está asociado a una rápida proliferación, acortamiento de la supervivencia libre de progresión y peor supervivencia en esta enfermedad, para la cual hoy día existen terapias biológicas dirigidas que mejoran la tasa de respuesta, el pronóstico y la supervivencia (2).

El reporte de la expresión tumoral del receptor HER2 mediante técnica de inmunohistoquímica se informe como 0 (Negativo), 1+ (Negativo), 2++ (Equívoco) o 3+ (Positivo) y el algoritmo de diagnóstico de expresión requiere que en los casos equívocos (2++) se realice un estudio adicional de expresión genética mediante técnicas de FISH, CISH o DISH, qué definen si hay o no amplificación del gen. Por tanto, los casos verdaderamente positivos para sobreexpresión del HER 2 son los 3+ por inmunohistoquímica o que muestran amplificación mediante análisis por hibridación fluorescente *in situ* (FISH), análisis de HER2 mediante hibridación cromogénica *in situ* (CISH SPoT-Light) o análisis de HER2 mediante hibridación *in situ* (ISH) dual (DISH) (3).

De las 6.348 pacientes nuevas reportadas, el 78,5% de los casos (4.758, excluyendo 284 reportados como *in situ* en la misma variable) presentaron resultado de la prueba HER2 en el reporte patológico, de las cuales el 66% de las pacientes tuvieron un resultado negativo, 20,2% tuvieron resultado positivo y 13,8% resultado equívoco (tabla 3.4).

Tabla 3.4. Resultado de la prueba HER2 por inmunohistoquímica en los CNR

Resultado HER2	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Positivo (+++)	961	20,2
Equívoco (++)	656	13,8
Negativo (+)	2.011	42,3
Negativo (cero)	1.130	23,7
Total	**4.758**	**100**

Según la tabla anterior, en la cual se reportaron 656 casos con resultado de HER2 equívoco (2+), deberían haberse realizado el mismo número de estudios de FISH según el algoritmo diagnóstico, sin embargo, solo se realizó en el 18% (119 estudios) y de estos mostraron sobreexpresión el 20%, siendo esto mayor a lo reportado en la literatura, 7-10% (4). Algo que llama la atención además de esto, es que al verificar los estudios de FISH realizados (327 casos en total), su pudo comprobar que 52 estudios se realizaron en pacientes HER2 3+ por IHQ, 114 en HER2 negativos por IHQ (83 a 1+ y 31 a resultado 0) (tabla 3.5).

Tabla 3.5. Realización de la prueba FISH según el resultado de la prueba HER2 en los CNR

Realización de FISH	Resultado HER2 por IHQ			
	Positivo (+++)	Equívoco (++)	Negativo (+)	Negativo (cero)
Se realizó	53	119	83	31
No se realizó / Sin dato	908	537	1.928	1.099
Total	**961**	**656**	**2.011**	**1.130**

Al determinar la correlación de casos HER2 3+ con FISH +, muestra que esta correlación es de tan solo el 20%, la literatura presenta 69-84% de concordancia en este grupo (4,5), así mismo llama la atención que de los casos HER2 negativos por IHQ (0 y 1+) 13% mostraron sobreexpresión por FISH (tabla 3.6).

Tabla 3.6. Resultado de la prueba FISH según la prueba HER2 por IHQ

Resultado de FISH	Resultado HER2 por IHQ			
	Positivo (+++)	Equívoco (++)	Negativo (+)	Negativo (cero)
1. Positivo	11	24	9	6
2. Negativo	42	95	74	25
Total	**53**	**119**	**83**	**31**

De esta forma se agruparon los 4.758 casos iniciales que contaban con resultado de HER2, excluyendo los 537 casos con HER2 por IHQ equívoco a quienes no se le realizo FISH o no hay dato, para determinar el total de casos con resultado positivo y negativo. Se obtuvieron 958 casos con resultado positivo, 919 por IHQ y 39 por FISH y 3.263 casos con resultado negativo (tabla 3.7).

Tabla 3.7. Resultado HER2 (IHQ más FISH)

HER2	Casos	Porcentaje (%)
Positivo	958	22,7
Negativo	3.263	77,3
Total	**4.221**	**100**

La positividad para la prueba de HER2 indica que las pacientes tienen una probabilidad mucho mayor de beneficiarse del tratamiento con los medicamentos dirigidos al bloqueo de la proteína HER, como trastuzumab o pertuzumab, que disminuyen el riesgo de recurrencia independientemente del estadio y mejoran el pronóstico. De allí la importancia de su medición en todas los personas con diagnóstico de cáncer de mama invasivo. El uso del trastuzumab está indicado en adyuvancia en todas las pacientes con tumores de más de 1 cm ya que disminuye el riesgo de recurrencia en un 50%, independiente del estadio (6,7).

Por lo anterior, se determinó en los 958 casos con HER2 positivo el tratamiento recibido, encontrando que 224 casos (23,4%) recibieron trastuzumab, adicionalmente se encontraron 34 casos que recibieron pertuzumab y 2 casos reportaron el uso de trastuzumab emtansina (tabla 3.8).

Tabla 3.8. Terapia anti HER2 utilizada en el tratamiento del cáncer de mama

HER2 positivo (n = 958)	
Medicamento	Casos
Trastuzumab	224
Pertuzumab	34
Trastuzumab emtansina	2

3.5 Estudio de receptores hormonales

Al igual que el conocimiento sobre el estado de HER2 como factor pronóstico y predictivo en el tratamiento clínico del cáncer de mama, también es importante el análisis de receptores de hormonas, ya que permite determinar la probabilidad de respuesta del tumor a la manipulación hormonal (8).

Los resultados obtenidos muestran que, de las 6.348 pacientes nuevas, al 75% (n = 4.788) se les reportó el resultado de este análisis; del 25% restante no se tuvo el dato o no se le realizó la prueba. De aquellas a quienes se les practicó la prueba, el 79,1% tuvieron resultado positivo y el 20,9% restante negativo para ambos receptores de hormonas (tabla 3.9). Esto implica que la mayor proporción de las mujeres del registro responderían a la hormonoterapia para reducir o detener la proliferación y la diseminación del tumor, lo cual se correlaciona con los datos de estudios similares realizados en otros países (9,10).

Tabla 3.9. Resultados de la prueba de receptores hormonales en los CNR

Resultado de la prueba de receptores hormonales	Casos	Porcentaje (%)
Positivo para receptor de progesterona y receptor de estrógeno	3.238	67,6
Receptor de estrógeno positivo, receptor de progesterona negativa	449	9,4
Receptor de Progesterona positivo, receptor de estrógeno negativo	98	2
Negativo para receptor de progesterona y receptor de estrógeno	1.003	20,9
Total	**4.788**	**100**

Así mismo se determinaron los casos con resultados de HER2 y de receptores hormonales, encontrando los resultados mencionados en la tabla 3.10.

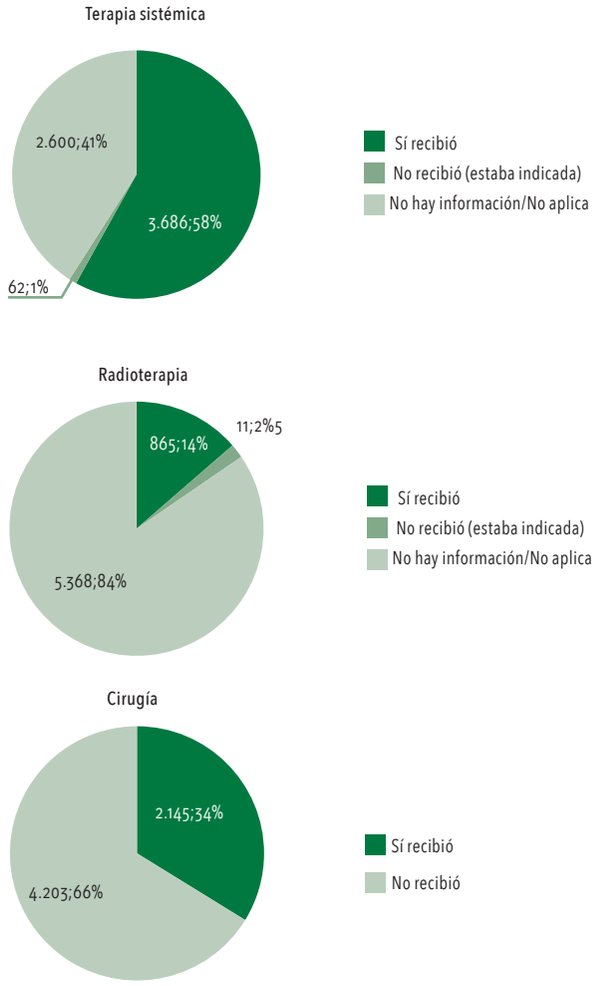
Tabla 3.10. Resultados de HER2 y receptores hormonales en los CNR

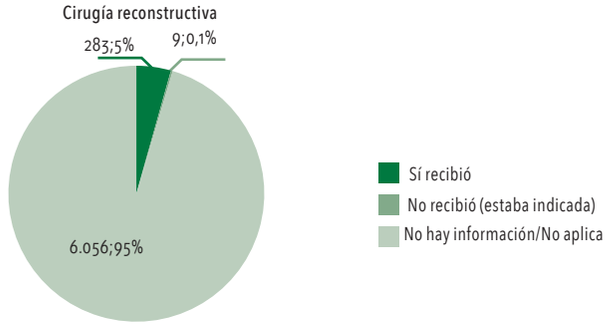
Receptores hormonales	Casos HER2 positivo	Casos HER2 equívoco	Casos HER2 negativo	Total
Positivo	588	291	2.906	3.785
Negativo	263	46	694	1.003
Desconocido	107	200	1.253	1.560
Total	**958**	**537**	**4.853**	**6.348**

3.6 Terapia general en el cáncer de mama

En el tratamiento general observado en las 6.348 pacientes nuevas registradas con cáncer de mama se encontró que:

Figura 3.11. Proporción de los casos de cáncer de mama según el tipo de tratamiento recibido en el periodo





Los porcentajes de registros para los que no hay datos no corresponden con lo esperado, a pesar de que no se presentan los estadios, lo cual pueden dar diferencias en la terapia, ya que para este tipo de cáncer se esperan índices más altos de la realización de los diferentes tipos de terapia. Se estima que lo anterior se puede deber a la falta de soportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC.

3.6.1 Tratamiento del cáncer de mama

El tratamiento del cáncer de mama se puede resumir en tres opciones generales: el tratamiento quirúrgico, el cual se considera de elección para manejar el cáncer de mama en todos los estados no metastásicos, sin embargo, la secuencialidad entre quimioterapia y cirugía depende de múltiples factores clínicos y de la expresión de receptores hormonales en las células tumorales. La terapia neoadyuvante que se plantea para la citoreducción y la valoración de la respuesta a la terapia previa a la cirugía, y la terapia adyuvante que se utiliza en las pacientes llevadas a cirugía previamente y cuyo objetivo es disminuir el riesgo de recurrencia local y sistémica. Por otro lado, la quimioterapia paliativa en la enfermedad metastásica tiene el objetivo de controlar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida y la supervivencia. En cualquiera de las opciones anteriores, se incluye una gran variedad de agentes quimioterapéuticos, hormonales y las terapias dirigidas (11).

El análisis de los medicamentos realizado en este documento fue elaborado sobre los casos nuevos reportados.

3.6.2 Medicamentos observados en el reporte

En el reporte de las pacientes con cáncer se registran los medicamentos de primer y último ciclo dentro del periodo, 32 de ellos ya definidos en el anexo técnico de la Resolución 0247 de 2014, otros tipos de medicamentos pueden ser reportados por las entidades en

determinadas variables dispuestas para ello; para este caso se hizo un conteo de los medicamentos indicados en cáncer de mama.

Es importante mencionar que muchos de estos medicamentos se usan en diferentes combinaciones (dupletas o tripletas), lo que se conoce como esquema de quimioterapia, el cual se prescribe dependiendo del estadio de la enfermedad, de las pruebas de HER2 y de los receptores hormonales, del estado de menopausia (pre o posmenopáusica), entre otras características y particularidades que se contemplan específicamente en las guías de práctica clínica. En el presente documento, se presenta un panorama general de frecuencia de uso de los medicamentos indicados para el cáncer de mama.

Los medicamentos que se presentan son aquellos que pueden utilizarse como monoterapia o que hacen parte de los esquemas más frecuentemente utilizados:

- AC: Doxorrubicina + Ciclofosfamida
- ACT: Doxorrubicina + Ciclofosfamida + Paclitaxel
- FAC: Ciclofosfamida + Doxorrubicina + Fluorouracilo
- TC: Docetaxel + Ciclofosfamida
- CMF: Ciclofosfamida + Metotrexato + Fluorouracilo
- Docetaxel + Doxorrubicina
- FEC: Fluorouracilo + Epirubicina + Ciclofosfamida
- TAC: Ciclofosfamida + Doxorrubicina + Docetaxel
- TCH: Docetaxel + Carboplatino + Trastuzumab
- Pertuzumab + Trastuzumab + Docetaxel
- Ixabepilona + Capecitabina
- Entre otros esquemas usados

Entre los medicamentos mayormente registrados en cáncer de mama para los CNR, se encontró en primer lugar la ciclofosfamida, antineoplásico alquilante y en segundo y tercer lugar la doxorrubicina (antraciclina) y el paclitaxel (taxano) respectivamente (tabla 3.11).

Tabla 3.11. Frecuencia de registro de los medicamentos utilizados en tratamiento del cáncer de mama

Medicamentos	CNR (n=6.348)
Ciclofosfamida	2.082
Doxorrubicina	1959
Paclitaxel	720
Tamoxifeno	596
Trastuzumab	287
Fluorouracilo	175
Carboplatino	174
Docetaxel	147

Tabla 3.11. Frecuencia de registro de los medicamentos utilizados en tratamiento del cáncer de mama (continuación)

Medicamentos	CNR (n=6.348)
Letrozol	129
Anastrozol	99
Metotrexato	44
Pertuzumab	36
Capecitabina**	22
Epirrubicina	17
Exemestano	15
Gemcitabina**	13
Cisplatino	11
Goserelina	11
Fulvestrant**	9
Trastuzumab-emtansina**	2
Ixabepilona**	1

** No se usan en primera línea

3.6.3 Radioterapia para el tratamiento del cáncer de mama

El uso de la radioterapia en la enfermedad no metastásica está indicado siempre en el estado postoperatorio y se indica en virtud del tipo de cirugía realizada, del estatus del TNM y del reporte de la patología quirúrgica; en el estado metastásico va dirigida únicamente a lograr control de enfermedad local paliativo.

De los casos nuevos de cáncer de mama, 865 pacientes recibieron radioterapia como parte del manejo de la enfermedad, de las cuales se cuenta con el reporte de la técnica utilizada para 778 de ellas (tabla 3.12).

Tabla 3.12. Técnica de radioterapia utilizada

Técnica de radioterapia	Casos	Porcentaje (%)
Radioterapia externa sin descripción de la técnica en los soportes	321	41,3
Conformacional 3D	236	30,3
IMRT (radioterapia con intensidad modulada)	191	24,6
Convencional 2D	14	1,8
Otro (ejemplo braquiterapia, yodoterapia)	8	1
IGRT (radioterapia guiada por imagen)	5	0,6
VMAT (modulada voluntariamente)	1	0,1
Radioterapia estereotáxica	1	0,1
Radiocirugía	1	0,1
Total	**778**	**100**

De los 865 pacientes con radioterapia, 140 casos recibieron exclusivamente radioterapia, 149 la recibieron con terapia sistémica, 201 con cirugía y 375 recibieron las tres terapias durante el mismo periodo.

3.7 Oportunidad de la atención en cáncer de mama

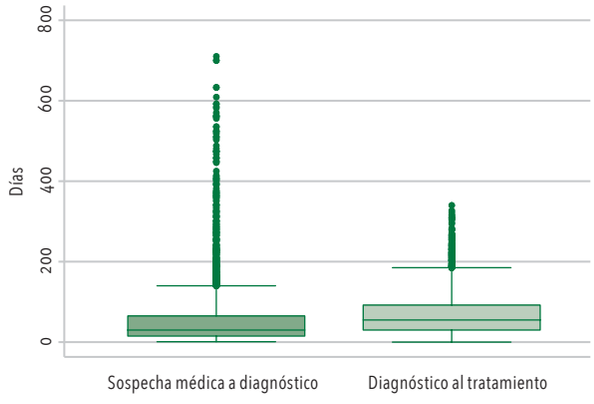
La oportunidad, entendida como la posibilidad que tienen los individuos para acceder al sistema de salud (12), se encuentra expresada en este documento como el número de días a partir de un evento temporal pasado y hasta un evento temporal posterior.
En cuanto a las pacientes con diagnóstico durante el periodo de análisis, el 59,2% de la población tuvo datos para establecer el tiempo entre la sospecha y el diagnóstico y el 65,5% para establecer el tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento. Se encontró, para los CNR, que entre la sospecha médica y el diagnóstico oncológico trascurrieron una mediana de 30 días y una media 56,7 días. En cuanto al tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento la mediana fue de 55 días y la media de 68,6 días (tabla 3.13, figura 3.12).

Tabla 3.13. Oportunidad de la atención en cáncer de mama en los CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	RIQ	Media	IC (95%)
Sospecha a diagnóstico*	3.758	30	15-65	56,7	54,2-59,2
Diagnóstico a primer tratamiento	4.157	55	30-92	68,6	67,0-70,3

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que ataña el diagnóstico, y por todo método diagnóstico empleado (RIQ: rango intercuartil, IC: intervalo de confianza)

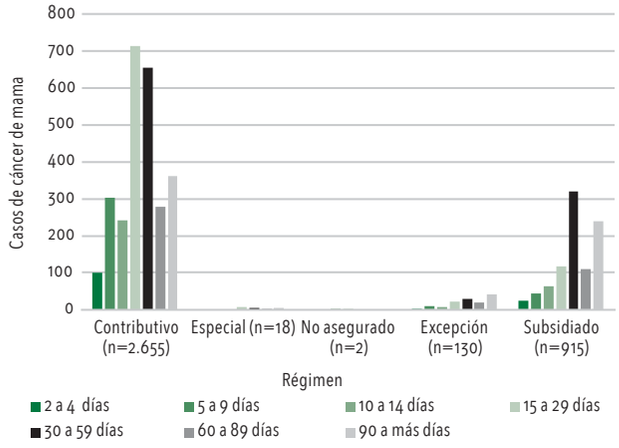
Figura 3.12. Cajas y bigotes del tiempo de oportunidad en los CNR



3.7.1 Oportunidad desde la sospecha médica hasta el diagnóstico oncológico

Se determinó por rangos de días cuál fue el tiempo transcurrido desde la sospecha médica hasta el diagnóstico oncológico en los CNR de acuerdo al régimen de afiliación; se encontró que en el contributivo la mayor cantidad de casos se encontraban entre el rango de los 15 a los 29 días de espera, mientras para el subsidiado el principal rango fue el de 30 a 59 días, los demás regímenes reportaron muy pocos casos con las fechas para realizar el cálculo (figura 3.13).

Figura 3.13. Oportunidad entre la sospecha médica y el diagnóstico

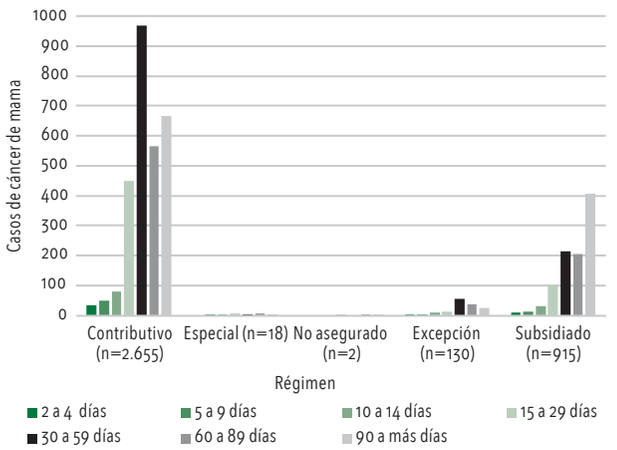


3.7.2 Oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el primer tratamiento

Para el rango temporal comprendido entre el diagnóstico oncológico y la realización del primer tratamiento (terapia sistémica, cirugía o radioterapia) en los casos nuevos, en el régimen contributivo la mayor cantidad de casos se ubicó entre los 30 y los 59 días, mientras que para el subsidiado la mayor frecuencia estuvo en el rango de 90 a más días (figura 3.14).

Figura 3.14. Proporción de los casos de cáncer de mama según el tipo de tratamiento recibido en el periodo

Oportunidad entre el diagnóstico y el primer tratamiento



3.8 Indicadores de gestión del riesgo

Se presentan los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y los prestadores en las pacientes con cáncer de mama en Colombia (11):

Indicador 1. Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en CNR
Indicador 1.1. Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en prevalentes.
Indicador 2. Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados como carcinomas *in situ* al momento del diagnóstico.
Indicador 3. Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios tempranos al momento del diagnóstico.
Indicador 4. Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios avanzados al momento del diagnóstico.
Indicador 5. Proporción de pacientes con diagnóstico histopatológico antes de la cirugía.
Indicador 6. Proporción de mujeres con cáncer de mama con resultado de receptores hormonales (estrógenos/progesterona).
Indicador 7. Proporción de pacientes con estudio de HER2.
Indicador 8. Proporción de mujeres con cáncer de mama *in situ* a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.
Indicador 8.1 Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.
Indicador 9. Proporción de pacientes con cáncer de mama a quienes se les realizó radioterapia después de la cirugía conservadora de la mama.
Indicador 10. Proporción de mujeres con receptores hormonales positivos a quienes se les administra bloqueo hormonal como tratamiento.
Indicador 11. Proporción de pacientes HER2(+) con terapia anti-HER2.
Indicador 12.1 Proporción de pacientes con cáncer de mama invasivo con valoración por cuidado paliativo, estadios tempranos en CNR.
Indicador 12.2 Proporción de pacientes con cáncer de mama invasivo con valoración por cuidado paliativo, estadios avanzados en CNR.
Indicador 13 Oportunidad de la atención general.
Indicador 14 Oportunidad de la atención en cáncer.
Indicador 15 Oportunidad de la atención por el médico tratante.
Indicador 16 Oportunidad de inicio del tratamiento.
Indicador 17 Oportunidad de inicio de terapia adyuvante.
Indicador 18 Letalidad de cáncer de mama (estadios tempranos).
Indicador 18.1 Letalidad de cáncer de mama (estadios avanzados).
Indicador 19 Mortalidad general en cáncer de mama.
Indicador 20 Supervivencia general a los 5 años (aún no disponible).
Indicador 21 Proporción de mujeres con cáncer de mama que cumplen criterios de seguimiento (aún no disponible).

Tabla 3.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según el régimen de afiliación

	Parametros de semaforización			Contributivo	Especial	No asegurado	Excepción	Subsidiado	Total
1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	92,6	72,3	66,7	84,4	91,3	**91,7**
1.1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	71,1	71,7	82,5	59,1	79,3	**72,4**
2	≥ 12%	6 a < 12%	< 6%	6,7	17,6	0,0	4,0	3,5	**5,7**
3	≥ 50%	42 a < 50%	< 42%	54,1	75,0	50,0	52,1	45,3	**51,4**
4	< 50%	50 a < 58%	≥ 58%	45,9	25,0	50,0	47,9	54,7	**48,6**
5	≥ 57,8%	38,6 a 57,7%	< 38,6%	83,3	77,4	100	74,1	80,3	**82,3**
6	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	82,6	83,0	66,7	73,5	61,9	**75,9**
7	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	81,8	85,7	50,0	71,4	56,2	**73,4**
8	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	80,9	66,7	***	50,0	61,1	**77,4**
8.1	≥ 65,4%	18,9 a 65,3%	< 18,9%	75,3	47,4	100	62,5	58,2	**71,3**
9	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	33,3	66,7	100	25,0	12,8	**27,7**
10	≥ 90%	80 a < 90%	< 80%	24,6	12,1	0,0	19,3	18,5	**22,9**
11	≥ 70%	34,1 a < 70%	< 34,1%	48,2	80,0	***	33,3	35,8	**43,7**
12.1	Por definir			7,6	0,0	0,0	7,0	7,1	**7,4**
12.2	Por definir			8,2	0,0	9,1	4,4	5,6	**7,3**
13	≤ 60 días	> 60 a 75 días	> 75 días	82,4	50,3	59,5	88,9	103,8	**87,8**
14	≤ 30 días	> 30 a 45 días	> 45 días	61,3	32,8	58,3	59,2	79,2	**65,7**
15	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	26,6	14,7	39,0	31,9	36,5	**29,8**
16	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	42,6	37,6	19,3	55,8	56,4	**46,6**
17	≤ 42 días	> 42 a 56 días	> 56 días	62,9	56,9	84,0	67,5	78,3	**65,8**
18	< 1,3%	1,3 a 2%	> 2%	1,9	1,1	0,0	1,4	5,3	**2,5**
18.1	< 4,4%	4,4 a 5%	> 5%	5,6	1,8	4,5	4,9	9,7	**6,6**

Tabla 3.15. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama por renglón del aseguramiento

	Parametros de semaforización			CCF Contributivo	CCF Subsidiado	Comerciales Contributivo	Comerciales Subsidiado	Cooperativas Contributivo	Cooperativas Subsidiado	Indígenas y adaptadas	Públicas y Mixtas	Total
1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	90,0	84,3	94,9	85,4	92,1	94,5	80,0	92,8	91,7
1.1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	81,6	74,7	76,6	38,1	74,4	78,5	60,0	83,9	72,4
2	≥ 12%	6 a < 12%	< 6%	5,2	5,8	8,0	7,8	3,6	2,9	0,0	4,5	5,7
3	≥ 50%	42 a < 50%	< 42%	41,9	34,6	59,6	50,2	65,3	35,5	33,3	52,3	51,4
4	< 50%	50 a < 58%	≥ 58%	58,1	65,4	40,4	49,8	34,7	64,5	66,7	47,7	48,6
5	≥ 57,8%	38,6 a 57,7%	< 38,6%	78,7	71,9	88,6	91,1	56,7	84,0	80,0	78,6	82,3
6	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	74,1	56,4	89,3	59,8	74,3	74,7	40,0	69,4	75,9
7	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	73,8	73,5	93,1	51,9	65,0	71,1	75,0	57,1	73,4
8	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	81,3	0,0	77,4	60,0	83,3	88,9	***	82,1	77,4
8.1	≥ 65,4%	18,9 a 65,3%	< 18,9%	83,0	53,8	74,0	72,5	77,0	62,1	100	63,4	71,3
9	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	30,3	0,0	16,7	10,0	33,3	17,4	100	40,9	27,7
10	≥ 90%	80 a < 90%	< 80%	14,5	7,5	26,4	31,0	13,6	16,9	20,0	32,3	22,9
11	≥ 70%	34,1 a < 70%	< 34,1%	45,8	15,4	54,5	41,4	25,4	39,2	50,0	51,9	43,7
12.1	Por definir			1,8	2,8	11,2	7,6	5,3	5,0	0,0	11,5	7,4
12.2	Por definir			1,7	3,1	14,5	5,5	7,5	3,2	9,0	9,6	7,3
13	≤ 60 días	> 60 a 75 días	> 75 días	95,8	97,2	78,1	92,7	61,0	116,2	92,3	98,2	87,8
14	≤ 30 días	> 30 a 45 días	> 45 días	67,3	63,8	51,3	68,7	57,4	79,0	65,7	89,5	65,7
15	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	29,3	31,8	22,1	32,4	23,5	38,2	35,8	39,2	29,8
16	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	51,0	50,5	33,5	56,7	40,2	48,1	61,6	66,2	46,6
17	≤ 42 días	> 42 a 56 días	> 56 días	79,4	91,3	58,1	74,5	53,9	79,1	49,0	69,5	65,8
18	< 1,3%	1,3 a 2%	> 2%	2,0	5,9	1,5	4,7	2,4	3,8	6,5	3,0	2,5
18.1	< 4,4%	4,4 a 5%	> 5%	3,8	11,1	6,0	7,1	7,4	9,4	11,7	7,3	6,6

La gestión del riesgo en cáncer de mama muestra una marcada diferencia entre los regímenes subsidiado y contributivo, siendo este último el que presenta un mejor desempeño sin que ello signifique una gestión que cumpla la meta deseada. De forma general, los indicadores de gestión que hacen referencia a la oportunidad en la atención o a la prestación de servicios son aquellos que presentan la situación más crítica en ambos regímenes, con niveles de bajo cumplimiento, a excepción de la oportunidad de la atención por el médico tratante en el que el régimen contributivo alcanzó el nivel medio. Vale la pena destacar, que, de los 5 regímenes, el especial presenta los mejores resultados en cuanto a la gestión del riesgo, superando al régimen contributivo.

Con respecto al renglón de aseguramiento, el comercial contributivo constituye el de mejor desempeño en cuanto al número de indicadores que alcanzaron un alto nivel de cumplimiento en el 2018, seguido de los renglones "CCF contributivo" y "Públicas y Mixtas". Por el contrario, el renglón con el mayor número de indicadores en el nivel más bajo de cumplimiento es el "CCF subsidiado". Los indicadores de oportunidad son en general de mal desempeño en todos los renglones, mientras que la proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM presenta muy buenos resultados en la totalidad de los renglones para el año 2018.

Tabla 3.16. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama por EAPB

	Parametros de semaforización			05000	11001	13001	23000	54000	66000	73000	76000	CCF007	CCF015
1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	0,0	100	***	***	***	***	***	***	80,0	55,0
1.1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	50,0	100	100	0,0	66,7	0,0	100	25,0	74,6	75,8
2	≥ 12%	6 a < 12%	< 6%	***	0,0	***	***	***	***	***	***	0,0	0,0
3	≥ 50%	42 a < 50%	< 42%	***	50,0	***	***	***	***	***	***	33,3	45,5
4	< 50%	50 a < 58%	≥ 58%	***	50,0	***	***	***	***	***	***	66,7	54,5
5	≥ 57,8%	38,6 a 57,7%	< 38,6%	***	100	***	***	***	***	***	***	100	90,9
6	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	0,0	100	***	***	***	***	***	***	86,7	47,5
7	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	***	50,0	***	***	***	***	***	***	50,0	72,7
8	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
8.1	≥ 65,4%	18,9 a 65,3%	< 18,9%	***	100	***	***	***	***	***	***	0,0	12,5
9	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	***	100	***	***	***	***	***	***	***	0,0
10	≥ 90%	80 a < 90%	< 80%	***	0,0	***	***	***	***	***	***	0,0	7,1
11	≥ 70%	34,1 a < 70%	< 34,1%	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	14,3
12.1	Por definir			***	0,0	***	***	***	***	***	***	0,0	0,0
12.2	Por definir			0,0	12,5	0,0	***	0,0	***	0,0	0,0	1,9	0,0
13	≤ 60 días	> 60 a 75 días	> 75 días	***	59,5	***	***	***	***	***	***	111,7	130,1
14	≤ 30 días	> 30 a 45 días	> 45 días	92,0	41,5	***	***	***	***	***	***	74,5	91,6
15	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	85,0	16,0	***	***	***	***	***	***	46,7	63,0
16	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	7,0	25,5	***	***	***	***	***	***	41,7	120
17	≤ 42 días	> 42 a 56 días	> 56 días	***	84,0	***	***	***	***	***	***	94,0	91,2
18	< 1,3%	1,3 a 2%	> 2%	***	0,0	***	***	0,0	***	***	***	4,7	5,3
18.1	< 4,4%	4,4 a 5%	> 5%	0,0	6,3	0,0	***	0,0	***	0,0	0,0	11,3	10,2

Tabla 3.16. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama por EAPB (continuación)

	Parametros de semaforización			CCF023	CCF024	CCF027	CCF033	CCF050	CCF053	CCF055	CCF102	EAS016
1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	50,0	92,1	88,9	100	100	97,9	60,0	***	***
1.1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	55,9	70,9	59,2	89,6	95,8	82,7	77,9	0,0	82,4
2	≥ 12%	6 a < 12%	< 6%	0,0	5,2	12,5	0,0	12,5	8,5	0,0	***	***
3	≥ 50%	42 a < 50%	< 42%	100	36,4	21,4	80,0	28,6	23,3	66,7	***	***
4	< 50%	50 a < 58%	≥ 58%	0,0	63,6	78,6	20,0	71,4	76,7	33,3	***	***
5	≥ 57,8%	38,6 a 57,7%	< 38,6%	***	91,7	50,0	0,0	100	37,5	100	***	***
6	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	100	63,5	72,2	60,0	50,0	39,6	40,0	***	***
7	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	100	63,6	78,6	60,0	85,7	90,7	66,7	***	***
8	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	***	***	0,0	***	***	***	***	***	***
8.1	≥ 65,4%	18,9 a 65,3%	< 18,9%	***	100	50,0	0,0	100	100	0,0	***	***
9	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	***	0,0	***	***	***	0,0	***	***	***
10	≥ 90%	80 a < 90%	< 80%	0,0	10,7	14,3	33,3	0,0	0,0	***	***	***
11	≥ 70%	34,1 a < 70%	< 34,1%	***	66,7	66,7	0,0	100	5,7	***	***	***
12.1	Por definir			***	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	***	***
12.2	Por definir			0,0	8,9	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	***	11,1
13	≤ 60 días	> 60 a 75 días	> 75 días	91,0	131,7	43,0	***	92,8	36,0	127,5	***	***
14	≤ 30 días	> 30 a 45 días	> 45 días	34,5	78,8	32,9	42,3	60,2	32,9	91,5	***	***
15	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	27,0	31,9	36,5	42,4	50,9	1,3	27,7	***	***
16	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	7,5	57,0	19,4	10,0	10,2	38,1	76,0	***	***
17	≤ 42 días	> 42 a 56 días	> 56 días	***	100,7	91,5	72,0	***	39,0	100	***	***
18	< 1,3%	1,3 a 2%	> 2%	11,1	5,3	0,0	10,0	0,0	0,0	10,3	***	0,0
18.1	< 4,4%	4,4 a 5%	> 5%	60,0	13,9	5,7	6,3	23,3	0,0	0,0	***	11,1

Tabla 3.16. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama por EAPB (continuación)

	Parametros de semaforización			EAS027	EMP015	EMP017	EMP023	EMP028	EMP029	EPS001	EPS002	EPS005
1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	50,0	100	100	43,8	92,9	85,7	96,6	96,5	94,6
1.1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	40,4	60,0	90,0	73,6	64,3	77,0	87,2	88,4	54,4
2	≥ 12%	6 a < 12%	< 6%	0,0	0,0	0,0	14,3	30,8	0,0	10,7	7,7	6,8
3	≥ 50%	42 a < 50%	< 42%	100	80,0	100	66,7	77,8	83,3	64,0	40,4	59,8
4	< 50%	50 a < 58%	≥ 58%	0,0	20,0	0,0	33,3	22,2	16,7	36,0	59,6	40,2
5	≥ 57,8%	38,6 a 57,7%	< 38,6%	100	100	100	85,7	75,0	40,0	81,0	84,8	86,9
6	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	16,7	100	100	87,5	71,4	85,7	93,1	92,2	85,5
7	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	66,7	100	100	100	77,8	83,3	92,0	92,1	93,9
8	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	***	***	***	100	100	***	100	90,0	76,2
8.1	≥ 65,4%	18,9 a 65,3%	< 18,9%	100	0,0	100	66,7	40,0	100	66,7	81,6	70,2
9	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	100	***	0,0	***	***	100	100	***	0,0
10	≥ 90%	80 a < 90%	< 80%	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	75,0	66,7	19,0	28,3
11	≥ 70%	34,1 a < 70%	< 34,1%	***	100	***	0,0	100	100	25,0	52,5	51,7
12.1	Por definir			***	0,0	***	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	4,3
12.2	Por definir			4,8	***	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	3,0	3,6
13	≤ 60 días	> 60 a 75 días	> 75 días	110,6	73,5	116	25,0	33,8	38,5	60,8	127,8	75,7
14	≤ 30 días	> 30 a 45 días	> 45 días	75,0	37,8	77,0	27,3	34,0	20,8	36,3	72,6	45,0
15	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	24,0	7,4	72,0	3,9	19,8	26,8	16,7	26,0	20,1
16	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	119,6	30,4	5,0	21,8	51,3	53,5	28,5	47,9	29,6
17	≤ 42 días	> 42 a 56 días	> 56 días	45,0	39,0	***	***	65,3	66,5	56,1	81,0	51,1
18	< 1,3%	1,3 a 2%	> 2%	6,5	0,0	0,0	0,0	0,7	3,4	0,4	2,3	0,9
18.1	< 4,4%	4,4 a 5%	> 5%	14,3	0,0	8,3	0,0	1,6	0,0	4,5	6,9	6,1

Tabla 3.16. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama por EAPB (continuación)

	Parametros de semaforización			EPS008	EPS010	EPS012	EPS016	EPS017	EPS018	EPS022	EPS023	EPS025
1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	92,8	97,6	100	92,1	95,5	79,2	91,7	81,3	66,7
1.1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	86,6	91,0	71,2	74,4	90,9	65,7	80,0	62,3	90,4
2	≥ 12%	6 a < 12%	< 6%	10,7	9,1	0,0	3,6	1,9	5,3	0,0	6,7	0,0
3	≥ 50%	42 a < 50%	< 42%	53,0	64,8	30,8	65,3	30,9	50,6	27,3	77,3	0,0
4	< 50%	50 a < 58%	≥ 58%	47,0	35,2	69,2	34,7	69,1	49,4	72,7	22,7	100
5	≥ 57,8%	38,6 a 57,7%	< 38,6%	96,1	93,5	100	56,7	66,7	68,1	100	71,4	100
6	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	92,3	91,3	92,3	74,3	59,0	77,1	45,8	88,3	33,3
7	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	95,6	93,7	76,9	65,0	71,1	56,1	68,2	89,7	50,0
8	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	90,0	75,9	***	83,3	100	50,0	***	0,0	***
8.1	≥ 65,4%	18,9 a 65,3%	< 18,9%	97,8	78,2	50,0	77,0	88,1	67,3	66,7	20,0	***
9	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	66,7	0,0	0,0	33,3	20,0	30,4	***	33,3	***
10	≥ 90%	80 a < 90%	< 80%	5,5	27,4	30,0	13,6	18,4	20,4	20,0	18,5	***
11	≥ 70%	34,1 a < 70%	< 34,1%	50,0	66,1	50,0	25,4	46,2	33,3	25,0	30,8	100
12.1	Por definir			0,0	25,6	11,1	5,3	1,9	2,2	6,3	4,5	0,0
12.2	Por definir			1,7	27,6	9,6	7,5	0,5	2,7	3,7	5,5	10,0
13	≤ 60 días	> 60 a 75 días	> 75 días	109,1	64,6	64,3	61,0	87,8	84,0	173,3	55,1	79,0
14	≤ 30 días	> 30 a 45 días	> 45 días	63,4	47,5	77,1	57,4	63,3	74,4	132,1	52,0	41,0
15	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	31,9	25,1	46,9	23,5	7,3	41,9	47,6	7,6	38,5
16	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	56,6	28,3	34,1	40,2	54,1	42,9	101,4	42,9	31,5
17	≤ 42 días	> 42 a 56 días	> 56 días	86,4	53,4	111,3	53,9	65,3	82,4	88,0	81,3	***
18	< 1,3%	1,3 a 2%	> 2%	2,2	1,7	1,6	2,4	2,8	0,9	2,6	1,2	0,0
18.1	< 4,4%	4,4 a 5%	> 5%	3,6	5,6	6,6	7,4	3,3	4,7	12,3	7,3	3,3

Tabla 3.16. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama por EAPB (continuación)

	Parametros de semaforización			EPS033	EPS037	EPS044	EPS045	EPSI01	EPSI03	EPSI04	EPSI05	EPSI06
1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	100	91,3	***	***	100	***	100	100	100
1.1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	66,7	82,9	23,4	***	90,0	78,6	78,1	87,2	66,7
2	≥ 12%	6 a < 12%	< 6%	50,0	7,5	***	***	0,0	***	0,0	0,0	0,0
3	≥ 50%	42 a < 50%	< 42%	66,7	47,7	***	***	20,0	***	0,0	0,0	0,0
4	< 50%	50 a < 58%	≥ 58%	33,3	52,3	***	***	80,0	***	100	100	100
5	≥ 57,8%	38,6 a 57,7%	< 38,6%	100	80,6	***	***	0,0	***	***	***	100
6	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	16,7	85,8	***	***	80,0	***	0,0	0,0	100
7	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	33,3	77,6	***	***	80,0	***	50,0	100	100
8	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	***	88,5	***	***	***	***	***	***	***
8.1	≥ 65,4%	18,9 a 65,3%	< 18,9%	0,0	70,6	***	***	***	***	***	***	***
9	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	***	45,0	***	***	***	***	***	***	***
10	≥ 90%	80 a < 90%	< 80%	0,0	39,7	***	***	33,3	***	***	***	0,0
11	≥ 70%	34,1 a < 70%	< 34,1%	***	55,2	***	***	***	***	***	0,0	100
12.1	Por definir			0,0	10,8	***	***	0,0	***	0,0	0,0	0,0
12.2	Por definir			0,0	9,7	0,0	***	0,0	0,0	10,0	22,2	22,2
13	≤ 60 días	> 60 a 75 días	> 75 días	45,0	98,8	***	***	***	***	46,5	***	***
14	≤ 30 días	> 30 a 45 días	> 45 días	15,0	86,8	***	***	88,8	***	20,0	***	18,0
15	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	30,4	39,3	***	***	70,8	***	1,5	0,0	***
16	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	***	62,4	***	***	18,0	***	18,5	***	32,0
17	≤ 42 días	> 42 a 56 días	> 56 días	36,0	69,9	***	***	53,0	***	***	***	***
18	< 1,3%	1,3 a 2%	> 2%	0,0	2,2	0,0	***	25,0	0,0	20,0	11,1	0,0
18.1	< 4,4%	4,4 a 5%	> 5%	9,1	6,5	0,0	***	7,1	4,2	15,0	11,1	22,2

Tabla 3.16. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama por EAPB (continuación)

	Parametros de semaforización			EPSS33	EPSS34	EPSS40	EPSS41	ESS002	ESS024	ESS062	ESS076	ESS091
1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	87,2	93,5	97,0	73,7	100	82,8	93,5	89,5	94,1
1.1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	75,1	95,3	84,9	70,8	58,4	69,2	74,6	52,3	93,8
2	≥ 12%	6 a < 12%	< 6%	10,5	3,5	1,1	3,6	0,0	4,3	5,8	0,0	6,3
3	≥ 50%	42 a < 50%	< 42%	48,2	34,9	66,6	18,5	33,3	54,5	40,7	33,3	20,0
4	< 50%	50 a < 58%	≥ 58%	51,8	65,1	33,4	81,5	66,7	45,5	59,3	66,7	80,0
5	≥ 57,8%	38,6 a 57,7%	< 38,6%	87,0	84,6	58,1	77,8	100	93,3	82,8	100	100
6	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	42,2	55,4	51,8	57,9	100	71,6	73,4	54,4	70,6
7	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	43,5	57,8	29,2	66,7	66,7	53,0	71,6	47,1	93,3
8	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	50,0	***	0,0	***	***	66,7	100	***	***
8.1	≥ 65,4%	18,9 a 65,3%	< 18,9%	78,6	66,7	5,3	50,0	***	69,6	92,9	50,0	100
9	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	***	0,0	***	0,0	***	10,0	22,2	0,0	***
10	≥ 90%	80 a < 90%	< 80%	25,0	19,5	15,1	21,4	0,0	33,8	14,2	15,8	37,5
11	≥ 70%	34,1 a < 70%	< 34,1%	50,0	41,7	56,7	0,0	***	40,0	56,5	25,0	33,3
12.1	Por definir			2,3	13,0	14,3	4,5	50,0	9,8	5,2	5,9	16,7
12.2	Por definir			3,5	6,5	11,8	3,7	2,5	11,4	4,7	3,8	1,6
13	≤ 60 días	> 60 a 75 días	> 75 días	88,8	81,6	94,8	135,1	35,0	89,2	132,1	113,2	144,1
14	≤ 30 días	> 30 a 45 días	> 45 días	60,2	80,9	95,9	92,6	65,0	73,2	83,4	95,4	88,2
15	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	24,1	38,4	37,5	49,6	25,3	38,2	31,7	45,2	46,7
16	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	70,7	58,4	75,7	55,7	39,7	48,6	57,1	69,6	61,3
17	≤ 42 días	> 42 a 56 días	> 56 días	97,0	60,8	71,1	54,8	49,0	69,4	93,8	88,0	26,5
18	< 1,3%	1,3 a 2%	> 2%	7,8	3,3	6,3	0,0	0,0	6,7	3,0	5,3	6,5
18.1	< 4,4%	4,4 a 5%	> 5%	9,7	7,3	10,9	3,7	10,0	9,4	10,2	10,3	9,8

Tabla 3.16. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama por EAPB (continuación)

	Parametros de semaforización			ESS118	ESS133	ESS207	RES001	RES002	RES003	RES004	RES006	RES007
1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	95,9	93,5	97,5	71,4	83,3	75,0	86,7	***	***
1.1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	83,1	78,0	92,0	44,3	93,6	73,4	53,8	66,7	50,0
2	≥ 12%	6 a < 12%	< 6%	2,2	2,3	0,8	0,0	20,0	16,7	2,0	***	***
3	≥ 50%	42 a < 50%	< 42%	37,4	19,0	33,9	40,0	87,5	60,0	50,0	***	***
4	< 50%	50 a < 58%	≥ 58%	62,6	81,0	66,1	60,0	12,5	40,0	50,0	***	***
5	≥ 57,8%	38,6 a 57,7%	< 38,6%	66,7	33,3	98,1	100	75,0	0,0	72,9	***	***
6	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	82,5	50,0	88,5	14,3	75,0	50,0	82,3	***	***
7	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	81,3	42,9	83,1	30,0	25,0	100	78,1	***	***
8	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	100	***	0,0	***	50,0	***	***	***	***
8.1	≥ 65,4%	18,9 a 65,3%	< 18,9%	65,6	0,0	34,8	0,0	100	0,0	69,2	***	***
9	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	0,0	***	***	***	0,0	***	33,3	***	***
10	≥ 90%	80 a < 90%	< 80%	12,7	11,8	26,4	0,0	0,0	50,0	20,0	***	***
11	≥ 70%	34,1 a < 70%	< 34,1%	31,0	33,3	37,5	***	***	***	33,3	***	***
12.1	Por definir			5,3	8,8	1,3	16,7	0,0	50,0	4,2	***	***
12.2	Por definir			2,7	1,5	3,2	5,0	0,0	8,8	3,1	0,0	***
13	≤ 60 días	> 60 a 75 días	> 75 días	109,7	44,1	121	131,6	70,4	35,0	88,3	***	***
14	≤ 30 días	> 30 a 45 días	> 45 días	78,0	72,5	72,3	55,5	46,2	56,3	60,7	***	***
15	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	49,7	46,9	34,4	32,5	14,4	11,2	35,5	***	***
16	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	39,2	35,6	43,0	37,7	42,3	45,7	59,8	***	***
17	≤ 42 días	> 42 a 56 días	> 56 días	70,7	130,3	64,6	84,0	100,3	43,0	63,9	***	***
18	< 1,3%	1,3 a 2%	> 2%	2,5	3,3	5,5	4,8	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0
18.1	< 4,4%	4,4 a 5%	> 5%	9,6	7,3	9,6	5,0	0,0	8,8	3,8	0,0	***

Tabla 3.16. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama por EAPB (continuación)

	Parametros de semaforización			RES008	RES009	RES011	RES012	RES014	REUE04	REUE05	REUE09	Total
1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	50,0	***	100	0,0	***	***	***	***	91,7
1.1	≥ 78,7%	71,5 a 78,6%	< 71,5%	58,3	100	75,0	0,0	100	0,0	75,0	100	72,4
2	≥ 12%	6 a < 12%	< 6%	100	***	0,0	***	***	***	***	***	5,7
3	≥ 50%	42 a < 50%	< 42%	***	***	0,0	***	***	***	***	***	51,4
4	< 50%	50 a < 58%	≥ 58%	***	***	100	***	***	***	***	***	48,6
5	≥ 57,8%	38,6 a 57,7%	< 38,6%	100	***	***	0,0	***	***	***	***	82,3
6	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	100	***	100	0,0	***	***	***	***	75,9
7	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	***	***	0,0	***	***	***	***	***	73,4
8	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	0,0	***	***	***	***	***	***	***	77,4
8.1	≥ 65,4%	18,9 a 65,3%	< 18,9%	***	***	***	***	***	***	***	***	71,3
9	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	***	***	***	***	***	***	***	***	27,7
10	≥ 90%	80 a < 90%	< 80%	0,0	***	0,0	***	***	***	***	***	22,9
11	≥ 70%	34,1 a < 70%	< 34,1%	***	***	***	***	***	***	***	***	43,7
12.1	Por definir			***	***	0,0	***	***	***	***	***	7,4
12.2	Por definir			0,0	***	0,0	***	0,0	***	0,0	***	7,3
13	≤ 60 días	> 60 a 75 días	> 75 días	***	***	***	56,0	***	***	***	***	87,8
14	≤ 30 días	> 30 a 45 días	> 45 días	76,0	***	***	***	***	***	***	***	65,7
15	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	9,5	***	17,0	***	***	***	***	***	29,8
16	≤ 15 días	> 15 a 30 días	> 30 días	67,0	***	***	20,0	***	***	***	***	46,6
17	≤ 42 días	> 42 a 56 días	> 56 días	***	***	***	***	***	***	***	***	65,8
18	< 1,3%	1,3 a 2%	> 2%	14,3	0,0	0,0	***	***	***	0,0	***	2,5
18.1	< 4,4%	4,4 a 5%	> 5%	0,0	***	0,0	***	0,0	***	0,0	***	6,6

3.9 Tablas complementarias

Tabla 3.17. Edad promedio de las mujeres con cáncer de mama

Frecuencia (n)	Media	Desviación estándar	IC (95%)
59.837	61	12,7	(60,9 - 61,1)

Tabla 3.18. Distribución de los casos según el grupo etario

Grupo etario	Casos	Porcentaje
19 años o menos	17	0,03
De 20 a 24 años	55	0,09
De 25 a 29 años	212	0,4
De 30 a 34 años	655	1,1
De 35 a 39 años	1.672	2,8
de 40 a 44 años	2.911	4,9
De 45 a 49 años	5.262	8,8
De 50 a 54 años	8.073	13,5
De 55 a 59 años	9.052	15,1
De 60 a 64 años	8.962	15
De 65 a 69 años	7.918	13,2
De 70 a 74 años	5.979	10
De 75 a 79 años	4.319	7,2
De 80 a más años	4.750	7,9
Total	**59.837**	**100**

Tabla 3.19. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de mama invasivo por departamento

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Amazonas	23,2	44,3	5,2	9,4	0	0
Antioquia	339,2	317	39,9	37,4	13,7	12,9
Arauca	77,2	106,5	6	8,2	5,2	7,8
Atlántico	216,2	219,4	17,7	17,7	11,8	11,9
Bogotá, D.C.	313,1	285,8	35	31,7	10,3	9,7
Bolívar	214,1	235,3	22,6	24,8	12,9	14,1
Boyacá	123,7	109,9	13,3	12,3	6	5,1
Caldas	249,6	208	16,2	14,1	12,2	10
Caquetá	70,3	92,6	16,8	22,2	6,1	8,5
Casanare	87,3	113,5	7,1	8,4	2,2	3
Cauca	97	105,5	9,7	10,5	4,8	5,2

Tabla 3.19. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de mama invasivo por departamento (continuación)

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Cesar	150,9	190,2	18,4	22,5	9,3	11,5
Chocó	40,1	61,9	5,5	8,5	3,5	4,8
Córdoba	129,4	154,3	11,4	13,4	7,2	8,5
Cundinamarca	130,7	134,4	13,9	14,4	6,4	6,5
Guainía	9,6	22,7	0	0	0	0
Guaviare	20,1	31,7	7,3	12,4	1,8	2,5
Huila	213,6	242,9	25,8	29,1	9,3	10,7
La Guajira	45,6	68	3,7	5,3	3,3	4,9
Magdalena	142,1	170,2	12,3	14,6	8,3	10
Meta	134,6	157,1	20,4	23	5,8	7
Nariño	127,9	140,8	11,2	12,3	5,6	6,1
Norte de Santander	213,3	228,2	17,4	18,5	6,9	7,4
Putumayo	44,5	65,8	5,1	7	3,4	5,2
Quindío	305,1	257,5	28,2	24,1	10	8,6
Risaralda	374,5	319,9	39,3	34,2	12,8	10,9
San Andrés	240,6	220	43,5	42,6	7,7	9
Santander	257,6	234,7	28,9	26,5	11,3	10,2
Sucre	149,6	167,6	10,7	12	8,6	9,6
Tolima	183,3	168,3	13	12,4	9,3	8,5
Valle del Cauca	315	282,2	30,6	27,7	15,3	13,6
Vaupés	4,5	6,5	0	0	0	0
Vichada	21,5	34	5,4	9	2,7	4,6
Total	**230,5**	**230,5**	**24,2**	**24,2**	**10**	**10**

Por 100.000 habitantes mujeres

Tabla 3.20. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de mama invasivo por entidad

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
CCF007	183,9	203,1	15,2	17,1	16,2	17,6
CCF015	111,6	134	14,1	16,8	9,3	11,4
CCF023	42,5	59,1	1,7	2,4	3,5	4,9
CCF024	174,2	186,4	23,3	25,1	12,2	12,7
CCF027	121,2	134,8	19,1	21,4	5,3	6
CCF033	114	115,1	10,1	10,5	8,4	7,8
CCF050	164,2	154	21,3	20,3	14,8	13,8
CCF053	207,2	185	69,5	63,5	2,9	2,5
CCF055	50,8	64,8	1,2	1,5	4,4	5,6
CCF102	11,6	20,8	0	0	2,3	4,1

Tabla 3.20. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de mama invasivo por entidad (continuación)

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
EAS016	1096	496,3	0	0	21,9	8,8
EAS027	1011	296,1	24,9	11	62,2	18,7
EPS001	555	412	25,5	19,2	15	11,4
EPS002	170	221,6	21,4	25,6	8,6	11,3
EPS005	369,7	360,6	46,3	43,9	11,6	11,4
EPS008	279,5	278,2	27	25,9	8,7	10,2
EPS010	348,1	387,6	41,2	42,5	11,8	15,2
EPS012	366,2	341,5	11,1	9,4	15,9	14,8
EPS016	456,1	450,2	41,2	39,7	19,6	19,6
EPS017	240,8	296,2	41,1	48,2	10	13
EPS018	397,4	470,7	53,5	58,8	14,2	17,6
EPS022	118,6	96,4	8,8	7,2	8,4	6,5
EPS023	353	396,3	49,9	51,7	10,1	12,3
EPS025	93,4	110,5	5,2	6,1	3,1	3,5
EPS033	279,4	325,3	14,3	14,7	17,1	19
EPS037	482,9	272,1	30,4	18,9	20,7	11,4
EPS044	324,4	336,9	30,1	30,2	4,5	4,6
EPS045	51,3	47,3	14,4	13,3	3,2	2,9
EPSI01	29,4	58	4,9	9,5	2,9	7,3
EPSI03	26,1	36,9	0	0	1,7	2,2
EPSI04	44,3	61,4	5,3	6,8	5,3	6,7
EPSI05	47	59,2	0,6	0,7	3,1	4
EPSI06	60,6	79,8	2,4	3,3	12,1	15,6
EPSS33	134,9	145,3	16,5	17,9	9,6	10,2
EPSS34	197,9	173,5	17	15,1	9,8	8,6
EPSS40	224,4	206,3	41,5	38,4	16	14,6
EPSS41	61,4	64	10,8	11,5	5,4	5,9
ESS002	62,9	73,4	1,7	2,1	2,6	3
ESS024	141,2	159,6	18,7	21	10,9	12,3
ESS062	133	147,5	19,5	21,6	9,7	10,6
ESS076	96,5	116,4	13,6	16,3	9,9	11,8
ESS091	165,3	146,4	11,2	10,1	11,2	10,6
ESS118	90,9	93,7	9,7	10,1	7,2	7,4
ESS133	97,3	103,9	5,2	5,6	5,9	6,3
ESS207	163,8	192,2	20,4	23,6	11,7	13,7
Total	**236,9**	**236,9**	**25,4**	**25,4**	**10,6**	**10,6**

Por 100.000 afiliadas

Tabla 3.21. Porcentaje de la estadificación TNM del cáncer de mama según el régimen de afiliación

Estadio TNM	Contributivo (n=4.041)	Especial (n=25)	No asegurado (n=3)	Excepción (n=193)	Subsidiado (n=1.749)
Estadio I	23,1%	44,0%	33,3%	16,6%	22,1%
Estadio II	36,9%	20,0%	0,0%	41,5%	27,4%
Estadio III	24,7%	8,0%	33,3%	20,2%	31,4%
Estadio IV	5,8%	8,0%	0,0%	5,7%	9,0%
No estadificado	9,5%	20,0%	33,3%	16,1%	10,1%

Referencias bibliográficas

1. American Joint Committee on Cancer. Breast Cancer—Major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual [Internet]. 2017. Disponible en: https://cancerstaging.org/About/news/Pages/Breast-Cancer—Major-changes-in-the-American-Joint-Committee-on-Cancer-eighth-edition-cancer-staging-manual.aspx
2. Weinmann S, Goddard K, Richert-boe K, Chen C, Bulkley J, Wax C. HER2 Evaluation and Its Impact on Breast Cancer Treatment Decisions. Public Health Genomics [Internet]. 2012;15(1):1–10. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225235/
3. Wolff AC, Hammond MEH, Allison KH, Harvey BE, Mangu PB, Bartlett MS, et al. Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer : American Society of Clinical Oncology / College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Focused Update. J Clin Oncol ASCO Spec Artic [Internet]. 2018;36:2015–122. Disponible en: https://www.asco.org/practice-guidelines/quality-guidelines/guidelines/breast-cancer#/9751
4. Sarode VR, Xiang QD, Christie A, Collins R, Rao R, Leitch AM, et al. Evaluation of HER2 / neu Status by Immunohistochemistry Using Computer-Based Image Analysis and Correlation With Gene Amplification by Fluorescence *In Situ* Hybridization Assay A 10-Year Experience and Impact of Test Standardization on Concordance Rate. Arch Pathol Lab Med [Internet]. 2015;139(July):922–8. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225235/
5. Payandeh M, Sadeghi M, Sadeghi E, Janbakhsh A. Is There any Concordance between of IHC with FISH in HER2-Positive Breast Cancer Patients ? IJHOSCR, Int J Hematol Stem Cell Res [Internet]. 2017;11(1). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338281/pdf/IJHOSCR-11-43.pdf
6. Slamon DJ, Elermann W, Robert N, Pienkowski T, Martin M, Press M, et al. Adjuvant Trastuzumab in HER2-Positive Breast Cancer Dennis. N Engl J Med. 2011;365(14):1273–83.
7. Connolly RM, Bardia A. Trastuzumab for Small HER-2+ Breast Cancer: Small Tumor, Big Decision. Oncologist [Internet]. 2012;17(4):508–11. Disponible en: http://theoncologist.alphamedpress.org/cgi/doi/10.1634/theoncologist.2012-0077
8. Breastcancer.org. Hormone Receptor Status [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.breastcancer.org/symptoms/diagnosis/hormone_status
9. Breast E, Trialists C, Group C. Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: Patient-level meta-analysis of randomised trials. Lancet [Internet]. 2011;378(9793):771–84. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60993-8
10. Yip C, Rhodes A. Estrogen and progesterone receptors in breast cancer. Futur Oncol [Internet]. 2014;10(14):2293–301. Disponible en: https://www.futuremedicine.com/doi/pdf/10.2217/fon
11. Howard JH, Bland KI. Current management and treatment strategies for breast cancer. Curr Opin Obs Gynecol. 2011/11/30. 2012;24(1):44–8.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Atributos de la Calidad en la Atención en Salud [Internet]. Boletín de prensa. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCIÓN-EN-SALUD.aspx

Lista de figuras

Lista de tablas

4 CÁNCER DE PRÓSTATA CIE10:61; CIE-O-3: C61

4.1 Características generales de la población con cáncer de próstata

En Colombia, en la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud y reportada a la CAC, en el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2017 y el 1° de enero de 2018, el cáncer de próstata fue el segundo tipo de cáncer más frecuente en el registro para la población general, después del de mama, y el primero en los hombres.

La población total de personas con cáncer de próstata fue de 31.547 hombres (30.912 registrados como pacientes con cáncer de próstata invasivo por CIE-10, (C61X), con un total de 3.094 casos nuevos (3.076 con código C61X y 18 casos de cáncer de próstata *in situ* con código D075). La prevalencia ajustada por la edad en el país[1] fue de 127,0 hombres por 100.000 habitantes hombres y la PCNR fue de 12,6 por 100.000 hombres.

La prevalencia ajustada por la edad en la población BDUA (contributivo y subsidiado) fue de 134,1 por 100.000 afiliados y la PCNR fue de 13,6 hombres por 100.000 hombres afiliados de la BDUA.

El total de pacientes con cáncer de próstata fallecidos en el periodo fue de 1.739, con una mortalidad país de 7,0 muertos por 100.000 habitantes hombres (muerte por cualquier causa).

4.1.1 Edad de las personas con cáncer de próstata

Al tener en cuenta a todos los afectados por el cáncer de próstata, se encontró en la medición de la edad una media de 73 años (DE ±9,2) (tablas 4.10 y 4.11). En los casos diagnosticados durante el periodo el promedio de la edad fue de 69 años (DE ±9,0).

La distribución de la edad sigue un patrón normal, con algunos valores extremos al inicio del histograma, la curva de distribución inicia a los 40 años, con la mayor concentración de casos entre los 70 y los 80 años tanto en prevalentes como en los casos nuevos (figuras 4.1 y 4.2).

Figura 4.1. Histograma de la edad y curva de normalidad en cáncer de próstata (total casos)

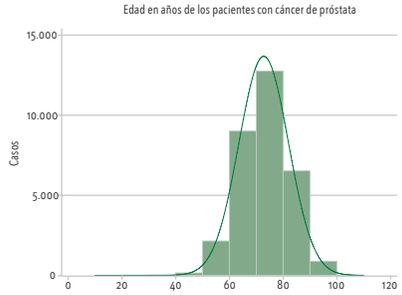
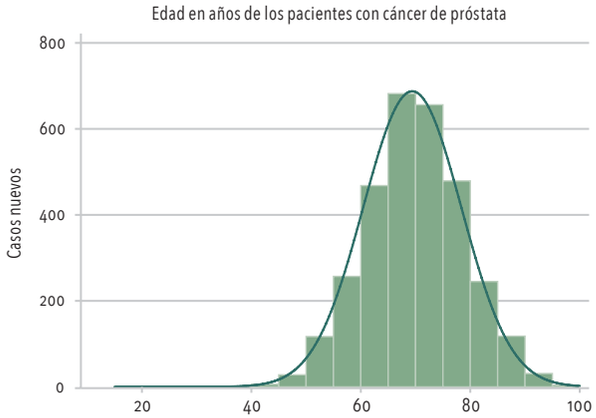


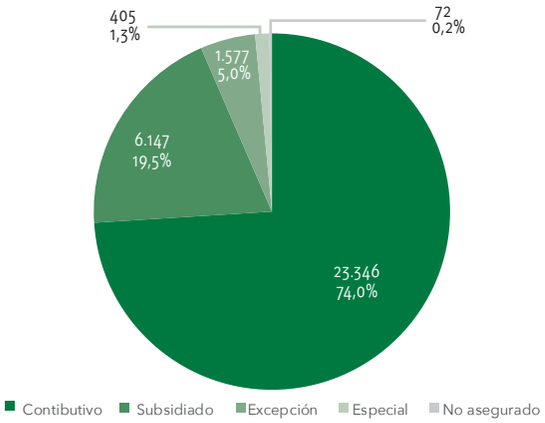
Figura 4.2. Histograma de la edad y curva de normalidad en cáncer de próstata (casos nuevos)



4.1.2 Distribución de las personas con cáncer de próstata según el régimen de afiliación

En la distribución del cáncer de próstata por el régimen de afiliación se encontró una mayor concentración de la población en el régimen contributivo (74%), seguido del subsidiado (19,5%), con menor representación de la morbilidad en el resto de los regímenes (6,5%) (figura 4.3)

Figura 4.3. Proporción de los casos de cáncer de próstata según el régimen de afiliación



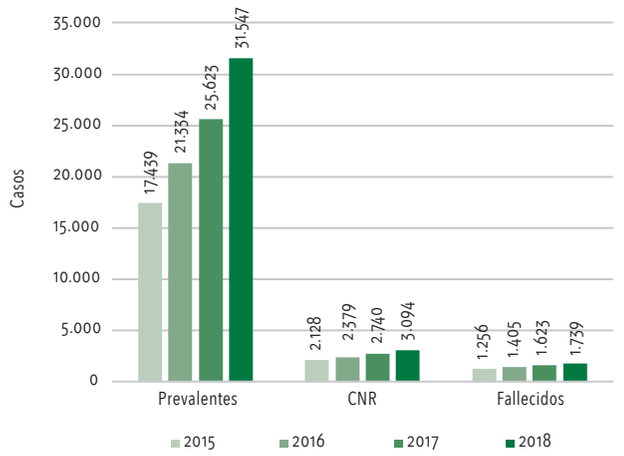
4.1.3 Evolución del registro, 2015-2018

El registro de cáncer con información auditada se ha realizado a lo largo de cuatro periodos, desde 2015 hasta 2018, con un aumento progresivo de los casos reportados; un incremento en el último periodo del 23% de los casos prevalentes. Los casos nuevos y las personas fallecidas, a pesar de aumentar en un 13% y un 7%, tuvieron un menor incremento respecto a lo ocurrido entre 2016 y 2017 donde el crecimiento fue

1 Datos país observados en el SGSSS.

de 15 y 16% respectivamente. El crecimiento de los casos prevalentes puede deberse tanto al comportamiento de la enfermedad como a un aumento de casos nuevos reportados a la CAC con diagnóstico previo al periodo (figura 4.4).

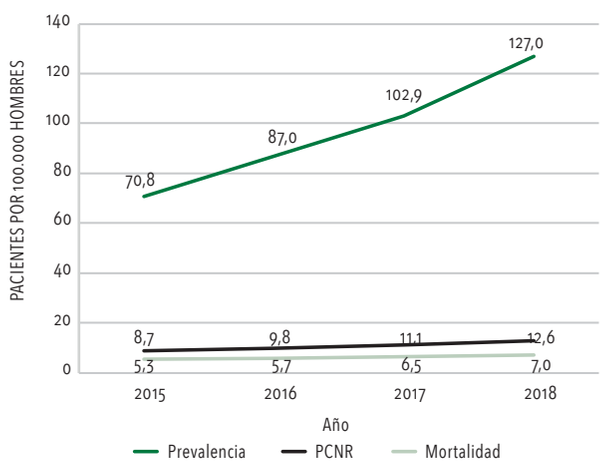
Figura 4.4. Evolución del registro de cáncer de próstata de la Cuenta de Alto Costo



*Incluye todos los casos. El año hace referencia al corte

De igual forma con el aumento de los casos reportados se observa un aumento de la morbimortalidad entre los cuatro periodos analizados hasta el momento, donde las tres medidas crecieron, sin embargo y como se mencionó anteriormente, esto se ve especialmente marcado en la prevalencia, la mortalidad fue la medida que menor aumento tuvo pasando de 6,5 a 7,0 entre el 2017 y el 2018 (figura 4.5).

Figura 4.5. Medidas de frecuencia a partir de los datos reportados por las EAPB, 2015-2018.



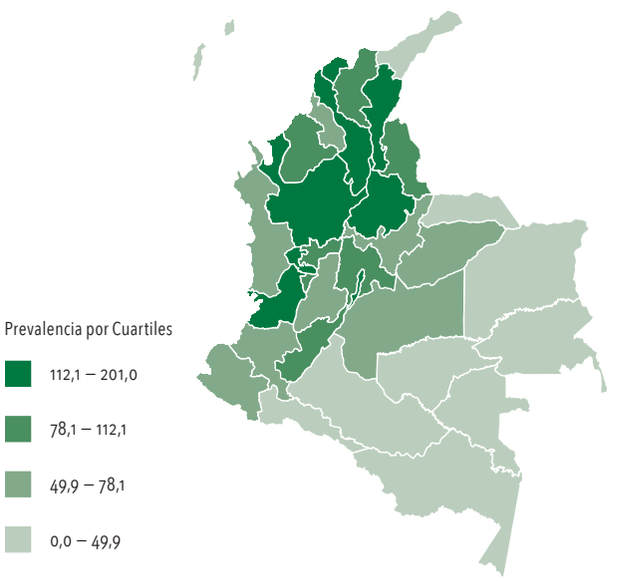
El año hace referencia al corte

4.2 Prevalencia, PCNR y mortalidad en cáncer de próstata

4.2.1 Prevalencia del cáncer de próstata en Colombia

La prevalencia país se ubicó en 127,0 casos de cáncer de próstata por 100.000 habitantes hombres (tabla 4.12)[2]. Los departamentos con la mayor prevalencia, por encima de la nacional, fueron: San Andrés, Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca y Risaralda, con prevalencias de 201,0 a 152,9 por 100.000 habitantes hombres (figura 4.6). Los menos afectados fueron Guaviare, Guainía, Putumayo, Arauca, Amazonas, Vichada, Caquetá, La Guajira y Chocó con prevalencias de 10,5 a 49,9 casos por 100.000 habitantes hombres. Vaupés no reportó casos (figura 4.6).

Figura 4.6. Prevalencia ajustada del cáncer de próstata por departamento



4.2.2 Prevalencia del cáncer de próstata en la BDUA

De acuerdo con el régimen de afiliación (contributivo y subsidiado), la prevalencia fue de 134,1 por 100.000 pacientes hombres afiliados de la BDUA (tabla 4.1); las entidades con mayor prevalencia fueron EPS018 y EAS016 (ver prevalencias ajustadas por entidad en la tabla 4.13).

2 Datos país observados en el SGSSS.

Tabla 4.1. Prevalencia ajustada según el régimen de afiliación

Casos cáncer de próstata BDUA	Casos régimen contributivo	Casos régimen subsidiado	Prevalencia ajustada régimen contributivo	Prevalencia ajustada régimen subsidiado	Prevalencia total c y s*
28.914	22.886	6.028	226	52,8	134,1

* c: contributivo, s: subsidiado

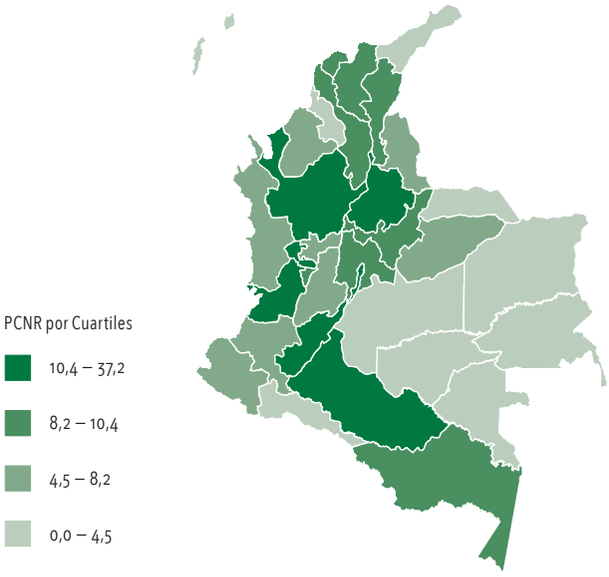
4.2.3 PCNR de cáncer de próstata en Colombia

La PCNR en el país fue de 12,6 casos nuevos de cáncer de próstata por 100.000 habitantes hombres (tabla 4.10)[3].

Los departamentos con mayor PCNR fueron: San Andrés, Antioquia, Valle del Cauca, Santander, Bogotá, D.C., Risaralda, Caquetá y Huila, con una PCNR de 37,2 a 14,56 casos por 100.000 habitantes hombres (figura 4.7).

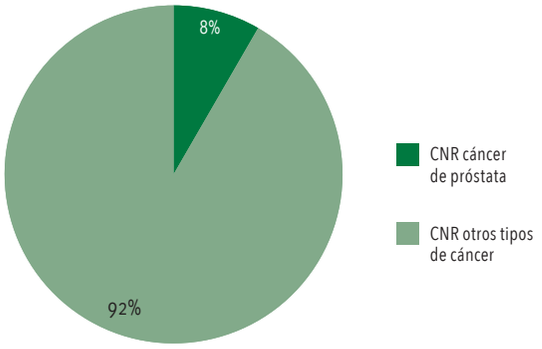
Los de menor PCNR fueron: Putumayo, Guaviare, Arauca, Vichada, Sucre, La Guajira y Meta con PCNR de 2,3 a 4,5 casos por 100.000 habitantes hombres. Vaupés y Guainía no reportaron casos nuevos (figura 4.7).

Figura 4.7. PCNR ajustada de cáncer de próstata por departamento



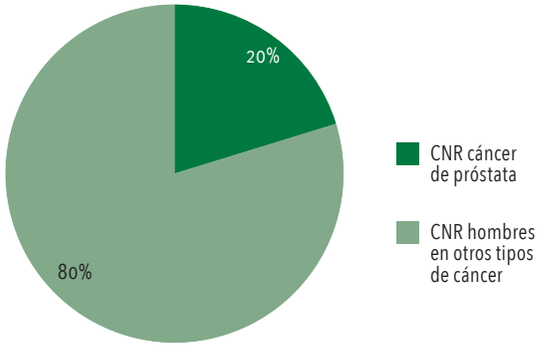
El total de casos nuevos de cáncer de próstata en el país en el periodo de análisis fue de 2.959 (2.941 registrados como "invasivo" por el CIE-10), representando el 8% de los casos nuevos de cáncer por todo tipo en el país (figura 4.8).

Figura 4.8. Casos nuevos de cáncer de próstata respecto al total de casos nuevos de cáncer global



Los casos nuevos de cáncer de próstata representaron el 20 % de los casos nuevos totales de cáncer en hombres (figura 4.9).

Figura 4.9. Casos nuevos de cáncer de próstata respecto al total de casos nuevos de cáncer global en hombres



4.2.4 PCNR de cáncer de próstata en la BDUA

Se reportaron en total 2.941 casos nuevos pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado, con una PCNR de 13,6 pacientes hombres por 100.000 hombres afiliados de la BDUA (tabla 4.2). Las entidades con mayor PCNR fueron EAS016 y EPS018 (tabla 4.13).

Tabla 4.2. PCNR ajustada según el régimen de afiliación

Casos cáncer de próstata BDUA	Casos contributivo	Casos subsidiado	PCNR ajustada contributivo	PCNR ajustada subsidiado	PCNR total c y s*
2.941	2.160	781	20,7	7.0	13,6

* c: contributivo, s: subsidiado

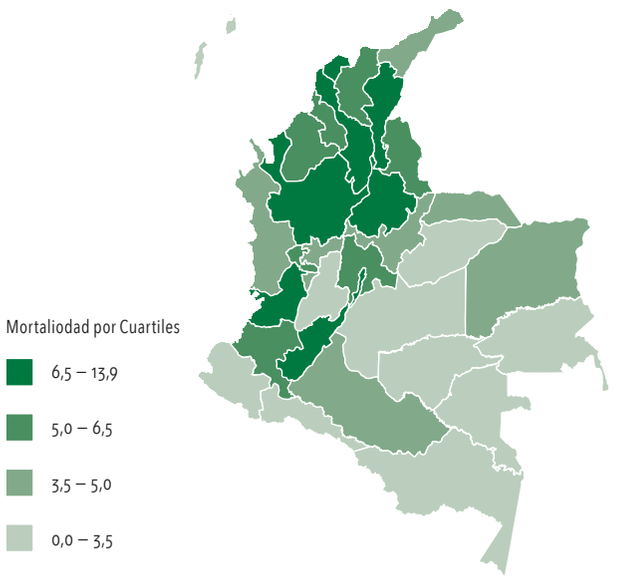
3 Datos país observados en el SGSSS.

4.2.5 Mortalidad en las personas con cáncer de próstata en Colombia

La mortalidad de las personas con cáncer de próstata en el país se ubicó en 7,0 por 100.000 hombres (tabla 4.12)[4].

San Andrés, Valle del Cauca, Cesar, Antioquia, Bogotá, D.C., Bolívar y Atlántico superan el resultado nacional, representando la mayor mortalidad con tasas de 13,9 a 7,4 por 100.000 hombres, mientras los departamentos de Putumayo, Meta, Casanare, Nariño y Tolima tienen las tasas de mortalidad más bajas, de 0,7 a 3,5 por 100.000 habitantes hombres. Vaupés, Guainía, Guaviare y Amazonas no reportaron casos de fallecidos durante el periodo (figura 4.10).

Figura 4.10. Mortalidad ajustada en cáncer de próstata por departamento



4.2.6 Mortalidad en cáncer de próstata en la BDUA

La mortalidad en los pacientes con cáncer de próstata en los regímenes contributivo y subsidiado se ubicó en 7,6 hombres por 100.000 afiliados de la BDUA (tabla 4.3). Las mayores tasas de mortalidad se presentaron en las entidades EPS018 y EPS005 (tabla 4.13).

Tabla 4.3. Mortalidad ajustada según el régimen de afiliación

Casos cáncer de próstata BDUA	Casos régimen contributivo	Casos régimen subsidiado	Mortalidad ajustada régimen contributivo	Mortalidad ajustada régimen subsidiado	Mortalidad total c y s*
1.637	1.083	554	11,2	4,8	7,6

* c: contributivo, s: subsidiado

4.3 Estadificación del cáncer de próstata

Para estadificar el cáncer de próstata se utiliza el sistema internacional TNM, que aplica los mismos conceptos generales que se utilizan en los diferentes tipos de tumores (T: tamaño y ubicación del tumor, N: ganglios linfáticos y M: metástasis) (1). En enero de 2018, entró en vigencia la octava edición del American Joint Committee on Cancer (AJCC) la cual actualizó el sistema TNM para garantizar un mayor grado de relevancia clínica y mejorar su utilidad para la evaluación del paciente y la investigación clínica. Los cambios principales incluyen: 1) la enfermedad limitada del órgano ahora se considera pT2 y ya no cuenta con subcategorías 2) la clasificación de los tumores ahora incluye tanto la puntuación de Gleason como la forma agrupada de esta puntuación, 3) una concentración sérica de PSA ≥20 ng/ml y una puntuación del grupo de Gleason de 5 se han reclasificado como grupos de estadios 3A y 3B, respectivamente, y 4) se incluyen 2 modelos de predicción estadística en el manual de estadificación (2).

Con respecto a la escala de Gleason, esta hace referencia a la calificación realizada por parte del patólogo respecto a la apariencia histológica que exhibe el tejido prostático con un grado variado de diferenciación celular, en el que los tumores menos agresivos o avanzados muestran un aspecto microscópico similar al de las células sanas (1). Este sistema se basa en la asignación de una escala de 1 a 5, correspondiente a patrones histológicos de diferenciación celular, de una muestra de las dos áreas que forman la mayor parte del cáncer. Para calcular el resultado final se suman ambos resultados y se obtiene una puntuación general que va de 2 a 10, con todas las combinaciones posibles. Este resultado tendrá implicaciones en el tratamiento y en el pronóstico del paciente (3).

De esta forma la escala de Gleason se categorizaba de la siguiente forma:

- Gleason X: no puede ser determinado.
- Gleason 2-6: El tejido tumoral es bien diferenciado.
- Gleason 7: el tumor es moderadamente diferenciado.

4 Datos país observados en el SGSSS.

- Gleason 8-10: el tumor es pobremente diferenciado o Anaplásico.

Actualmente, se divide en 5 grupos (3):

- Grupo 1: Gleason 6 o menor
- Grupo 2: Gleason 3 + 4=7 (el primer valor determina el patrón principal de crecimiento celular)
- Grupo 3: Gleason 4 + 3=7
- Grupo 4: Gleason 8
- Grupo 5: Gleason 9 – 10

Así mismo, junto al estadio TNM, la escala de Gleason, se suma el resultado del Antígeno prostático especifico (PSA por sus siglas en inglés) para definir el tratamiento y el pronóstico, igualmente se puede incluir el tamaño de la próstata y edad al momento del diagnóstico (4).

4.3.1 Estadificación TNM del cáncer de próstata

Se presenta la TNM reportada para los casos nuevos de cáncer de próstata, en la cual se encontró que en el régimen contributivo el reporte de la estadificación se dio en el 71% de los casos y en el subsidiado fue del 59% (figura 4.11). Al excluir los casos no estadificados, se obtuvo que en el contributivo los estadios I y II representaron el 72% de los casos, mientras que en el subsidiado fue el 57%, el régimen especial a pesar de contar con pocos casos, reporto el 92% de sus pacientes en estadios I y II, por su parte este grupo, en el régimen de excepción fue del 62% (figuras 4.12)[5].

Figura 4.11. Estadificación TNM de los casos nuevos de cáncer de próstata

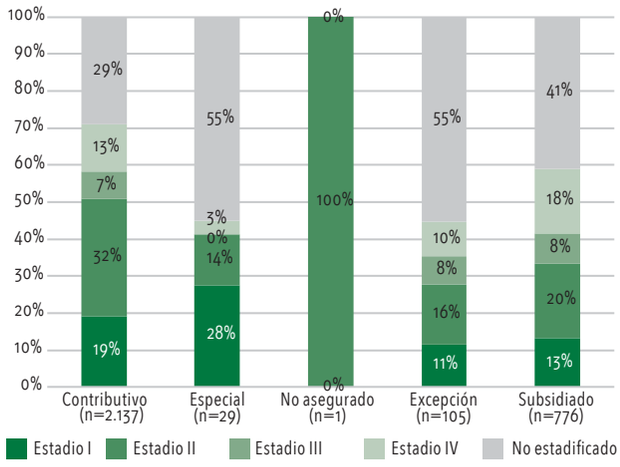
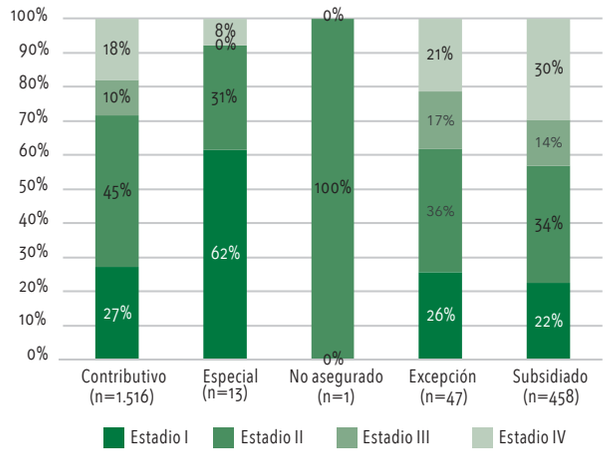


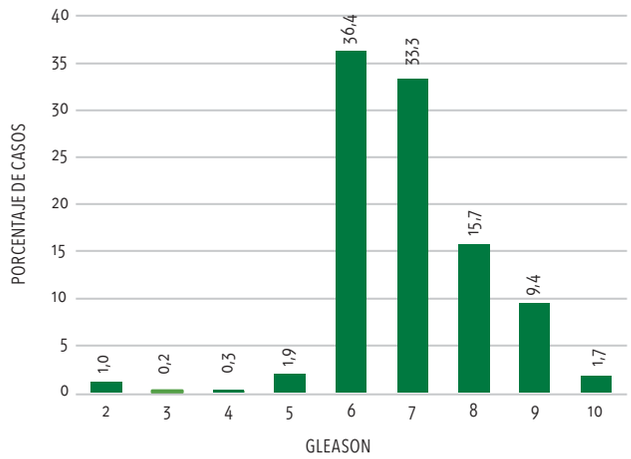
Figura 4.12. Estadificación TNM de los casos nuevos de cáncer de próstata (excluye no estadificados)



4.3.2 Escala de Gleason

Con respecto a la escala de Gleason en el registro, actualmente se notifica la sumatoria de las dos muestras, pero no se cuenta con el resultado de las agrupaciones actuales. Se obtuvo que, del total de casos nuevos, el 86,3% contó con la información respecto al Gleason, de los cuales, el 6 y el 7 fueron los puntajes que representaron la mayor proporción de casos (36,4 y 33,3% respectivamente) (figura 4.13)[6].

Figura 4.13. Proporción de los casos nuevos de cáncer de próstata, según la escala de Gleason

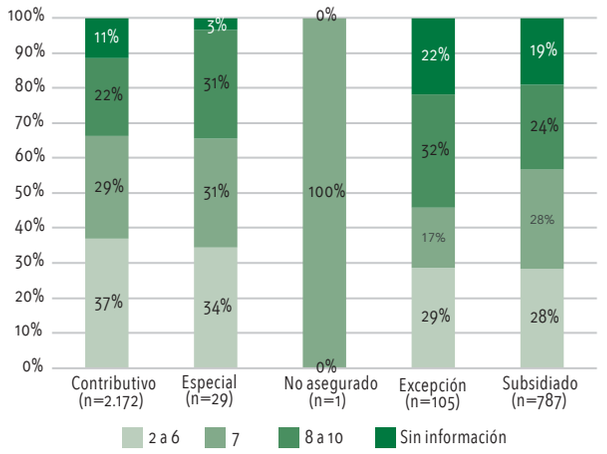


5 Datos analizados solo en población de los CNR por contarse con mejor registro de información.

6 Datos analizados solo en población de los CNR por contarse con mejor registro de información.

Sin embargo, el puntaje por sí solo no es determinante, por lo cual se agruparon en los tres niveles de Gleason utilizados anteriormente (debido a la estructura del reporte no es posible diferenciar el Gleason 7 en 3+4 o 4+3); se encontró que el grupo más frecuente (excluyendo aquellos sin información) contenía las puntuaciones de Gleason de 2 a 6 o grupo 1 con el 40% de los casos nuevos, al desagregar por régimen, el contributivo fue aquel que mayor cantidad de casos reportó en este grupo (figura 4.14).

Figura 4.14. Puntaje agrupado de Gleason según el régimen de afiliación



4.3.3 Antígeno Prostático Específico (PSA)

El antígeno prostático específico es una proteína producida por las células normales y por las células malignas de la glándula prostática. La realización de la prueba del PSA es otro de los puntos clave en el diagnóstico y estadificación del cáncer de próstata, así como en el seguimiento de la enfermedad. En el registro, se reportó la realización de PSA al momento del diagnóstico a 2.399 pacientes nuevos (77,5%) y PSA de los 3 a los 12 meses del tratamiento inicial a 1.096 (35,4%) (figuras 4.15 y 4.16).

Figura 4.15. Realización del PSA en los casos nuevos reportados de cáncer de próstata

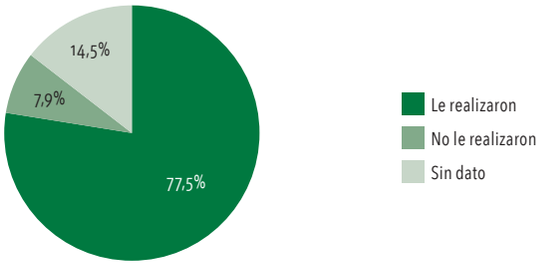
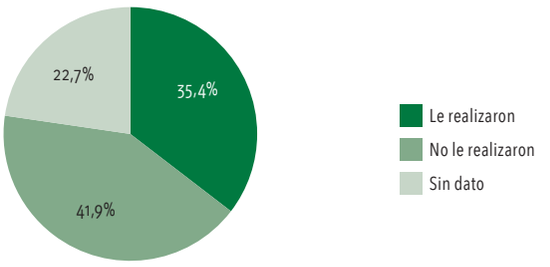


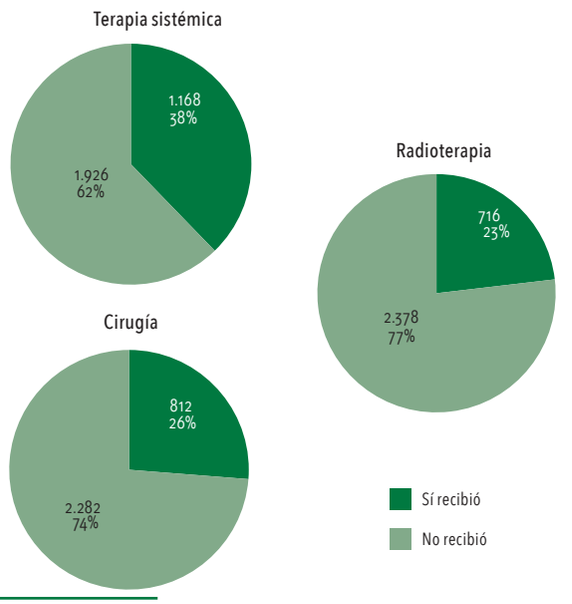
Figura 4.16. Realización del PSA a los 3 a 12 meses de tratamiento en los casos nuevos reportados de cáncer de próstata



4.4 Terapia general en el cáncer de próstata

En el tratamiento general observado en los 3.094 CNR[7] con cáncer de próstata se encontró que:

Figura 4.17. Proporción de los casos según el tipo de tratamiento recibido en el periodo



7 Datos analizados solo en población de los CNR por contarse con mejor registro de información.

Los porcentajes de registros para los que no hay datos no corresponden con lo esperado, a pesar de que no se presentan los estadios, lo cual pueden dar diferencias en la terapia ya que para este tipo de cáncer se esperan índices más altos de la realización de los diferentes tipos de terapia; se estima que lo anterior se puede deber a la falta de soportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC.

4.4.1 Medicamentos utilizados para el tratamiento del cáncer de próstata

Los objetivos de la farmacoterapia en el cáncer de próstata son inducir la remisión, reducir la morbilidad y prevenir las complicaciones. Entre los medicamentos más usados están los antagonistas de andrógenos, los agonistas de la GnRH, los bifosfonatos, el ketoconazol, los medicamentos quimioterapéuticos y los corticosteroides, entre otros (5).

4.4.1.1 Medicamentos observados en el reporte

En el listado de medicamentos se muestran los más recomendados; se hizo el análisis para los casos nuevos y se encontró que los primeros lugares los ocupan la terapia hormonal, los agonistas de la GnRH y otros antiandrógenos, los cuales se utilizan como terapia de deprivación en el cáncer de próstata metastásico en este grupo se encuentra en primer lugar el acetato de leuprolida, seguido de la goserelina y la bicalutamida (tabla 4.2). En la quimioterapia estándar para el cáncer de próstata metastásico resistente a bloqueo hormonal, está establecido en primer lugar el uso de docetaxel más prednisona, en caso de no tener efecto puede utilizarse cabazitaxel, en el registro se identificaron 80 casos para el primero y 3 para el segundo (tabla 4.4).

Tabla 4.4. Frecuencia del registro de los medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer de próstata

Medicamento	CNR (n=3.094)
Leuprolida	549
Goserelina	334
Bicalutamida	325
Docetaxel	80
Degarelix	67
Ciproterona	50
Abiraterona (2da línea)	24
Cabazitaxel	3

4.4.2 Radioterapia para el tratamiento del cáncer de próstata

De las personas diagnosticadas durante el periodo, un total de 716 recibieron radioterapia, de los cuales 691 tuvieron reporte de la técnica utilizada, la radioterapia externa sin descripción de la técnica utilizada fue la opción más reportada seguida de la IMRT (tabla 4.5).

Tabla 4.5. Técnica de radioterapia utilizada

Técnica de radioterapia	Número de casos	Porcentaje (%)
Radioterapia externa sin descripción de la técnica en los soportes	322	46,6
IMRT (radioterapia con intensidad modulada)	229	33,1
Conformacional 3D	104	15,1
Convencional 2D	15	2,2
IGRT (radioterapia guiada por imagen)	13	1,9
Otro (ejemplo braquiterapia, yodoterapia)	6	0,9
VMAT (modulada voluntariamente)	1	0,1
Radioterapia estereotáxica	1	0,1
Total	**691**	

De acuerdo con el reporte, de los 716 casos que recibieron radioterapia, 283 la recibieron de forma exclusiva, 347 lo hicieron en conjunto con terapia sistémica, 44 con cirugía y 42 pacientes recibieron las 3 terapias en el periodo.

4.5 Oportunidad de la atención en cáncer de próstata

La oportunidad entendida como la posibilidad que tienen los individuos para acceder al sistema de salud (6), se encuentra expresada en este documento como el número de días a partir de un evento temporal pasado y hasta un evento temporal posterior.

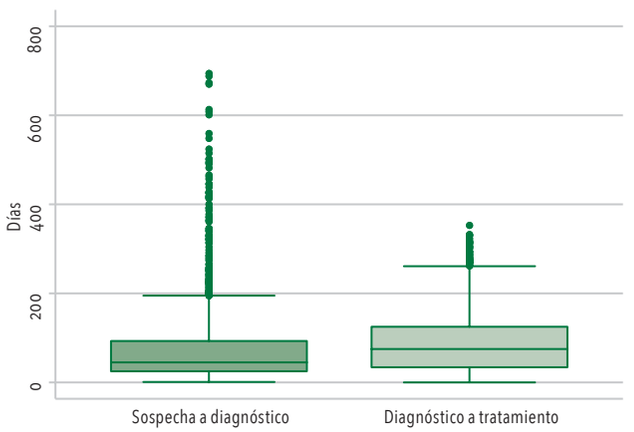
En los casos nuevos se observó un aumento en la cantidad de pacientes que contaban con la información para determinar la oportunidad, se obtuvieron los datos para establecer el tiempo entre la sospecha y el diagnóstico del 45,3% de la población, y del 60%, para establecer el tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento. Se estableció que desde la sospecha médica hasta el diagnóstico oncológico trascurren 45 días de mediana y 78,2 días de media, y entre el diagnóstico y el primer tratamiento, 75 días de mediana y 86,7 de media (tabla 4.6 y figura 4.16).

Tabla 4.6. Oportunidad de la atención en cáncer de próstata en los CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	RIQ	Media	IC (95%)
Sospecha a diagnóstico*	1.403	45	25-93	78,2	73,2-83,1
Diagnóstico a primer tratamiento	1.855	75	34-125	86,7	83,5-89,8

Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que ataña el diagnóstico, y por todo método diagnóstico empleado. RIQ: rango intercuartil, IC: intervalo de confianza.

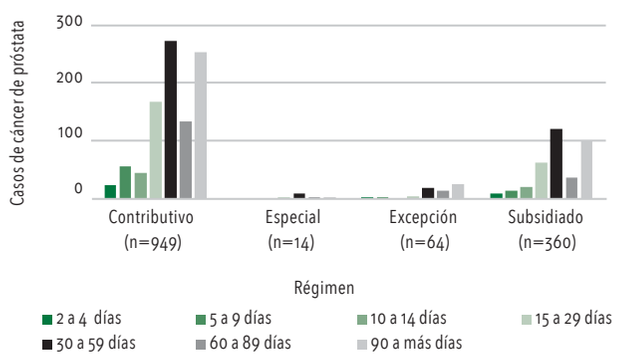
Figura 4.18. Cajas y bigotes del tiempo



4.5.1 Oportunidad desde la sospecha médica hasta el diagnóstico

Para el rango temporal desde la sospecha médica hasta el diagnóstico en los casos nuevos, se encontró que los regímenes contributivo y subsidiado presentan el mayor número de casos en el rango de tiempo entre los 30 a los 59 días para obtener el diagnóstico definitivo (los demás regímenes reportaron muy pocos casos) (figura 4.19).

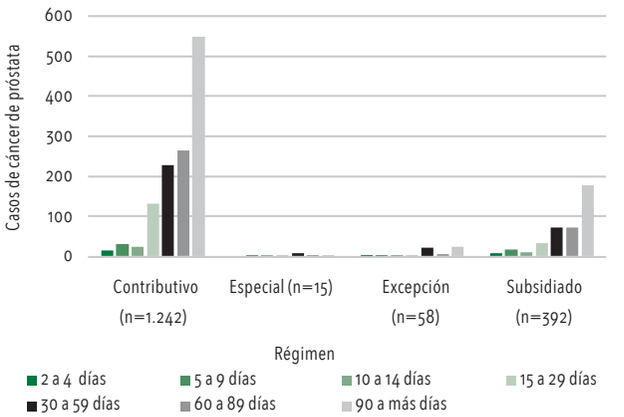
Figura 4.19. Oportunidad entre la sospecha médica y el diagnóstico



4.5.2 Oportunidad entre el diagnóstico y el primer tratamiento

Para el rango temporal entre el diagnóstico confirmado y el primer tratamiento en los casos nuevos, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, el rango temporal de 90 o más días es aquel que más casos comprende (figura 4.20).

Figura 4.20. Oportunidad entre el diagnóstico y el primer tratamiento



4.6 Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de próstata

A continuación se presentan los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo por parte de los aseguradores y los prestadores en los pacientes con cáncer de próstata en Colombia (7):

Indicador 1. Oportunidad de diagnóstico en días; tiempo entre la consulta dónde se realiza remisión por sospecha clínica o paraclínica, asociada al cáncer de próstata hasta el diagnóstico.
Indicador 2. Proporción de pacientes con cáncer de próstata estadificados en TNM.
Indicador 3. Proporción de pacientes con cáncer de próstata localizado (pacientes en estadio 0, I y II).
Indicador 4. Proporción de pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado y avanzado (pacientes en estadio III y IV).
Indicador 5. Proporción de pacientes estadificados en Gleason score.
Indicador 6. Oportunidad de tratamiento en días, tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento.
Indicador 7. Seguimiento de PSA postratamiento en cáncer de próstata.
Indicador 8. Supervivencia global (5 años).
Indicador 9. Calidad de vida.

Los dos últimos indicadores no se midieron ya que aún no se cuenta con dicha información en el registro.

Tabla 4.7. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de próstata según el régimen

Indicadores	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Régimen	< 30 días 30 a < 60 días ≥ 60 días	> 56% 50 a 56% < 50%	> 69% > 62 a 69% ≤ 62%	< 31% 31 a < 37% ≥ 37%	> 87% 83 a 87% < 83%	< 30 días 30 a < 60 días ≥ 60 días	Por definir
Contributivo	60,4	71,4	72,3	27,7	92,6	60,4	42,1
Especial	47,2	48,5	84,8	15,2	93,4	49,2	16,7
No asegurado	***	100	100	0,0	100	0,0	***
Excepción	84,0	44,8	61,7	38,3	81,5	54,9	47,2
Subsidiado	64,1	59,6	57,8	42,2	84,1	54,3	40,7
Total	**62,4**	**67,1**	**69,0**	**31,0**	**90,1**	**58,3**	**41,4**

Tabla 4.8. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de próstata por renglón del aseguramiento

Indicadores	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Régimen	< 30 días 30 a < 60 días ≥ 60 días	> 56% 50 a 56% < 50%	> 69% > 62 a 69% ≤ 62%	< 31% 31 a < 37% ≥ 37%	> 87% 83 a 87% < 83%	< 30 días 30 a < 60 días ≥ 60 días	Por definir
CCF Contributivo	68,4	52,0	72,5	27,5	94,3	51,2	47,1
CCF Subsidiado	84,1	49,0	48,0	52,0	91,2	55,2	40,3
Comerciales Contributivo	69,7	79,5	77,7	22,3	94,4	55,1	37,2
Comerciales Subsidiado	30,6	63,3	62,6	37,4	76,8	70,6	45,5
Cooperativas Contributivo	58,1	55,3	75,0	25,0	92,2	39,6	22,8
Cooperativas Subsidiado	75,5	67,8	58,6	41,4	91,9	62,9	39,5
Indígenas y adaptadas	62,2	68,0	88,2	11,8	100	59,9	44,4
Públicas y Mixtas	46,9	74,0	64,1	35,9	89,1	63,8	47,5
Total	**62,4**	**67,1**	**69,0**	**31,0**	**90,1**	**58,3**	**41,4**

El régimen contributivo mostró mejores resultados respecto a los resultados presentados por el régimen subsidiado, con 4 de 7 indicadores ubicados en el nivel más alto de cumplimiento frente a 1 de 7 en el régimen subsidiado. Del mismo modo, el número de indicadores de bajo cumplimiento fue mayor en el régimen subsidiado, siendo la oportunidad del diagnóstico en días es, decir, el tiempo entre la consulta donde se realiza la remisión por sospecha clínica o paraclínica hasta el diagnóstico, un indicador critico en ambos regímenes. En el contributivo, la oportunidad del tratamiento debe ser reforzado.

En cuanto a los sectores o renglones del aseguramiento, se observó un mejor desempeño por parte de los renglones "indígenas y adaptadas" y "comerciales contributivo", cada una con 4 indicadores ubicados en el nivel de cumplimiento "alto" y un solo indicador en el nivel de cumplimiento bajo, sin embargo, en cuanto a la oportunidad, ninguno de los renglones logró alcanzar el nivel de cumplimiento más alto, por lo que se hace necesario reforzar el trabajo en dicha área.

Tabla 4.9. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de próstata por EAPB

Indicadores	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
	< 30 días	> 56%	> 69%	< 31%	> 87%	< 30 días	
EAPB	30 a < 60 días	50 a 56%	> 62 a 69%	31 a < 37%	83 a 87%	30 a < 60 días	Por definir
	≥ 60 días	< 50%	≤ 62%	≥ 37%	< 83%	≥ 60 días	
11001	***	100	100	0,0	100	0,0	***
CCF007	93,0	33,3	100	0,0	100	46,0	50,0
CCF015	37,1	51,5	35,3	64,7	92,0	74,6	39,1
CCF023	***	100	0,0	100	0,0	146	100,0
CCF024	143,3	54,3	52,6	47,4	100	36,7	28,6
CCF027	38,0	50,0	25,0	75,0	85,7	117,8	50,0
CCF033	153	100	100	0,0	100	85,0	100,0
CCF050	***	0,0	***	***	100	***	0,0
CCF053	0,2	29,4	60,0	40,0	75,0	31,8	62,5
CCF055	55,0	100	100	0,0	100	190	0,0
EAS016	58,0	100	92,3	7,7	100	64,2	60,0
EAS027	69,3	25,0	50,0	50,0	100	21,8	25,0
EMP015	38,8	100	100	0,0	100	9,6	0,0
EMP023	35,5	22,2	75,0	25,0	100	63,7	23,3
EMP028	147	93,3	85,7	14,3	76,9	38,1	11,1
EMP029	61,0	100	100	0,0	100	72,0	0,0
EPS001	32,0	100	100	0,0	100	44,0	0,0
EPS002	89,4	68,2	51,7	48,3	98,7	79,7	27,5
EPS005	80,7	72,9	80,9	19,1	91,1	43,6	17,4
EPS008	75,9	63,8	88,9	11,1	98,4	54,3	36,0
EPS010	46,5	98,0	80,1	19,9	99,6	62,1	61,7
EPS012	***	66,7	100	0,0	100	60,0	100,0
EPS016	58,1	55,3	75,0	25,0	92,2	39,6	22,8
EPS017	26,9	60,9	59,7	40,3	94,2	45,0	53,6
EPS018	74,8	36,2	62,7	37,3	88,5	53,3	50,0
EPS022	46,5	96,0	50,0	50,0	100	67,8	66,7
EPS023	59,9	48,6	77,8	22,2	82,9	48,2	63,6
EPS025	88,5	100	75,0	25,0	100	26,0	50,0
EPS033	42,0	100	75,0	25,0	100	46,0	0,0
EPS037	43,7	81,5	66,6	33,4	96,2	73,8	46,8
EPS044	13,3	68,5	62,8	37,2	69,6	82,7	56,6
EPS045	0,0	63,6	85,7	14,3	72,7	94,5	25,0
EPSI01	74,0	100	100	0,0	100	73,0	100,0
EPSI04	37,0	50,0	100	0,0	100	161	0,0
EPSI06	***	0,0	***	***	100	126	0,0
EPSS33	29,5	38,2	66,7	33,3	76,0	57,7	19,4
EPSS34	33,4	92,8	71,9	28,1	82,1	27,7	82,1
EPSS40	77,5	22,4	40,0	60,0	57,0	38,0	41,8
EPSS41	32,3	94,7	47,2	52,8	90,0	71,6	25,8
ESS024	57,9	62,8	59,3	40,7	87,8	57,3	38,1

Tabla 4.9 Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de próstata por EAPB (continuación)

Indicadores	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
	< 30 días	> 56%	> 69%	< 31%	> 87%	< 30 días	
EAPB	30 a < 60 días	50 a 56%	> 62 a 69%	31 a < 37%	83 a 87%	30 a < 60 días	Por definir
	≥ 60 días	< 50%	≤ 62%	≥ 37%	< 83%	≥ 60 días	
ESS062	116,5	82,3	55,7	44,3	92,3	53,6	25,4
ESS076	42,6	43,8	71,4	28,6	81,3	33,1	37,5
ESS091	166,5	83,3	50,0	50,0	100	32,2	50,0
ESS118	52,6	63,6	28,6	71,4	82,8	62,2	42,3
ESS133	1,9	36,8	42,9	57,1	94,4	73,1	47,1
ESS207	34,6	64,0	77,1	22,9	97,1	77,1	50,8
RES001	92,3	38,5	80,0	20,0	72,7	33,9	57,1
RES002	66,0	34,3	75,0	25,0	85,3	49,1	30,4
RES003	64,5	42,9	50,0	50,0	71,4	57,9	40,0
RES004	102,4	55,8	54,2	45,8	82,5	65,8	56,8
RES006	28,5	50,0	0,0	100	100	33,0	0,0
RES008	46,0	28,6	100	0,0	85,7	42,6	0,0
RES009	36,0	100	100	0,0	100	29,5	0,0
Total	**62,4**	**67,1**	**69,0**	**31,0**	**90,1**	**58,3**	**41,4**

4.7 Tablas complementarias

Tabla 4.10. Edad de las personas con cáncer de próstata

Frecuencia (n)	Media	Desviación Estándar	Mediana	IC (95%)
31.547	72,8	9,2	73	[72,7 -72,9]

Tabla 4.11 Distribución de los casos de cáncer de próstata según el grupo etario

Grupo etario	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
34 años o menos	30	0,1
35 a 39 años	18	0,1
40 a 44 años	31	0,1
45 a 49 años	123	0,4
50 a 54 años	547	1,7
55 a 59 años	1.600	5,1
60 a 64 años	3.358	10,6
65 a 69 años	5.658	17,9
70 a 74 años	6.495	20,6
75 a 79 años	6.263	19,9
80 años o más	7.424	23,5
Total	**31.547**	**100%**

Tabla 4.12 Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de próstata por departamento

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Amazonas	17,9	35,7	5,1	9,6	0,0	0,0
Antioquia	181,4	177,9	19,7	19,1	9,1	9,1
Arauca	23,8	32,4	2,2	3,1	3,7	4,8
Atlántico	106,9	117,0	8,6	9,1	6,7	7,4
Bogotá, DC	193,5	197,3	17,0	16,6	8,3	8,9
Bolívar	118,8	125,5	9,7	10,4	7,7	8,0
Boyacá	100,3	78,1	10,3	8,3	5,9	4,3
Caldas	132,8	102,9	6,6	5,2	6,6	4,9
Caquetá	33,8	41,9	12,2	15,1	4,1	5,0
Casanare	36,4	53,6	4,3	5,7	1,6	2,8
Cauca	72,3	71,1	7,3	7,3	5,6	5,4
Cesar	91,2	112,1	7,4	9,0	8,0	9,9
Chocó	32,1	49,9	3,1	4,9	2,7	4,2
Córdoba	87,6	94,9	7,4	8,2	5,3	5,6
Cundinamarca	93,0	91,6	9,0	8,9	5,3	5,2
Guainía	9,1	15,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Guaviare	6,7	10,5	1,7	2,4	0,0	0,0
Huila	102,1	109,0	13,7	14,6	6,1	6,5
La Guajira	34,5	49,9	3,0	4,3	2,6	3,6
Magdalena	78,8	86,8	8,0	8,9	4,9	5,4
Meta	44,6	50,5	4,0	4,5	2,2	2,4
Nariño	57,7	56,7	5,8	5,9	3,3	3,2
Norte de Santander	77,1	80,7	7,8	8,1	5,9	6,1
Putumayo	20,7	28,1	1,7	2,3	0,6	0,7
Quindío	140,7	111,6	11,4	9,1	5,3	4,2
Risaralda	182,9	152,9	19,6	16,4	6,4	5,4
San Andrés	186,1	201,0	33,6	37,2	10,3	13,9
Santander	126,2	115,6	18,6	17,1	7,2	6,5
Sucre	62,0	58,7	4,1	3,9	5,9	5,5
Tolima	68,2	53,5	5,8	4,6	4,7	3,5
Valle del Cauca	187,5	173,3	20,6	19,1	12,1	11,1
Vaupés	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vichada	26,2	41,1	2,6	3,8	2,6	3,9
Total	**127,0**	**127,0**	**12,6**	**12,6**	**7,0**	**7,0**

Por 100.000 habitantes hombres

Tabla 4.13. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de próstata por entidad

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
CCF007	86,7	85,4	3,5	3,3	8,1	8,1
CCF015	54,8	54,5	11,8	12,4	5,7	5,6
CCF023	29,7	35,6	0,9	1,3	1,9	1,8
CCF024	103,3	93,7	12,7	11,7	7,6	6,9
CCF027	41,1	39	8,9	8,3	3,3	2,9
CCF033	16,9	13,2	3,4	2,6	0	0
CCF050	48,9	40,9	3,6	3,1	1,8	1,5
CCF053	128,7	125,6	27,3	26,8	6,4	6,3
CCF055	15,1	18,7	0,2	0,3	1,4	1,7
CCF102	7,3	11,5	0	0	1,2	1,6
EAS016	1142,5	349,3	251,7	73,5	19,4	12,9
EAS027	2138	258,8	48,6	5,3	66,8	7,2
EPS001	189,4	156,1	1	0,7	3,1	2,6
EPS002	85,3	167,8	6,4	10,7	4,1	9,5
EPS005	298,1	334	36,9	39,6	14,5	17,2
EPS008	158,8	194,4	19,2	21,3	5,5	7,3
EPS010	209,1	331,4	19	27,2	6,6	12,7
EPS012	114,2	132,8	5,2	5,5	3,5	4,5
EPS016	197,6	241,3	17,9	20,5	12	15,8
EPS017	178,8	315,8	10,7	17,5	7	14,8
EPS018	287,3	449,4	36,2	49,6	15,3	30
EPS022	113,7	83,7	9,3	6,4	10,7	8,6
EPS023	148,2	248	14,9	26,1	7,3	16,5
EPS025	42	39,2	4,8	4,8	2,4	2,3
EPS033	124,9	223,6	9,1	14,3	4,5	9,1
EPS037	340	170,9	33,4	17,7	24,6	11,7
EPS044	141,1	176,8	11,2	13,5	1	1,3
EPS045	53,3	38,6	2,2	1,6	0,8	0,6
EPSI01	18,8	34,6	1	2	1	2
EPSI03	15,9	18,9	0	0	1,3	1,5
EPSI04	22,1	29,7	1,2	1,6	1,2	1,3
EPSI05	17,8	19,5	0	0	1,3	1,6
EPSI06	32,2	36,2	2,5	2,6	2,5	3,5
EPSS33	74,1	65,9	9,2	8,4	8,5	7,4
EPSS34	105,2	87,9	13	10,7	6,4	5,5
EPSS40	72,9	60,6	16,7	13,9	8,1	6,7

Tabla 4.13. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de próstata por entidad (continuación)

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
EPSS41	35,3	26	8,1	6,2	5,5	4
ESS002	44,1	39,9	0	0	2,2	1,8
ESS024	60,8	63,6	9,7	10,2	6,6	6,8
ESS062	64,8	57,6	10,3	9,3	7,2	6,2
ESS076	45,8	45,5	3,9	4,1	4,2	4
ESS091	65,6	48	8,2	6,2	2,7	2
ESS118	22,8	23	3,6	3,7	2,9	2,9
ESS133	45,9	38,8	2,2	2	4,2	3,4
ESS207	82,8	94,5	9,6	11,3	7,6	8,4
Total	**134,1**	**134,1**	**13,6**	**13,6**	**7,6**	**7,6**

Por 100.000 afiliados hombres

Referencias bibliográficas

1. American Cancer Society. Prostate Cancer Stages [En línea]. 2016. Consultado: 08 de abril de 2019. Disponible en: https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/detection-diagnosis-staging/staging.html
2. Buyyounouski MK, Choyke PL, Mckenney JK, Sartor O, Sandler HM, Amin MB, et al. Prostate Cancer– Major Changes in the American Joint Committee on Cancer Eighth Edition Cancer Staging Manual. A Cancer J Clin. 2017;67(3):246–53. Consultado: 08 de abril de 2019.
3. Epstein JI, Zelefsky MJ, Sjoberg DD, Nelson JB, Egevad L, Magi-Galluzzi C, et al. A Contemporary Prostate Cancer Grading System: A Validated Alternative to the Gleason Score. Eur Urol [En línea]. 2016;69(3):428–35. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2015.06.046 Consultado: 08 de abril de 2019.
4. American Society of Clinical Oncology. Prostate Cancer: Stages and Grades [En línea]. Cancer.net. 2017. Consultado: 08 de abril de 2019. Disponible en: http://www.cancer.net/cancer-types/prostate-cancer/stages-and-grades
5. Wirth MP, Hakenberg OW, Froehner M. Antiandrogens in the Treatment of Prostate Cancer. Eur Urol. 2007;51(2):306–14. Consultado: 08 de abril de 2019.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Atributos de la Calidad en la Atención en Salud [En línea]. Boletín de prensa. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCIÓN-EN-SALUD.aspx
7. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de próstata en Colombia [En línea]. 2017. 1-44 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/consenso cancer de prostata.pdf

Lista de figuras

Lista de tablas

5. CÁNCER DE CUELLO UTERINO CIE-10: C53-D06; CIE-O-3: C53

5.1 Características generales de la población con cáncer de cuello uterino

En el registro, el cáncer de cuello uterino ocupó el segundo lugar de los tumores malignos más frecuentes en la población de mujeres, con un total de 18.262 pacientes afectadas por esta neoplasia, de las cuales 14.638 fueron registradas con cáncer de tipo invasivo y 3.624 con carcinoma *in situ*. Se reportó un total de 2.228 pacientes con diagnóstico durante el periodo, de las cuales 1.764 fueron registradas con cáncer invasivo (tabla 5.1).

La prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo en el país fue de 58,7 afectadas por 100.000 habitantes mujeres y la PCNR de 7,1 afectadas por 100.000 habitantes mujeres. La prevalencia por aseguramiento (regímenes contributivo y subsidiado) fue de 62,3 por 100.000 mujeres afiliadas y la PCNR de 7,5 por 100.000 mujeres afiliadas a la BDUA. El total de mujeres fallecidas con cáncer de cuello uterino invasivo fue de 1.050, con una mortalidad de 4,0 por 100.000 mujeres en el país.

Tabla 5.1. Distribución de los casos de cáncer de cuello uterino en Colombia y en la BDUA*

Cáncer de cuello uterino	País	BDUA
Total	18.262	17.838
Total invasivos	14.638	14.269
Total *in situ*	3.624	3.569
CNR	2.228	2.187
CNR invasivos	1.764	1.729
CNR *in situ*	464	458
Mujeres fallecidas	1.050	1.039

*Datos país, observados en el SGSSS colombiano (incluye todos los regímenes), BDUA: comprende personas reportadas en los regímenes contributivo y subsidiado.

5.1.1 Edad de las personas con cáncer de cuello uterino

La edad promedio de todas las mujeres con cáncer de cuello uterino reportadas fue de 53,2 años (DE ± 14,3). En los casos diagnosticados durante el periodo, el promedio de la edad fue de 49,7 años (DE ± 14,9) y al determinar en este grupo de pacientes, el promedio de acuerdo con el tipo de cáncer registrado, se encontró que este se ubicó en 42,6 años cuando el cáncer está diagnosticado como *in situ*, mientras que, en cáncer invasivo, la edad aumentó, ubicándose en 51,6 años (tablas 5.13 y 5.14).

La distribución de la edad sigue un patrón normal, en prevalentes, la mayor cantidad de casos se encontró en el rango entre los 45 a los 54 años (figuras 5.1 y 5.2)

Figura 5.1. Histograma de la edad en el total de casos de cáncer de cuello uterino

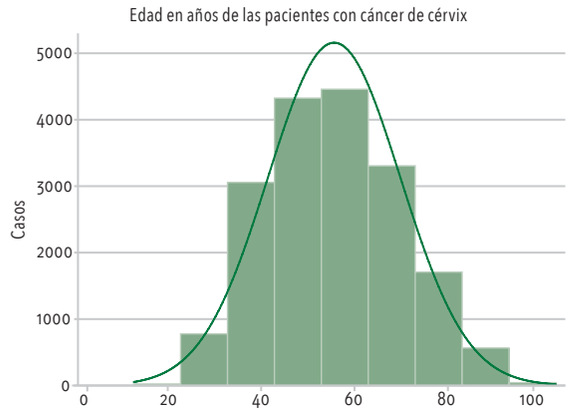
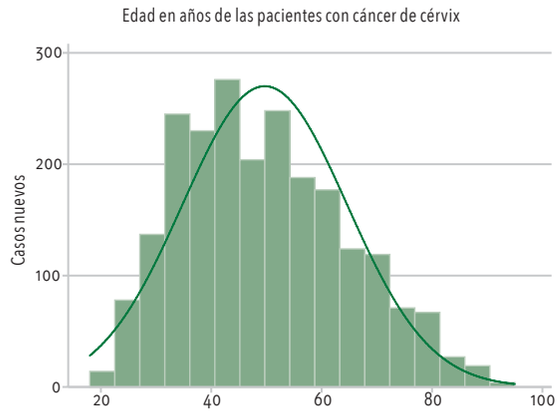


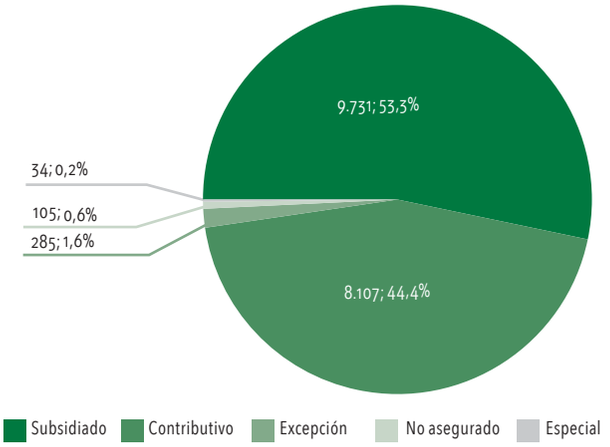
Figura 5.2. Histograma de la edad en cáncer de cuello uterino (casos nuevos)



5.1.2 Distribución de las personas con cáncer de cuello uterino según el régimen de afiliación

En la distribución del cáncer de cuello uterino por el régimen de afiliación, se identificó una mayor concentración de la población en el régimen subsidiado (53,3%), seguido del contributivo (44,4%), con menor representación de la morbilidad en el resto de los regímenes (2,3%) (figura 5.3).

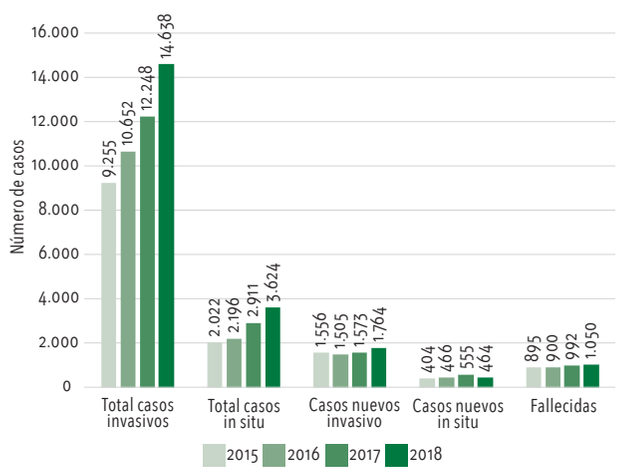
Figura 5.3. Proporción de los casos de cáncer de cuello uterino según el régimen de afiliación



5.1.3 Comparativo del cáncer de cuello uterino entre los años 2015 - 2018

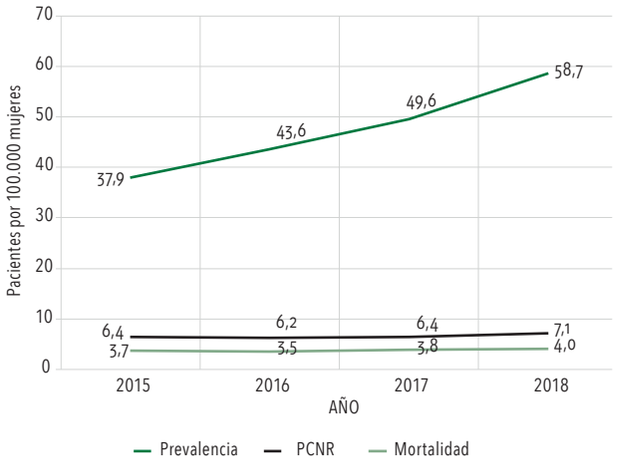
El registro de cáncer con la información auditada a lo largo de los cuatro periodos (2015 a 2018) ha mostrado un aumento progresivo en el reporte de los casos con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, especialmente en el total de los casos (prevalentes) entre 2017 y 2018 con un incremento del 20% frente al 18% que se presentó entre 2016 y 2017. De los casos nuevos, para el último periodo se encontró un mayor aumento de los invasivo frente al número de casos con carcinoma *in situ*, que por el contrario presentó un descenso del 16%. La mortalidad para el último periodo presentó un leve aumento del 6% (figura 5.4).

Figura 5.4. Número de personas con cáncer de cuello uterino reportadas, 2015-2018



morbilidad y a la mortalidad que solo se miden para el caso del cáncer invasivo, al comparar los cuatro años de información auditada, en el último periodo se dio el mayor crecimiento en la prevalencia y en la PCNR, de 18,2% y 11% respectivamente frente a un crecimiento de 14% y 3% del periodo anterior, por el contrario, la mortalidad, aumentó en un 6% frente a un crecimiento del 9% en el periodo anterior (figura 5.5).

Figura 5.5. Medidas de frecuencia en cáncer de cuello uterino, 2015-2018



*Excluye los casos reportados como *in situ*

5.2 Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de cuello uterino invasivo

5.2.1 Prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo en Colombia

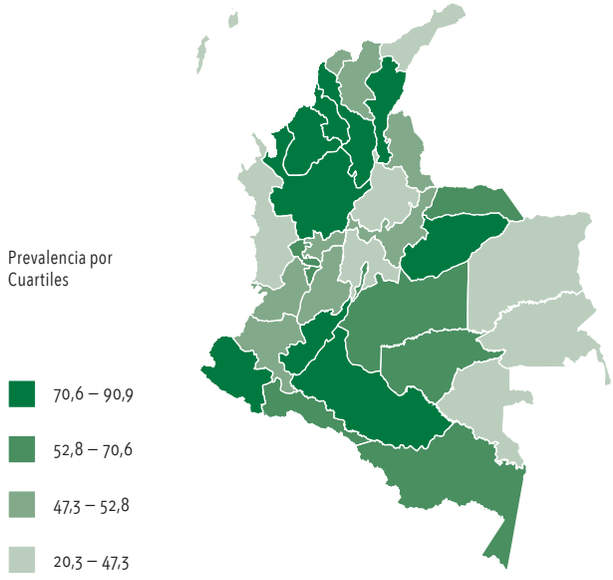
La prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo en Colombia fue de 58,7 x 100.000 habitantes mujeres (tabla 5.15)[1].

Los departamentos con mayor prevalencia fueron Córdoba, Casanare, Huila, Nariño, Sucre, Antioquia, Cesar, Bolívar y Caquetá con cifras de 90,9 a 70,6 por cada 100.000 mujeres (figura 5.6).

Los departamentos con menor prevalencia fueron, Vaupés, San Andrés, Guainía, Vichada, La Guajira, Chocó, Santander, Cundinamarca y Caldas con cifras de 20,3 a 47,3 por cada 100.000 mujeres (figura 5.6).

1 Datos país, observados en el SGSSS

Figura 5.6. Prevalencia ajustada del cáncer de cuello uterino invasivo por departamento



5.2.2 Prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo en la BDUA

En los regímenes de afiliación contributivo y subsidiado, la prevalencia se ubicó en 62,3 por 100.000 mujeres afiliadas de la BDUA (tabla 5.2), Las mayores prevalencias ajustadas fueron para las entidades CCF024 y CCF027 (para consultar valores de prevalencia por entidad puede consultar la tabla 5.16)

Tabla 5.2. Prevalencia ajustada según el régimen de afiliación

Casos de cáncer de cuello uterino BDUA	Casos régimen subsidiado	Casos régimen contributivo	Prevalencia régimen subsidiado	Prevalencia régimen contributivo	Prevalencia total c y s
14.269	7.854	6.415	74,5	51,8	62,3

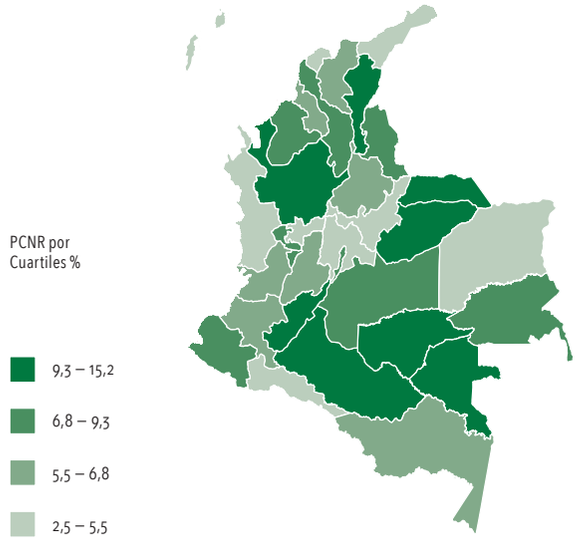
* c: contributivo, s: subsidiado

5.2.3 PCNR de cáncer de cuello uterino invasivo en Colombia

La PCNR de cáncer de cuello uterino invasivo en el país fue de 6,4 por 100.000 mujeres (tabla 5.15)[2].
Los departamentos con la mayor PCNR de cáncer de cuello uterino invasivo fueron: Guaviare, Caquetá, Vaupés, Huila, Antioquia, Cesar, Casanare y Arauca., con proporciones de 15,2 a 9,4 casos por 100.000 mujeres (figura 5.7).

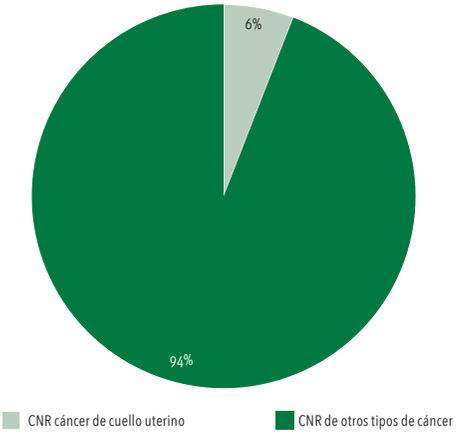
Los departamentos con la menor PCNR fueron: Putumayo, Boyacá, Caldas, Vichada, Cundinamarca, La Guajira, Chocó, Atlántico y Amazonas con proporciones de 2,5 a 5,5 por 100.000 mujeres (figura 5.7).

Figura 5.7. PCNR ajustada de cáncer de cuello uterino por departamento



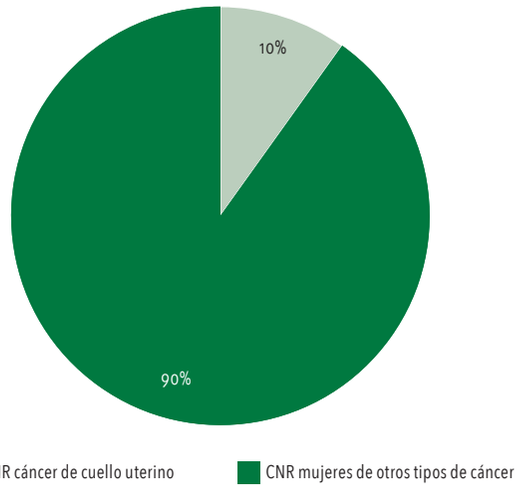
El total de casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el país fue de 2.228, lo cual representó el 6% del total de las neoplasias en la BDUA (figura 5.8) y el 10% teniendo en cuenta el total de los casos nuevos reportados exclusivamente entre las mujeres (figura 5.9).

Figura 5.8. Casos nuevos de cáncer de cuello uterino respecto a los CNR de cáncer global



2 Datos país, observados en el SGSSS

Figura 5.9. Casos nuevos de cáncer de cuello uterino respecto a los CNR de cáncer global en las mujeres



5.2.4 PCNR de cáncer de cuello uterino invasivo en la BDUA

Se reportaron 2.187 casos nuevos pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado, de los cuales 1.729 corresponden a cáncer invasivo. La PCNR fue de 7,5 por 100.000 afiliados de la BDUA, con una PNCR más alta en el régimen subsidiado (tabla 5.3). Las entidades con mayor PCNR ajustada de cáncer de cuello uterino invasivo por la edad fueron CCF053 y EPSS40 (tabla 5.16).

Tabla 5.3. PCNR ajustada según el régimen de afiliación

Casos cáncer de cuello uterino BDUA	Casos régimen subsidiado	Casos régimen contributivo	PCNR ajustada régimen subsidiado	PCNR ajustada régimen contributivo	PCNR total c y s*
1.729	991	738	9,4	5,9	7,5

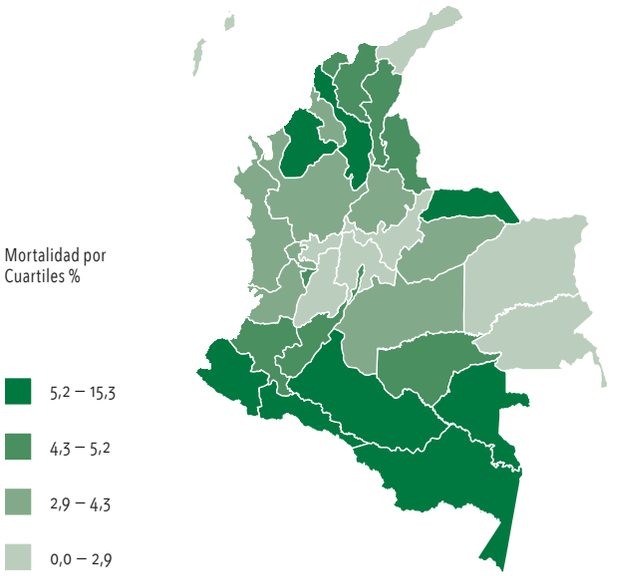
* C: contributivo, s: subsidiado

5.2.5 Mortalidad en cáncer de cuello uterino invasivo en Colombia

La mortalidad en las mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo en el país se ubicó en 4,0 por 100.000 mujeres (tabla 5.15)[3]. Los departamentos con la mayor mortalidad fueron: Amazonas, Vaupés, Caquetá, Putumayo, Bolívar, Arauca, Córdoba, Nariño, Magdalena y Cesar con tasas de 15,3 a 5,2 por 100.000 mujeres (figura 5.10).

Los departamentos con la menor mortalidad fueron, La Guajira, Tolima, Boyacá, Cundinamarca, Caldas y Bogotá, con tasas de 0,9 a 2,9 por 100.000 mujeres. Vichada, San Andrés y Guainía no reportaron fallecidas (figura 5.10).

Figura 5.10. Mortalidad ajustada en cáncer de cuello uterino por departamento



5.2.6 Mortalidad en cáncer de cuello uterino invasivo en la BDUA

La mortalidad entre las mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo registró las mayores tasas ajustadas en las entidades CCF015 y CCF027 (tabla 5.16). Se reportaron 1.039 casos que fallecieron durante el periodo, sin embargo 999 fueron notificadas con cáncer invasivo, la mortalidad total para ambos regímenes fue de 4,4 por 100.000 mujeres afiliadas de la BDUA, sin embargo, la mortalidad fue más alta para el régimen subsidiado (tabla 5.4).

Tabla 5.4. Mortalidad ajustada según el régimen de afiliación

Fallecidas cuello uterino BDUA	Casos régimen subsidiado	Casos régimen contributivo	Mortalidad ajustada régimen subsidiado	Mortalidad ajustada régimen contributivo	Mortalidad total c y s*
999	675	324	6,4	2,7	4,4

C: contributivo, s: subsidiado

3 Datos país, observados en el SGSSS

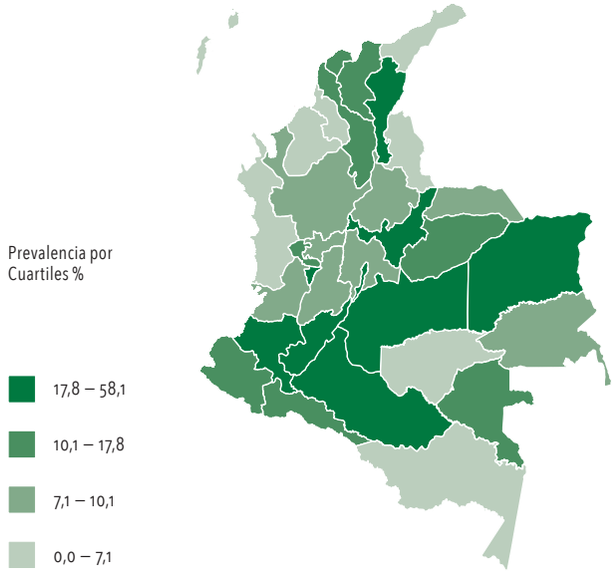
5.3 Prevalencia y PCNR del cáncer de cuello uterino *in situ*

5.3.1 Prevalencia del carcinoma de cuello uterino *in situ* en Colombia

La prevalencia del carcinoma de cuello uterino *in situ* en Colombia fue de 14,5 x 100.000 habitantes mujeres (tabla 5.17)[4].

Los departamentos con la mayor prevalencia fueron: Huila, Cauca, Cesar, Vichada, Meta, Caquetá, Quindío, Bogotá, D.C., Boyacá y Risaralda con prevalencias de 58,1 a 17,8 x 100.000 mujeres con las menores prevalencias fueron: Chocó, Córdoba, Sucre, Norte de Santander, Guaviare, La Guajira, San Andrés y Cundinamarca con prevalencias de 1,6 a 7,1 x 100.000 mujeres. Amazonas no reportó casos con carcinoma *in situ* (figura 5.11).

Figura 5.11. Prevalencia ajustada del carcinoma de cuello uterino *in situ* por departamento



5.3.2 Prevalencia del carcinoma de cuello uterino *in situ* en la BDUA

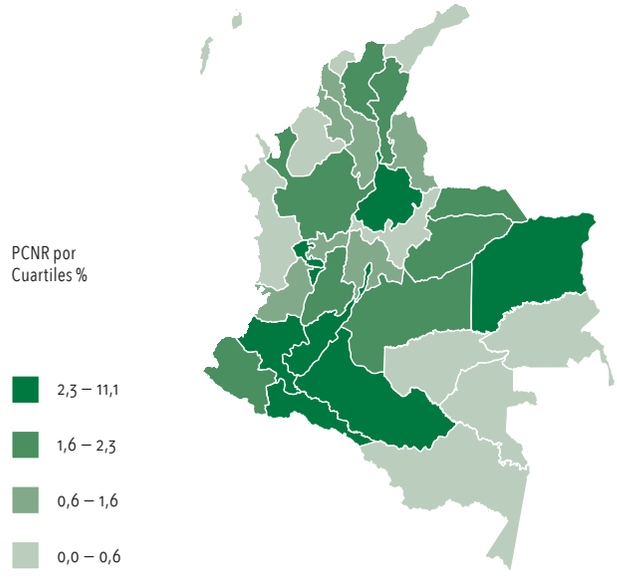
La prevalencia del carcinoma de cuello *in situ* en los regímenes de afiliación contributivo y subsidiado se ubicó en 15,6 por 100.000 mujeres afiliadas de la BDUA. Las mayores prevalencias ajustadas fueron para las entidades CCF024 y ESS062, (para consultar valores de prevalencia por entidad tabla 5.18).

5.3.3 PCNR de carcinoma de cuello uterino *in situ* en Colombia

La PCNR del carcinoma de cuello uterino *in situ* en el país fue de 1,9 por 100.000 mujeres con un total de 555 casos (tabla 6.17)[5].

Los departamentos con la mayor PCNR de cáncer de cuello uterino *in situ* fueron: Vichada, Huila, Cauca, Caquetá, Quindío, Risaralda, Putumayo, Santander y Nariño con proporciones de 11,1 a 2,3 casos por 100.000 mujeres. Los departamentos con la menor PCNR fueron: La Guajira, Córdoba, Boyacá, Atlántico y Chocó con proporciones de 0,2 a 0,6 por 100.000 mujeres. Amazonas, Guainía, Guaviare y Vaupés no notificaron casos nuevos con diagnóstico de carcinoma *in situ* (figura 5.12).

Figura 5.12. PCNR ajustada del carcinoma de cuello uterino *in situ* por departamento



5.3.4 PCNR del carcinoma de cuello uterino *in situ* en la BDUA

La PCNR según el régimen de afiliación en carcinoma de cuello uterino *in situ* fue de 2,0 afectadas por 100.000 mujeres afiliadas de la BDUA. Las entidades con las mayores proporciones ajustadas de cáncer de cuello uterino *in situ* fueron CCF024 y ESS062 (tabla 5.18).

5.4 Estadificación en cáncer de cuello uterino

En el cáncer de cuello uterino se pueden clasificar los estadios de la enfermedad de acuerdo con dos siste-

4 Datos país, observados en el SGSSS

5 Datos país, observados en el SGSSS

mas: el FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) y el TNM de la AJCC (American Joint Committee on Cancer). Actualmente más ginecólogos y oncólogos ginecológicos están usando el sistema FIGO, pero el sistema AJCC continua en uso. El sistema AJCC clasifica el cáncer de cuello uterino teniendo en cuenta tres factores: el tamaño o extensión local del tumor (T), la propagación a ganglios linfáticos (N), y la presencia de metástasis (M). El sistema FIGO utiliza la misma información, la diferencia está en que la clasificación por etapas FIGO no incluye los ganglios linfáticos hasta la etapa III y la etapa 0 no existe en este sistema (1).

5.4.1 Estadificación TNM/FIGO del cáncer de cuello uterino

El 92% de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino contó con información TNM/FIGO

De aquellos clasificados como invasivos, excluyendo los no estadificados, el 39% fueron reportados en estadio I (IA-IB2), 27% en estadios II, 28% en estadio III y 6% en estadio IV.

Al desagregar por cada estadio y por cada uno de los regímenes, se observó que en el contributivo y el de excepción, el estadio I es aquel que representa la mayor proporción de casos con el 46% y el 48% respectivamente, mientras en el subsidiado el estadio I representa el 34%, seguido por el estadio III con el 32% de los casos (figuras 5.13 y 5,14)[6].

Figura 5.13. Estadificación TNM/FIGO en cáncer de cuello uterino en los CNR

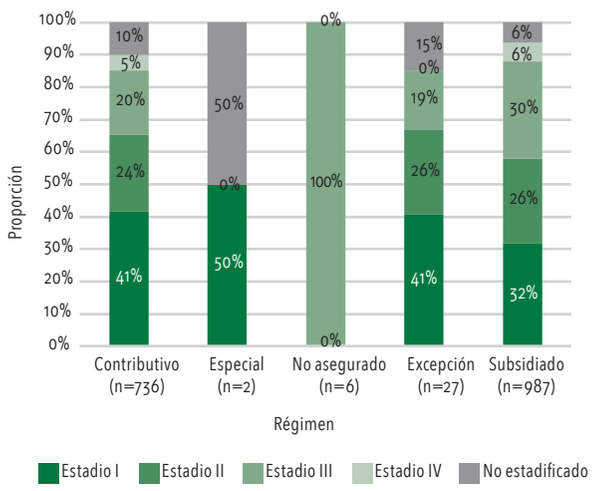
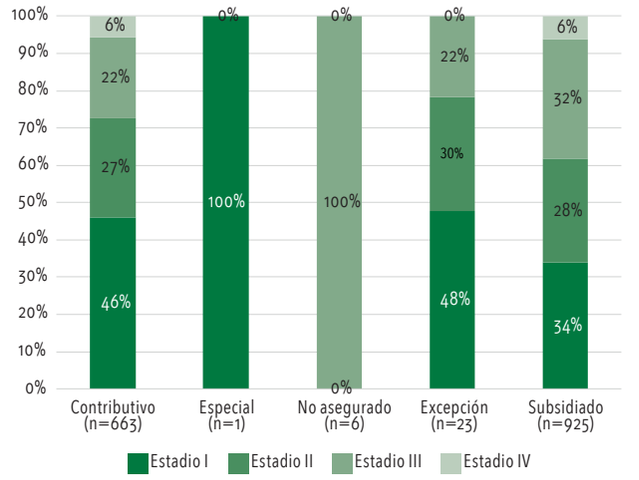


Figura 5.14. Estadificación TNM/FIGO en cáncer de cuello uterino en los CNR (solo estadificados)

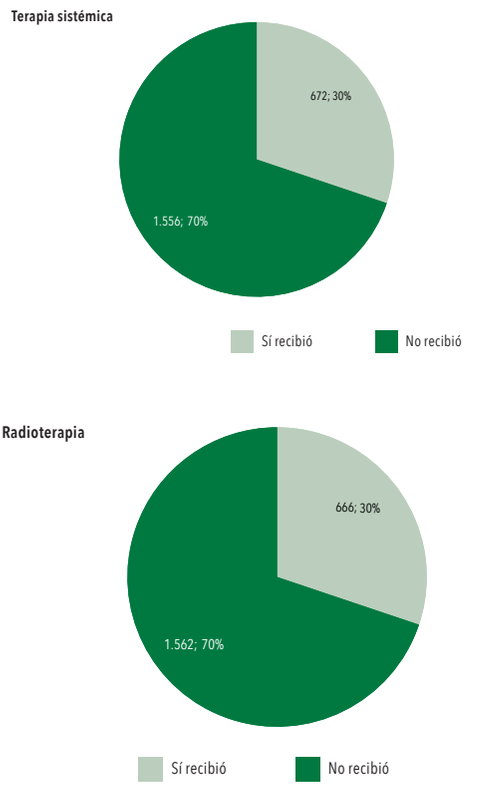


*Se excluyen los no estadificados

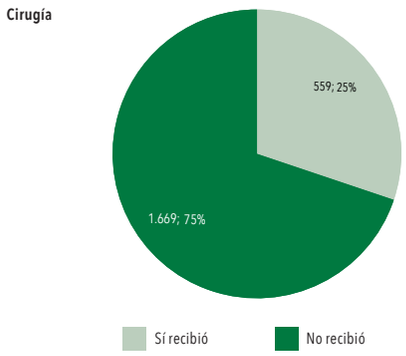
5.5 Terapia general en el cáncer de cuello uterino

En el tratamiento general observado en los 2.228 CNR* con cáncer de cuello uterino se encontró que:

Figura 5.15. Proporción de los casos de cáncer de cuello uterino según el tipo de tratamiento recibido en el periodo



6 Datos país, observados en el SGSSS



Los porcentajes de los registros para los que no hay datos no corresponden con lo esperado, a pesar de que no se presentan los estadios, lo cual puede dar diferencias en la terapia; ya que para este tipo de cáncer se esperan índices más altos de la realización de los diferentes tipos de terapia; se estima que lo anterior se puede deber a la falta de soportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC.

*Datos analizados solo en población de CNR por contar con mejor registro de información.

5.5.1 Tratamiento en cáncer de cuello uterino invasivo

El tratamiento para el cáncer de cuello uterino invasivo varía con respecto al estadio TNM, según las Guía de Práctica Clínica colombiana, a partir del estadio I al IA1 el tratamiento de elección es quirúrgico, sugiriendo la histerectomía total como tratamiento quirúrgico estándar con el fin de prevenir la progresión de la enfermedad y la muerte. En el estadio IA2 está indicada la histerectomía radical modificada; en los estadios IB1y IIA1 sugieren igualmente realizar histerectomía radical. Adicionalmente, en los estadios IA2, IB1 o IIA1 recomiendan hacer linfadenectomía pélvica como parte del tratamiento quirúrgico (2).

La radioterapia hace parte del tratamiento estándar para el cáncer de cuello uterino, ya sea como terapia primaria concomitante con quimioterapia radiosensibilizante en los tumores localmente avanzados (IB2, IIA2, IIB, III y IV) o como terapia adyuvante sola o concomitante con quimioterapia radiosensibilizante en aquellas pacientes con estadios tempranos (IA1, IA2, IB1, IIA1) llevadas a cirugía, pero con factores de mal pronóstico para recaída (2). Para el estadio IVB el tratamiento se enfoca en el cuidado paliativo y el uso de la radioterapia para controlar el sangrado y el dolor, con el uso de la quimioterapia para el cáncer diseminado (3).

Las pacientes con cáncer de cuello invasivo localmente avanzado tienen altas tasas de recurrencia y peor supervivencia, por lo cual, la guía recomienda la realización de radioterapia junto con quimioterapia a base de platino, por sus efectos en reducir el riesgo de muerte y de recurrencia; siendo el cisplatino la elección, por evidenciar un adecuada respuesta y aumento de la supervivencia global (2,4).

Otras alternativas farmacológicas son la gemcitabina, el paclitaxel, el carboplatino y el bevacizumab (5).

5.5.1.1 Medicamentos observados en cáncer de cuello uterino

De las 2.228 pacientes diagnosticadas durante el periodo se observó que el principal medicamento utilizado fue el cisplatino, en concordancia con la literatura, seguido del paclitaxel y el carboplatino, medicamento recomendado por su baja toxicidad renal (tabla 5.5).

Tabla 5.5. Frecuencia del registro de los medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer de cuello uterino

Medicamento	CNR (n=2.228)
Cisplatino	517
Paclitaxel	138
Carboplatino	131
Bleomicina	29
Bevacizumab	16
Gemcitabina	4
Ifosfamida	1

Llama la atención el registro de la bleomicina, ya que, según la evidencia, dicho medicamento no tiene indicación en este tipo de cáncer, y se ha demostrado que en neoadyuvancia, su uso mostró tener peores resultados que la cirugía primaria y la radioterapia posterior (6).

5.5.2 Radioterapia para el tratamiento del cáncer de cuello uterino

Como se mencionó, la radioterapia es parte del tratamiento estándar del cáncer de cuello uterino, específicamente cuando se encuentra localmente avanzado y se usa en concomitancia especialmente con cisplatino. Se encontró que, en los CNR en el periodo de reporte, 666 pacientes recibieron radioterapia, de las cuales 632 tuvieron reporte de la técnica utilizada, la radioterapia

externa sin descripción de la técnica utilizada fue la opción más reportada seguida de la conformacional 3D (tabla 5.6).

Tabla 5.6. Técnica de radioterapia utilizada

Técnica de radioterapia	Número de casos	Porcentaje (%)
Radioterapia externa sin descripción de la técnica en los soportes	280	44,3
Conformacional 3D	181	28,6
IMRT (radioterapia con intensidad modulada)	117	18,5
Otro (ejemplo braquiterapia, yodoterapia)	38	6
Convencional 2D	15	2,4
IGRT (radioterapia guiada por imagen)	1	0,2
Total	**632**	**100**

De acuerdo con el reporte, de los 666 casos que recibieron radioterapia, 148 recibieron esta terapia de forma exclusiva, 432 la recibieron en conjunto con terapia sistémica, 36 con cirugía y 50 pacientes recibieron las 3 terapias en el periodo.

5.6 Oportunidad de la atención en cáncer de cuello uterino

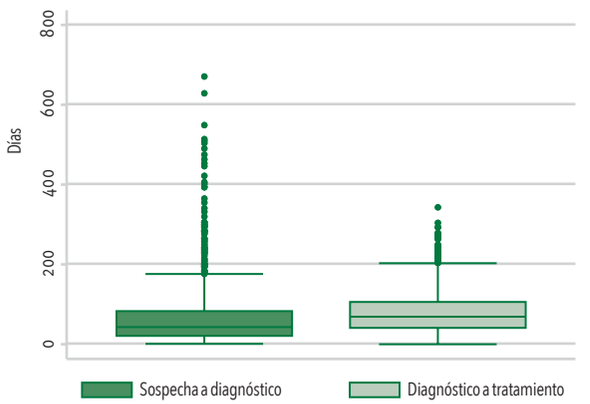
La oportunidad entendida como la posibilidad que tienen los individuos para acceder al sistema de salud (7), se encuentra expresada en este documento como el número de días a partir de un evento temporal pasado y hasta un evento temporal posterior.

En los casos nuevos de cáncer de cuello uterino general, el 37% de la población tuvo datos para establecer el tiempo entre la sospecha y el diagnóstico y el 54,1% para establecer el tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento. Se encontró que entre la sospecha médica hasta el diagnóstico trascurrieron 43 días de mediana y 71,1 días de media. En cuanto al tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento la mediana fue de 69 días y la media de 80 días (tabla 5.7 y figura 5.16)

Tabla 5.7. Oportunidad de la atención en cáncer de cuello uterino en los CNR (*In situ* e invasivos)

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	RIQ	Media	IC (95%)
Sospecha a diagnóstico*	824	43	21-83	71,1	65,8-77,7
Diagnóstico a primer tratamiento	1.206	69	41-106	79,6	76,4-82,7

Figura 5.16. Cajas y bigotes del tiempo de oportunidad en CNR



De igual forma, se presentan los tiempos de oportunidad diferenciado si el cáncer de cuello uterino es *in situ* o invasivo, encontrando que el tiempo desde la sospecha hasta el diagnóstico y desde este hasta el primer tratamiento es menor cuando el cáncer es invasivo (tablas 5.8 y 5.9).

Tabla 5.8. Oportunidad de la atención en carcinoma de cuello uterino *in situ*

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	RIQ	Media	IC (95%)
Sospecha al diagnóstico*	206	59	30-99	87,2	73,2-101,3
Diagnóstico al primer tratamiento	194	71	40-112	79,8	72,1-87,6

Tabla 5.9. Oportunidad de la atención en cáncer de cuello uterino invasivo

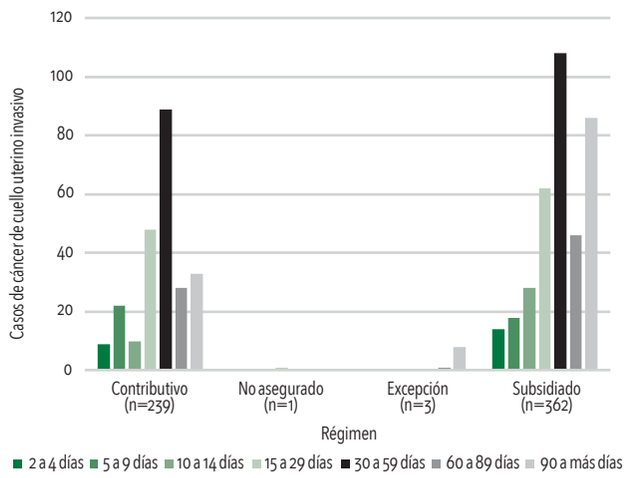
Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	RIQ	Media	IC (95%)
Sospecha a diagnóstico*	618	38,5	19-75	66,6	60,1-73,0
Diagnóstico a primer tratamiento	1.012	68	41-106	79,5	76,1-83,0

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que ataña el diagnóstico, y por todo método diagnóstico empleado
** Datos obtenidos en los CNR

5.6.1 Oportunidad entre la sospecha médica y el diagnóstico

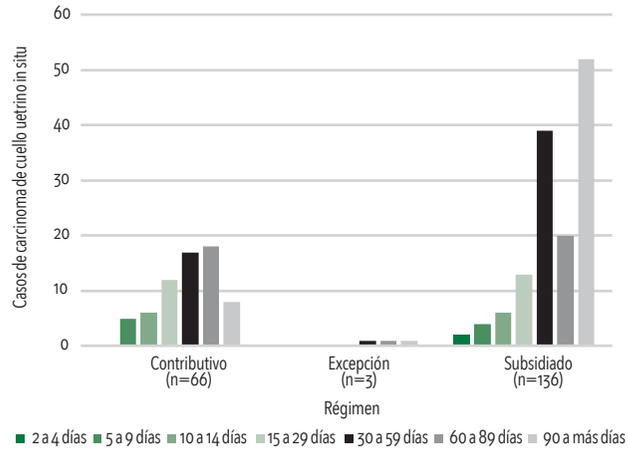
Se realizó el análisis diferenciando los casos identificados como invasivos e *in situ*, debido a la importancia que adquiere la oportunidad en el carcinoma de cuello uterino *in situ*. En el cáncer de cuello uterino que se diagnóstica ya en un estado invasivo, en cuanto al rango temporal de sospecha médica a diagnóstico, en los regímenes contributivo y subsidiado se encontró que el rango temporal con más caso es el de los 30 a los 59 días, los demás regímenes reportaron muy pocos casos (figura 5.17).

Figura 5.17. Oportunidad desde la sospecha al diagnóstico en cáncer de cuello uterino invasivo



Para el tumor de cuello uterino que se diagnostica *in situ*, en el régimen contributivo el rango temporal de sospecha médica a diagnóstico con más casos fue aquel entre 60 a los 89 días y para el régimen subsidiado aquel de 90 a más días (figura 5.18).

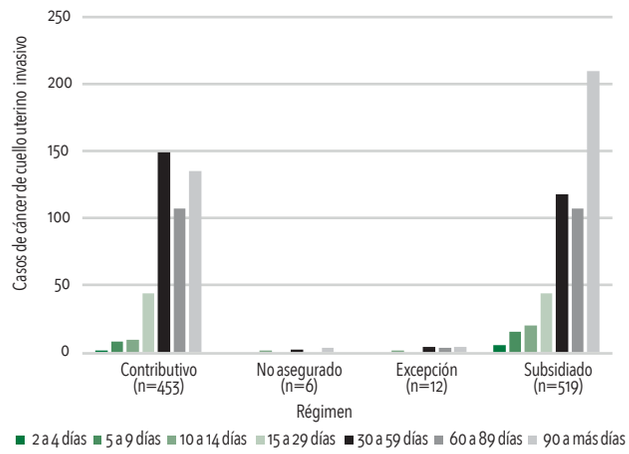
Figura 5.18. Oportunidad desde la sospecha hasta el diagnóstico en el carcinoma de cuello uterino *in situ*



5.6.2 Oportunidad entre el diagnóstico y el primer tratamiento

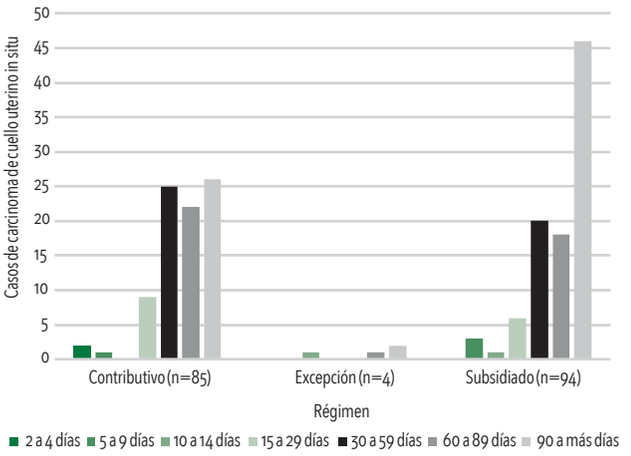
Para el rango temporal desde el diagnóstico hasta el primer tratamiento en cáncer de cuello uterino invasivo, en el régimen contributivo la mayor cantidad de casos se ubicó entre los 30 a los 59 días, mientras que en el subsidiado fue de 90 o más días (figura 5.19).

Figura 5.19. Oportunidad entre el diagnóstico y el primer tratamiento en cáncer de cuello uterino invasivo



En el carcinoma de cuello uterino *in situ*, el rango temporal del diagnóstico al primer tratamiento con mayor cantidad de casos, en ambos regímenes, fue aquel de 90 a más días (figura 5.20).

Figura 5.20. Oportunidad entre el diagnóstico y el primer tratamiento en carcinoma de cuello uterino *in situ*



5.7 Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cuello uterino

A continuación se presentan los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo por parte de los aseguradores y los prestadores en los pacientes con cáncer de cuello uterino en Colombia (8):

Indicador 1.1. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica (CNR).
Indicador 1.2. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica (prevalentes).
Indicador 2. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA-IB2 que recibieron algún procedimiento curativo (conización/cirugía).
Indicador 3. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II-IV a quienes se les suministró radioterapia.
Indicador 4. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II-IV a quienes se les suministró quimioterapia.
Indicador 5. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II-IV a quienes se les suministró quimioterapia y radioterapia concomitante con braquiterapia.
Indicador 6.1. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con valoración por cuidado paliativo, estadios avanzados (CNR).
Indicador 6.2. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con valoración por cuidado paliativo, estadios avanzados (prevalentes).
Indicador 7. Oportunidad de la atención general.
Indicador 8. Oportunidad de la atención en cáncer.
Indicador 9. Oportunidad por médico tratante.
Indicador 10. Oportunidad de inicio de tratamiento.
Indicador 11. Proporción de mujeres con cáncer de cérvix con diagnostico nuevo (dentro del periodo de reporte).
Indicador 12. Mortalidad general en mujeres con cáncer de cuello uterino.
Indicador 13. Supervivencia general a los 5 años.
Indicador 14. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino que cumplen criterio de seguimiento.

Los indicadores 11 y 12 se presentan en la sección de morbimortalidad y los indicadores 13 y 14 no se midieron ya que aún no se cuenta con dicha información en el registro.

Tabla 5.10. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cuello uterino según el régimen de afiliación

Indicadores	1.1	1.2.	2.	3.	4.	5.	6.1	6.2	7.	8.	9.	10.
Régimen	> 78%	> 78%	> 89%	> 62%	> 65%	> 89%	Por definir	Por definir	< 61 días	< 31 días	< 31 días	< 16 días
	69 a 78%	70 a 78%	60 a 89%	45 a 62%	49 a 65%	60 a 89%			61 a 75 días	31 a 45 días	31 a 45 días	16 a 30 días
	< 69%	< 69%	< 60%	< 45%	< 49%	< 60%			> 75 días	> 45 días	> 45 días	> 30 días
Contributivo	89,6	66,3	42,1	62,0	64,5	11,4	18,4	10,6	109,6	69,7	28,7	49,2
Especial	33,3	50,0	***	0,0	100	0,0	0,0	0,0	***	38,0	10,0	21,0
No asegurado	100	100	***	57,1	57,1	0,0	0,0	7,7	151	102,3	86,2	26,0
Excepción	83,3	57,6	11,1	63,6	54,5	18,2	36,4	17,5	146,5	73,4	33,2	35,4
Subsidiado	93,8	76,6	22,7	41,9	48,6	3,4	11,1	6,1	157,9	83,2	38,7	50,2
Total	**91,8**	**71,5**	**31,4**	**48,8**	**53,9**	**6,2**	**13,7**	**8,0**	**138,5**	**77,3**	**35,0**	**49,4**

Tabla 5.11. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cuello uterino por renglón del aseguramiento

Indicadores	1.1	1.2.	2.	3.	4.	5.	6.1	6.2	7.	8.	9.	10.
Renglón	> 78%	> 78%	> 89%	> 62%	> 65%	> 89%	Por definir	Por definir	< 61 días	< 31 días	< 31 días	< 16 días
	69 a 78%	70 a 78%	60 a 89%	45 a 62%	49 a 65%	60 a 89%			61 a 75 días	31 a 45 días	31 a 45 días	16 a 30 días
	< 69%	< 69%	< 60%	< 45%	< 49%	< 60%			> 75 días	> 45 días	> 45 días	> 30 días
CCF Contributivo	76,3	69,2	28,6	46,5	62,8	18,6	9,3	4,0	81,5	66,6	35,8	38,7
CCF Subsidiado	90,6	76,8	21,4	39,0	50,8	0,0	5,1	2,5	123,7	83,2	41,2	50,8
Comerciales Contributivo	95,3	79,9	49,5	65,7	67,7	1,0	32,3	21,3	125,9	66,4	26,4	46,7
Comerciales Subsidiado	90,2	46,0	16,9	48,5	50,5	2,0	14,9	6,7	165	85,8	40,3	55,3
Cooperativas Contributivo	94,1	80,7	37,5	68,8	53,1	3,1	15,6	7,6	109,3	65,1	18,3	62,7
Cooperativas Subsidiado	95,9	73,6	39,3	48,2	55,8	3,5	10,1	5,0	140,2	78,4	37,1	47,2
Indígenas y adaptadas	84,6	76,7	0,0	40,0	80,0	0,0	20,0	2,9	83,3	77,4	46,4	40,9
Públicas y Mixtas	94,6	81,9	25,3	40,9	44,4	13,1	9,6	10,3	166,9	85,8	36,4	53,6
Total	**91,8**	**71,5**	**31,4**	**48,8**	**53,9**	**6,2**	**13,7**	**8,0**	**138,5**	**77,3**	**35,0**	**49,4**

En cáncer de cuello uterino, el régimen contributivo presentó el mayor número de indicadores con alto nivel de cumplimiento (23%), mientras el subsidiado y el de excepción muestran el mayor número de indicadores con bajo cumplimiento, cada uno con el 53% de sus indicadores ubicado en dicho nivel. La proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II-IV a quienes se les suministró quimioterapia y radioterapia concomitante con braquiterapia, constituye el indicador de peor rendimiento en general, dado que en la totalidad de los regímenes se presentó un bajo nivel de cumplimiento de acuerdo a los parámetros de semaforización. Entre el régimen contributivo y subsidiado se observan resultados críticos en los indicadores de oportunidad a excepción de la oportunidad por el médico tratante.

Con respecto al renglón del aseguramiento, las CCF subsidiadas presentaron un mayor número de indicadores con un alto nivel de cumplimiento. Sin embargo, todos los renglones mostraron resultados críticos especialmente en los indicadores de oportunidad, a excepción de la oportunidad por médico tratante, que obtuvo mejores resultados en todos los renglones, sin incluir a "Indígenas y adaptadas". El indicador que mide la proporción de casos con estadificación FIGO/TNM en los casos nuevos, fue aquel con mejores resultados.

Tabla 5.12. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cuello uterino por EAPB

Indicadores	1.1	1.2.	2.	3.	4.	5.	6.1	6.2	7.	8.	9.	10.
EAPB	> 78% 69 a 78% < 69%	> 78% 70 a 78% < 69%	> 89% 60 a 89% < 60%	> 62% 45 a 62% < 45%	> 65% 49 a 65% < 49%	> 89% 60 a 89% < 60%	Por definir	Por definir	< 61 días 61 a 75 días > 75 días	< 31 días 31 a 45 días > 45 días	< 31 días 31 a 45 días > 45 días	< 16 días 16 a 30 días > 30 días
05000	***	100	***	***	***	***	***	0,0	***	***	***	***
11001	100	100	***	0,0	50,0	0,0	0,0	16,7	151	124	51,5	75,0
50000	***	100	***	***	***	***	***	0,0	***	***	***	***
54000	100	100	***	80,0	60,0	0,0	0,0	0,0	***	98,0	103,5	16,2
CCF007	100	80,0	***	14,3	71,4	0,0	0,0	0,0	162	86,6	56,8	26,2
CCF015	81,3	76,0	40,0	28,6	28,6	0,0	9,5	3,2	104,7	90,9	43,7	69,8
CCF023	***	66,7	***	***	***	***	***	0,0	***	***	***	***
CCF024	96,3	80,7	28,6	33,3	58,3	0,0	0,0	3,1	124,5	101,4	49,2	54,0
CCF027	100	76,3	***	81,8	54,5	0,0	0,0	0,0	16,0	41,4	32,1	25,5
CCF033	66,7	91,9	***	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	***	***	37,0	***
CCF050	100	66,7	***	33,3	100	0,0	0,0	0,0	172	98,0	37,7	60,3
CCF053	100	65,8	0,0	33,3	66,7	0,0	33,3	18,2	118	64,7	22,6	32,0
CCF055	100	66,7	0,0	***	***	***	***	***	203	82,0	1,0	81,0
CCF102	0,0	40,0	***	***	***	***	***	0,0	***	***	***	***
EAS016	***	0,0	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
EAS027	0,0	36,8	***	***	***	***	***	0,0	***	***	***	***
EMP015	***	100	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
EMP023	0,0	0,0	***	***	***	***	***	***	***	***	3,0	***
EMP028	100	50,0	***	0,0	100	0,0	0,0	0,0	***	38,0	17,0	21,0
EMP029	***	100	***	***	***	***	***	0,0	***	***	***	***
EPS001	***	70,6	***	***	***	***	***	0,0	***	***	***	***
EPS002	98,4	93,0	43,3	63,3	66,7	0,0	16,7	6,9	144,2	83,0	31,8	54,7
EPS005	85,7	63,9	40,0	76,9	80,8	0,0	26,9	13,8	96,5	47,4	24,2	27,6
EPS008	87,9	65,4	41,2	58,3	75,0	25,0	16,7	5,2	75,2	53,2	27,5	28,6
EPS010	98,9	86,2	58,2	67,7	54,8	3,2	58,1	35,6	93,0	62,8	23,4	49,7
EPS012	100	75,0	0,0	100	100	0,0	0,0	8,3	***	146	152	39,0
EPS016	94,1	80,7	37,5	68,8	53,1	3,1	15,6	7,6	109,3	65,1	18,3	62,7
EPS017	78,2	91,7	20,0	38,5	53,8	30,8	7,7	1,8	38,0	61,2	37,0	34,5
EPS018	64,6	48,9	33,3	37,5	56,3	6,3	6,3	5,6	96,3	75,1	37,7	55,1
EPS022	100	80,6	0,0	33,3	16,7	0,0	0,0	2,3	***	64,0	36,2	32,0
EPS023	91,7	53,5	30,0	41,7	75,0	0,0	16,7	19,2	21,0	68,1	27,2	47,6
EPS025	90,0	92,3	42,9	100	100	0,0	0,0	6,7	90,3	66,3	48,5	29,1

Tabla 5.12. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cuello uterino por EAPB (continuación)

Indicadores	1.1	1.2.	2.	3.	4.	5.	6.1	6.2	7.	8.	9.	10.
EAPB	> 78%	> 78%	> 89%	> 62%	> 65%	> 89%	Por definir	Por definir	< 61 días	< 31 días	< 31 días	< 16 días
	69 a 78%	70 a 78%	60 a 89%	45 a 62%	49 a 65%	60 a 89%			61 a 75 días	31 a 45 días	31 a 45 días	16 a 30 días
	< 69%	< 69%	< 60%	< 45%	< 49%	< 60%			> 75 días	> 45 días	> 45 días	> 30 días
EPS033	0,0	55,6	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
EPS037	93,8	80,1	48,6	63,4	66,2	25,4	5,6	10,6	100,3	81,2	33,1	56,7
EPS044	***	15,4	***	***	***	***	***	0,0	***	***	***	***
EPSI01	100	83,7	0,0	50,0	75,0	0,0	0,0	0,0	***	103,3	33,0	65,3
EPSI03	***	78,0	***	***	***	***	***	0,0	***	***	***	***
EPSI04	100	93,3	***	25,0	100	0,0	25,0	7,7	83,3	64,8	57,3	27,3
EPSI05	***	87,2	***	***	***	***	***	0,0	***	***	***	***
EPSI06	66,7	57,1	***	50,0	50,0	0,0	50,0	28,6	***	64,0	67,0	31,5
EPSS33	85,9	65,1	14,3	50,0	32,4	2,9	14,7	8,8	93,3	75,8	40,1	65,9
EPSS34	91,7	76,5	30,0	14,3	17,1	8,6	14,3	7,7	35,0	71,6	33,3	43,4
EPSS40	97,9	86,2	13,3	37,9	39,7	8,6	15,5	14,2	237,3	93,9	39,1	53,7
EPSS41	89,2	87,8	28,6	19,2	34,6	0,0	3,8	3,6	109,1	96,2	39,0	58,5
ESS002	0,0	74,3	***	***	***	***	***	0,0	***	***	0,0	***
ESS024	92,5	72,3	19,0	49,1	64,9	0,0	17,5	9,8	165,5	90,3	42,5	52,8
ESS062	95,9	79,4	45,5	36,1	37,5	1,4	16,7	9,4	165	88,1	31,9	60,2
ESS076	88,9	43,8	100	47,8	60,9	8,7	4,3	4,3	126,9	106,4	38,7	88,7
ESS091	100	87,0	0,0	40,0	30,0	10,0	0,0	0,0	247,6	70,8	25,2	54,6
ESS118	96,3	73,5	23,1	71,8	71,8	0,0	2,6	3,0	122,7	76,6	48,6	36,6
ESS133	100	60,1	0,0	55,6	38,9	0,0	5,6	1,6	80,2	73,9	40,0	39,5
ESS207	98,4	85,3	57,1	44,7	74,5	8,5	10,6	5,1	124	58,5	35,5	29,3
RES001	75,0	57,1	33,3	100	66,7	33,3	0,0	0,0	134,8	61,5	31,7	14,8
RES002	50,0	40,0	0,0	***	***	***	***	0,0	205	84,0	***	89,0
RES003	80,0	73,3	0,0	33,3	33,3	0,0	33,3	5,6	***	76,0	47,0	9,0
RES004	100	52,2	0,0	60,0	60,0	20,0	60,0	40,0	***	81,3	27,0	46,4
RES007	***	0,0	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
RES008	***	100	***	***	***	***	***	0,0	***	***	***	***
Total	**91,8**	**71,5**	**31,4**	**48,8**	**53,9**	**6,2**	**13,7**	**8,0**	**138,5**	**77,3**	**35,0**	**49,4**

5.8 Tablas complementarias

Tabla 5.13. Edad promedio de las pacientes con cáncer de cuello uterino

Casos	Frecuencia (n)	Media	Desviación Estándar	IC (95%)
Todos	18.262	53,2	14,3	[53,0-53,4]
Invasivo	14.638	54,8	13,9	[54,6-55,0]
In situ	3.624	46,7	14	[46,2-47,1]

Tabla 5.14. Distribución de los casos cáncer de cuello uterino según el grupo etario

Grupo etario	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
19 años o menos	15	0,1
20 a 24 años	98	0,5
25 a 29 años	511	2,8
30 a 34 años	1.135	6,2
35 a 39 años	1.697	9,3
40 a 44 años	1.995	10,9
45 a 49 años	2.287	12,5
50 a 54 años	2.259	12,4
55 a 59 años	2.245	12,3
60 a 64 años	1.847	10,1
65 a 69 años	1.594	8,7
70 a 74 años	1.130	6,2
75 a 79 años	746	4,1
80 años o más	703	3,8
Total	**18.262**	**100**

Tabla 5.15. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de cuello uterino invasivo por departamento*

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Amazonas	33,5	54,5	2,6	5,5	7,7	15,3
Antioquia	78,9	74,5	10,4	9,8	4,6	4,3
Arauca	45,7	60,6	7,5	9,4	4,5	6,3
Atlántico	52,2	52,5	5,3	5,2	4,8	4,8
Bogotá, D.C.	64,7	58,3	7,2	6,5	3,2	2,9
Bolívar	66,6	72,9	8,5	9,3	5,9	6,4
Boyacá	54,4	51	2,8	2,7	3	2,6
Caldas	53,5	47,3	3	2,7	3,2	2,9
Caquetá	56	70,6	11,4	14,5	6,9	8,9

Tabla 5.15. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de cuello uterino invasivo por departamento* (continuación)

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Casanare	68,7	89,8	7,7	9,5	2,7	3,7
Cauca	48,2	52,2	5,6	6,1	4,3	4,7
Cesar	60,1	73,6	8	9,7	4,2	5,2
Chocó	20	31,8	3,1	5,1	2	3,1
Córdoba	77,2	90,9	6,3	7,3	5,3	6,3
Cundinamarca	40	41,1	4,4	4,5	2,7	2,8
Guainía	14,4	24,3	4,8	8,3	0	0
Guaviare	38,4	56,2	11	15,2	3,7	5
Huila	70,7	79,3	10,3	11,5	4,4	5
La Guajira	20,5	29,6	3,5	4,9	0,6	0,9
Magdalena	43	51,1	5,5	6,6	4,4	5,2
Meta	57,2	63,7	7,4	8	3	3,2
Nariño	72,8	78,9	7,3	7,9	5,3	5,6
Norte de Santander	48,4	51,4	8,3	8,8	4,6	4,9
Putumayo	47,4	68,1	1,7	2,5	4,6	6,8
Quindío	57,7	52,8	8,2	8	5,5	5
Risaralda	66,2	59,5	8,3	7,9	3,8	3,4
San Andrés	25,6	22,7	5,1	5,8	0	0
Santander	38,8	36,1	7,2	6,8	4,4	4
Sucre	66,5	74,5	5,8	6,5	3,3	3,7
Tolima	49,1	47,7	6,5	6,6	2,4	2,2
Valle del Cauca	52,6	48	6,7	6,1	4,8	4,3
Vaupés	13,5	20,3	9	13,1	9	13,1
Vichada	18,8	29,1	2,7	4,4	0	0
Total	**58,7**	**58,7**	**7,1**	**7,1**	**4**	**4**

*Por 100.000 habitantes mujeres

Tabla 5.16. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de cuello uterino invasivo por entidad*

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
CCF007	69,7	77,4	7,1	8	5,1	5,4
CCF015	95,8	114,1	11	13,1	9,3	11
CCF023	19,9	26,9	0,9	1,3	0,9	1,1
CCF024	118	128,9	12,2	13,4	6,1	6,6
CCF027	113,7	125,1	12,8	14,1	9,6	10,6
CCF033	92,2	94,9	5	5,1	6,7	7,6
CCF050	68,9	66,1	4,9	4,8	9,8	9,2
CCF053	105,8	99,7	17,4	17,1	4,3	4,2

Tabla 5.16. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de cuello uterino invasivo por entidad* (continuación)

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
CCF055	19,5	23,9	1,2	1,4	1,2	1,4
CCF102	10,5	18,5	1,2	1,6	1,2	1,6
EAS016	21,9	9,1	0	0	0	0
EAS027	103,6	22,8	4,1	0,5	12,4	1,9
EPS001	20,3	15,2	0,9	0,6	1,8	1,3
EPS002	28,1	31,4	6,4	6,5	1,4	1,7
EPS005	38,5	35,1	5,7	5,1	2,1	1,9
EPS008	53,4	48,8	4,4	3,9	1,5	1,3
EPS010	63,4	61,2	7,6	7,1	2,2	2,4
EPS012	55,7	47,8	2,4	2,4	4,8	4
EPS016	60,9	57,4	7,7	7	4,8	4,7
EPS017	58	62,4	7,2	7,3	2,2	2,4
EPS018	89,8	94	11,2	11,2	5,2	5,7
EPS022	58,6	51,7	3,2	3,1	6,3	5,7
EPS023	62,7	65,4	9,6	10,4	6	6
EPS025	101,8	119	10,5	11,7	4,2	5
EPS033	82,7	82,1	8,6	7,9	5,7	7,9
EPS037	68,8	46	7,3	5,7	5	3,1
EPS044	54,4	54,4	3,2	3,2	0,8	0,7
EPS045	14,6	14,2	6,1	6,1	0,5	0,5
EPSI01	60,9	111	5,9	10	4,9	9,3
EPSI03	38,9	53,5	0	0	2,5	3,6
EPSI04	25,3	33,2	8,4	11,4	1,1	1,4
EPSI05	88,3	111,4	0	0	4,4	5,4
EPSI06	55,8	75,5	7,3	9,7	7,3	10
EPSS33	79,7	86,8	11,4	12,5	8,6	9,5
EPSS34	124,2	113,3	13,2	12,2	7,1	6,3
EPSS40	103,3	99,8	16,8	16,2	8,5	8,3
EPSS41	32,9	35,9	10,2	11,7	6,2	6,5
ESS002	77,4	91,7	0,4	0,5	3,8	4,7
ESS024	66,9	75,2	12	13,5	7,1	8
ESS062	79,2	88,4	11,3	12,6	7,8	8,6
ESS076	45	54,2	6,6	7,9	2,9	3,5
ESS091	107,8	103,9	8,6	8,1	6	5,4
ESS118	45,5	46,6	5,5	5,6	6,4	6,5
ESS133	52,9	57,5	2,9	3,1	4,3	4,6
ESS207	94	109,2	11,6	13,2	7,2	8,3
Total	**62,3**	**62,3**	**7,5**	**7,5**	**4,4**	**4,4**

*Por 100.000 afiliadas

Tabla 5.17. Prevalencia y PCNR de carcinoma de cuello uterino *in situ* por departamento

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada
Amazonas	0	0	0	0
Antioquia	9,9	9,5	1,7	1,6
Arauca	6	7,9	1,5	2,1
Atlántico	11,1	11	0,5	0,5
Bogotá, D.C.	21,3	19,3	1,7	1,5
Bolívar	15,7	17,1	1,4	1,5
Boyacá	18,2	17,8	0,5	0,5
Caldas	9,1	9	1,4	1,4
Caquetá	20	24,1	5,3	6
Casanare	9,9	10,1	1,6	1,6
Cauca	51,9	55,5	6,8	7,2
Cesar	27,9	32,5	2,1	2,2
Chocó	1,2	1,6	0,4	0,6
Córdoba	1,8	2,2	0,3	0,4
Cundinamarca	6,9	7,1	0,9	1
Guainía	4,8	9	0	0
Guaviare	3,7	6,4	0	0
Huila	53,1	58,1	8,5	9,2
La Guajira	4,7	6,6	0,2	0,2
Magdalena	11,8	14	1,9	2,2
Meta	25,8	26,9	2,2	2,2
Nariño	9,5	10,1	2,2	2,3
Norte de Santander	5,6	5,9	1	1
Putumayo	10,3	12,8	2,3	2,7
Quindío	22	21,6	5,5	5,6
Risaralda	18,2	17,8	3,6	3,7
San Andrés	7,7	6,8	2,6	2
Santander	10	9,6	2,5	2,4
Sucre	4,2	4,7	0,9	1
Tolima	7,2	7,2	1,6	1,8
Valle del Cauca	8,6	8	1,1	1
Vaupés	9	14,5	0	0
Vichada	18,8	27,4	8	11,1
Total	**14,5**	**14,5**	**1,9**	**1,9**

*Por 100.000 habitantes mujeres

Tabla 5.18. Prevalencia y PCNR del carcinoma de cuello uterino *in situ* por entidad*

Entidad	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada	PCNR Cruda	PCNR Ajustada
CCF007	7,1	8	0	0
CCF015	2,1	2,3	0	0
CCF023	6,1	8	0	0
CCF024	84,6	94,7	10,5	11,7
CCF027	7,4	8,6	0	0
CCF033	0	0	0	0
CCF050	11,5	10,8	0	0
CCF053	15,9	15,2	1,4	1,3
CCF055	7,6	9,1	0,2	0,3
CCF102	0	0	0	0
EAS016	0	0	0	0
EAS027	16,6	3,2	0	0
EPS001	2,6	1,9	0	0
EPS002	2,7	2,8	0,8	0,7
EPS005	16,2	14,2	5,4	4,6
EPS008	44,1	38,3	3,2	2,8
EPS010	8,8	7,8	1,7	1,5
EPS012	17,5	15,7	4	3,9
EPS016	13,9	12,6	4,1	3,7
EPS017	16,2	16,5	0,3	0,3
EPS018	16	16,2	1,1	0,9
EPS022	6,7	6,3	0,4	0,4
EPS023	10,1	9,5	0,8	0,7
EPS025	9,4	10,5	2,1	2,2
EPS033	28,5	27,5	5,7	4,2
EPS037	13,6	10,7	1,9	1,9
EPS044	16,1	15,5	0,1	0
EPS045	0	0	0	0
EPSI01	15,7	27,3	0	0
EPSI03	22,4	28,1	0	0
EPSI04	1,1	1,3	1,1	1,3
EPSI05	6,9	8	0	0
EPSI06	7,3	10	2,4	3,3
EPSS33	19,8	21,8	2,6	3
EPSS34	36,8	36,2	4,3	4,4
EPSS40	17,8	18,2	2,4	2,3
EPSS41	6,2	6,5	1,4	1,6

Tabla 5.18. Prevalencia y PCNR del carcinoma de cuello uterino *in situ* por entidad*(continuación)

Entidad	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada	PCNR Cruda	PCNR Ajustada
ESS002	8,6	10,1	0	0
ESS024	10,1	11,3	1,3	1,5
ESS062	46,4	52,2	6,9	7,7
ESS076	19,4	23,6	2	2,4
ESS091	4,6	5,1	1,3	1,3
ESS118	5,7	5,8	2,3	2,3
ESS133	10,6	11,9	0	0
ESS207	7,2	8,4	0,6	0,8
Total	**15,6**	**15,6**	**2**	**2**

*Por 100.000 afiliadas

Tabla 5.19. Estadio TNM/FIGO en cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación

Estadio TNM/FIGO	Contributivo (n=736)	Especial (n=2)	No asegurado (n=6)	Excepción (n=27)	Subsidiado (n=987)
Estadio I	41%	50%	0%	41%	32%
Estadio II	24%	0%	0%	26%	26%
Estadio III	20%	0%	100%	19%	30%
Estadio IV	5%	0%	0%	0%	6%
No estadificado	10%	50%	0%	15%	6%

Referencias bibliográficas

1. American Cancer Society. Cervical Cancer Stages. 2016.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo. Guía completa. Colombia. 2014. 1-375 p.
3. Koh WJ, Greer BE, Abu-Rustum NR, Apte SM, Campos SM, Cho KR, et al. Cervical Cancer, Version 2.2015. J Natl Compr Canc Netw. 2015/04/15. 2015;13(4):395--404; quiz 404.
4. Monk BJ, Willmott LJ, Sumner DA. Anti-angiogenesis agents in metastatic or recurrent cervical cancer. Gynecol Oncol. 2010;116(2):181–6.
5. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cervical Cancer. 2016;
6. Katsumata N, Yoshikawa H, Kobayashi H, Saito T, Kuzuya K, Nakanishi T, et al. Phase III randomised controlled trial of neoadjuvant chemotherapy plus radical surgery vs radical surgery alone for stages IB2, IIA2, and IIB cervical cancer: a Japan Clinical Oncology Group trial (JCOG 0102). Br J Cancer [Internet]. 2013 May 2 [citado 2019 May 28];108(10):1957–63. Disponible en http://www.nature.com/articles/bjc2013179
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Atributos de la Calidad en la Atención en Salud. Boletín de prensa.
8. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de mama y cuello uterino en Colombia. 2016. 1-115 p.

Lista de figuras

Lista de tablas

6. CÁNCER DE COLON Y RECTO
CIE10: C18-C21 CIE-O-3: C18-C21

6.1 Características generales de la población con cáncer de colon y recto

Se han reportado en total 19.258 casos de cáncer de colon y recto, de los cuales 3.179 corresponden a casos diagnosticados durante el periodo de reporte y 2.017 a personas fallecidas durante el mismo lapso.

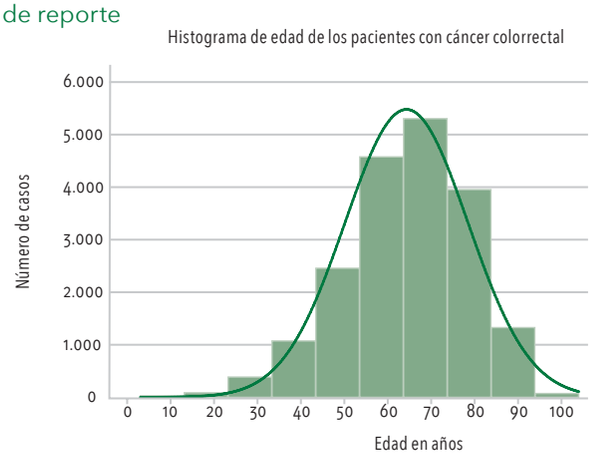
En términos de frecuencia, el cáncer de colon y recto ocupó el tercer lugar entre los 11 tipos tumorales CAC[1] y basados en la clasificación del CIE 10, 11,479 casos corresponden al cáncer de colon; 6,515 a cáncer de recto y 1,264 a cáncer de ano.

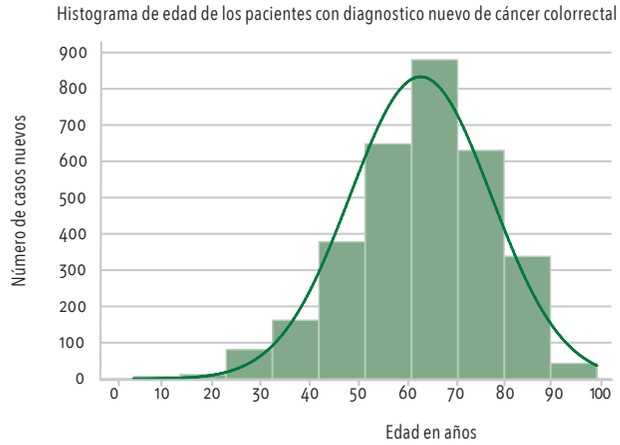
6.1.1 Edad de las personas con cáncer de colon y recto

A la fecha de corte[2] , el promedio de edad de las personas con cáncer de colon y recto, es de 64,31 años, mientras que en los casos nuevos se halló una edad media de 62,87 años (Tablas 6.13 y 6.14).

En los histogramas de frecuencias, se puede observar una distribución aproximadamente normal, con una leve cola hacia la izquierda, a razón de una ocurrencia menor del cáncer en las personas menore de 40 años. La mayor cantidad de casos se concentra entre los 50 y 80 años (figura 6.1).

Figura 6.1. Histograma de la edad y curva de normalidad en cáncer de colon y recto a la fecha de corte del periodo de reporte





6.1.2 Distribución de las personas con cáncer de colon y recto según el sexo

La razón de ocurrencia del cáncer de colon y recto (mujer: hombre) es de 1: 1,23, es decir, por cada hombre con cáncer colorrectal hay 1,23 casos en la población femenina (figura 6.2).

Figura 6.2 Razón de ocurrencia del cáncer de colon y recto según el sexo

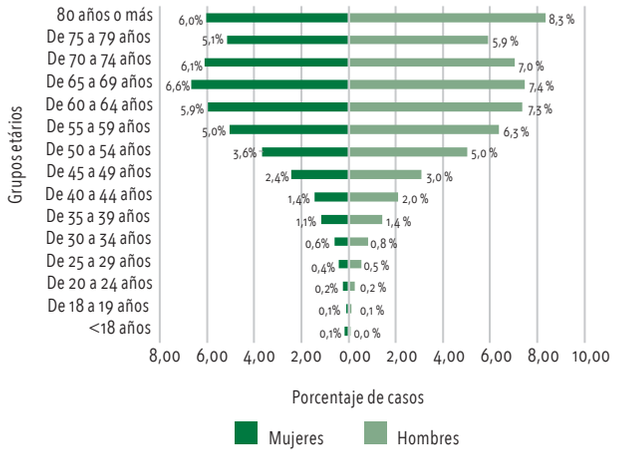
6.1.3 Cáncer de colon y recto según el grupo etario y el sexo

Tal como se puede ver en la figura 6.3, el comportamiento del cáncer de colon y recto es similar en ambos sexos con una leve superioridad de casos en la población femenina (55,11% vs. 44,71), El 91% de los casos se concentra luego de los 45 años, siendo los rangos de 65 a 69 y el de los 80 años o más, los que agrupan la mayor proporción de casos con más del 14% cada uno (figura 6.3).

1 Tipos de cáncer asignados a la CAC por la Resolución 3974 de 2009

2 Fecha de corte: 1° de enero del 2018

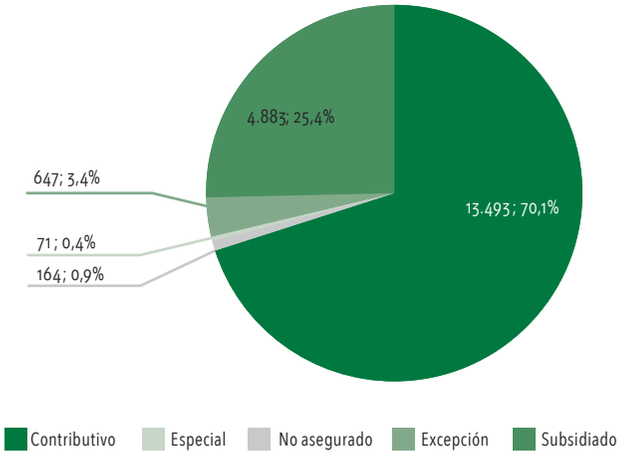
Figura 6.3. Cáncer de colon y recto según el sexo y el grupo etario



6.1.4 Distribución de las personas con cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación

Los casos de cáncer de colon y recto se agrupan en su mayoría en los regímenes contributivo y subsidiado, cada uno con el 70% y 25% respectivamente. La proporción restante de casos se distribuye entre los regímenes especial, de excepción y en la población no asegurada (figura 6.4).

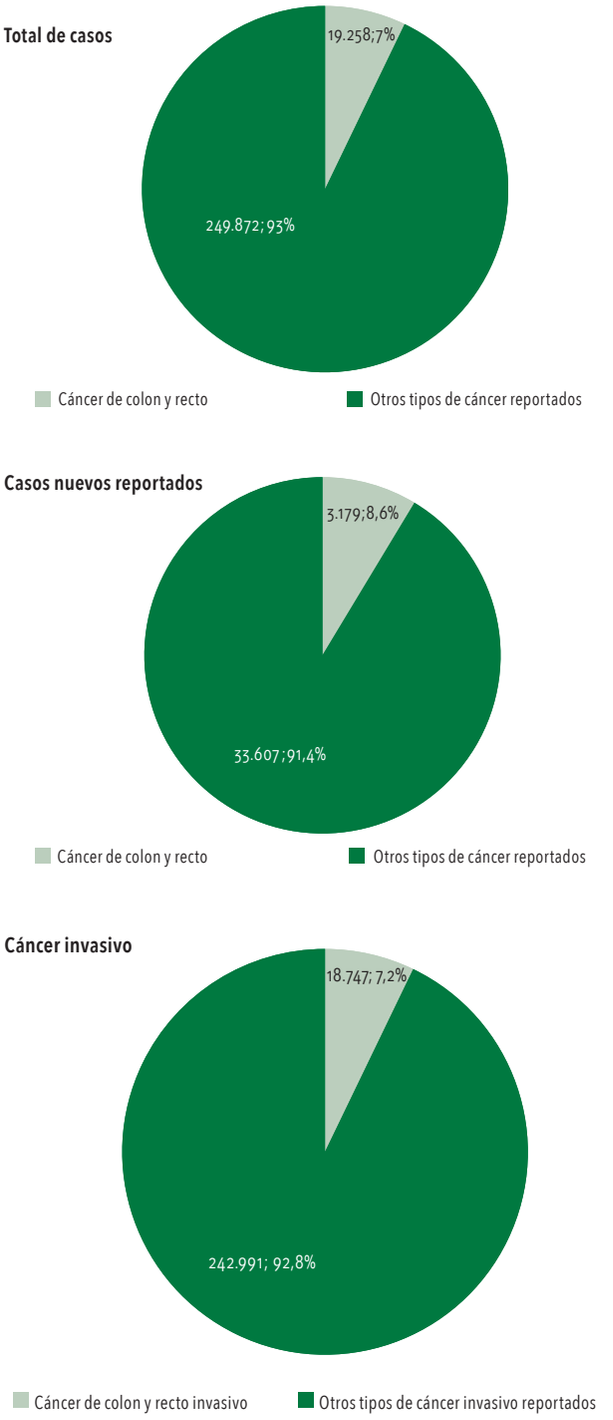
Figura 6.4. Proporción de casos de cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación



6.1.5 Representación del cáncer de colon y recto sobre el total de casos de cáncer reportados

El cáncer de colon y recto representó el 7% del registro total de cáncer. Respecto a los casos diagnosticados durante el periodo, supuso el 8,6% del total de casos nuevos de cáncer, conocidos como Casos Nuevos Reportados (CNR) y el 7,2% de los casos de cáncer invasivo (figura 6.5).

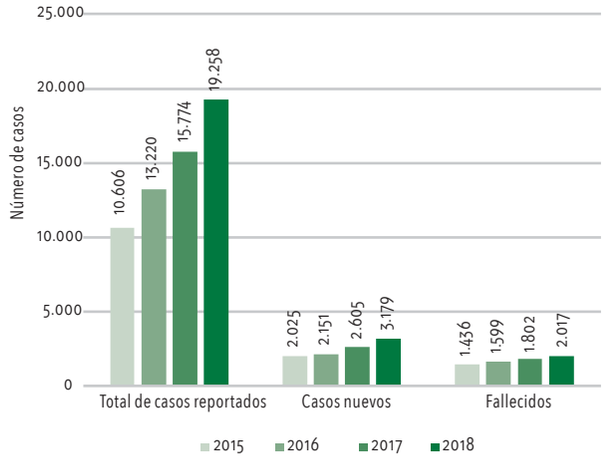
Figura 6.5. Porcentaje de casos respecto al total reportado, CNR y cáncer invasivo



6.1.6 Número de casos reportados, 2015 - 2018

El registro de cáncer de colon y recto ha mostrado desde sus inicios un aumento progresivo en el número de casos. Se presentó un incremento del 82% en el total de los casos reportados respecto al año 2015, mientras que los casos nuevos y los fallecidos presentaron un aumento del 57% y 40% respectivamente, tomando como referencia el mismo año de comparación.

Figura 6.6. Evolución del registro de cáncer de colon y recto en Colombia, 2015 - 2018



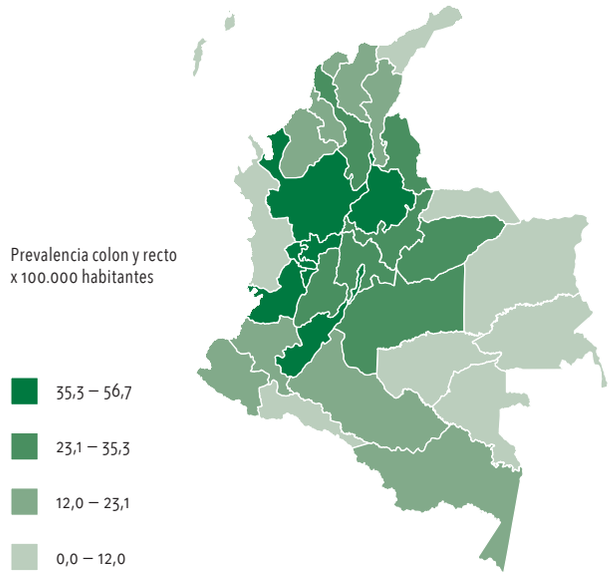
6.2 Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de colon y recto invasivo

6.2.1 Prevalencia del cáncer de colon y recto en Colombia

La prevalencia en el país del cáncer de colon y recto para el periodo de análisis se calculó en 38 casos por cada 100.000 habitantes (tabla 6.15).

Los departamentos con mayor prevalencia de cáncer de colon y recto fueron: Bogotá, Antioquia, Risaralda, Valle del Cauca, Quindío, Caldas, Santander y Huila con cifras entre 35,3 y 56,7 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que las que mostraron la menor prevalencia fueron: Caquetá, Arauca, Chocó, Putumayo, Guaviare, La Guajira, Guainía y Vaupés, con máximo 12 casos por cada 100.000 habitantes. El único departamento que no reportó casos para el periodo de reporte fue Vichada (tabla 6.15 y figura 6.7).

Figura 6.7. Prevalencia del cáncer de colon y recto en el país



6.2.2 Prevalencia del cáncer de colon y recto en la BDUA

El cálculo de la prevalencia del cáncer de colon y recto en la población afiliada fue de 40,2 afectados por cada 100.000 afiliados. Los aseguradores con las mayores prevalencias fueron EPS018, EAS016, EPS012, EPS023, EPS017, EPS005 y EPS016 con valores por encima de los 70 casos por 100.000 afiliados (tabla 6.9). Las entidades con menores estimaciones fueron EPSI04, EPSI03, EPSI01, CCF023, CCF055 y CCF102 con valores por debajo de los 10 casos por cada 100.000 afiliados. (tabla 6.16). La prevalencia del cáncer de colon y recto invasivo en los regímenes contributivo y subsidiado corresponde a 57,7 y 22,2 casos por cada 100.000 afiliados respectivamente (tabla 6.1).

Tabla 6.1. Prevalencia del cáncer de colon y recto en los regímenes contributivo y subsidiado

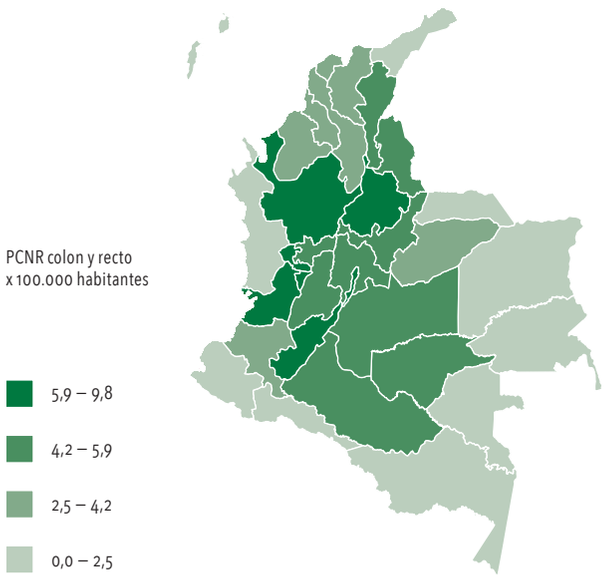
Casos de cáncer colorrectal BDUA	Casos régimen contributivo	Casos régimen subsidiado	Prevalencia ajustada régimen contributivo	Prevalencia ajustada régimen subsidiado	Prevalencia total c y s*
17.890	13.134	4.756	57,69	22,22	40,2

*Contributivo y subsidiado

6.2.3 PCNR del cáncer de colon y recto en Colombia

La PCNR del cáncer de colon y recto a nivel nacional fue de 6,4 casos nuevos por cada 100.000 habitantes (tabla 6.15). Los departamentos con mayor PCNR fueron, Antioquia, Bogotá, D.C., Santander, San Andrés, Risaralda, Quindío, Valle del Cauca, Huila y Norte de Santander con proporciones entre 5,9 y 9,8 casos por 100.000 habitantes, mientras que Nariño, Arauca, Amazonas, Putumayo, Chocó y La Guajira mostraron las menores estimaciones (por debajo de 2,5 casos por cada 100.000 habitantes. Guainía, Vaupés y Vichada no reportaron casos nuevos de cáncer de colon y recto para el periodo (tabla 6.15 y figura 6.8).

Figura 6.8. PCNR de cáncer de colon y recto en Colombia



6.2.4 PCNR de cáncer de colon y recto en la BDUA

La PCNR de cáncer de colon y recto a nivel de aseguramiento fue de 6,9 casos nuevos por cada 100.000 afiliados al SGSSS. Las entidades aseguradoras con mayor PCNR fueron, CCF053, EAS016, EPS018, EPS023, EPS005, EPS010, EPS033, EPSS40, CCF050, EPS016, EPS017 y EPS008 con estimaciones por encima de los 8 casos nuevos por cada 100.000 afiliados, mientras que las aseguradoras EPS012, ESS133, EAS027, EPSI05 y EPSI04, mostraron una PCNR inferior a 2 casos por cada 100.000 afiliados (tabla 6.16). La PCNR de cáncer de colon y recto invasivo en los regímenes contributivo y subsidiado corresponde a 9,21 y 4,36 casos por cada 100.000 afiliados respectivamente (tabla 6,2).

Tabla 6.2. PCNR de cáncer de colon y recto en los regímenes contributivo y subsidiado

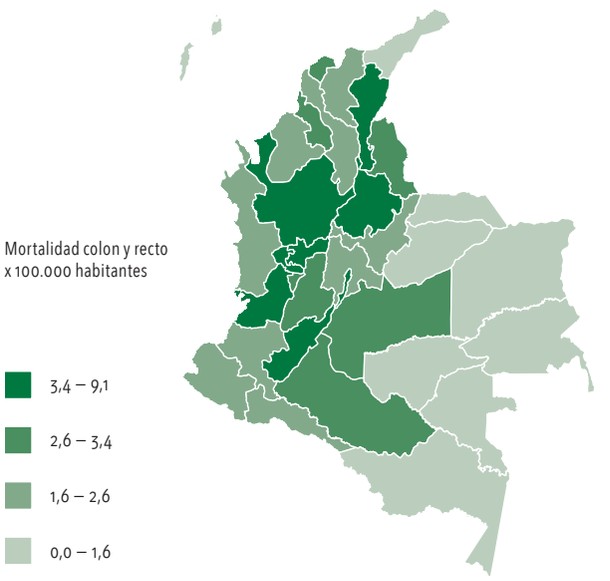
Casos nuevos de cáncer colorrectal BDUA	Casos régimen contributivo	Casos régimen subsidiado	PCNR ajustada régimen contributivo	PCNR ajustada régimen subsidiado	PCNR total c y s*
3.047	2.115	932	9,21	4,36	6,9

*Contributivo y subsidiado

6.2.5 Mortalidad en las personas con cáncer de colon y recto en Colombia

La mortalidad para cáncer de colon y recto en el país fue de 4,0 por 100.000 habitantes (tabla 6.15). Los departamentos con mayor mortalidad en los individuos con cáncer de colon y recto fueron: San Andrés, Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Antioquia, Caldas, Risaralda, Santander, Huila y Cesar con más de 3,4 casos por 100.000 habitantes, mientras que los departamentos con menor mortalidad corresponden a: Magdalena, Casanare, La Guajira y Arauca con cifras por debajo de 1,6 casos por 100.000 habitantes. Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada, no reportaron casos de mortalidad por cáncer de colon y recto para el periodo en evaluación (tabla 6.15 y figura 6.9).

Figura 6.9. Mortalidad en las personas con cáncer de colon y recto en Colombia



6.2.6 Mortalidad en las personas con cáncer de colon y recto en la BDUA

La mortalidad en cáncer de colon y recto en la población afiliada al sistema de salud fue de 4,3 por 100.000 afiliados. Las aseguradoras con la mayor estimación para mortalidad en las personas con cáncer de colon y recto fueron EPS018, EPS017, EPS016, EPS012, EPS005, CCF053, EPS033 y EPS023, con más de 7 casos por cada 100.000 afiliados (tabla 6.15). Las entidades que obtuvieron las menores estimaciones fueron EPSI04, EPSI03, CCF102, CCF033, CCF007, EPS045 y CCF055 con menos de 1 caso por cada 100.000 afiliados. La EPSI01 no reportó casos de personas con cáncer de colon y recto fallecidos durante el periodo. La mortalidad entre la población con cáncer de colon y recto invasivo en los regímenes contributivo y subsidiado corresponde a 5,6 y 3,1 casos por cada 100.000 afiliados respectivamente (tabla 6.3).

Tabla 6.3. Mortalidad en las personas con cáncer de colon y recto en los regímenes contributivo y subsidiado

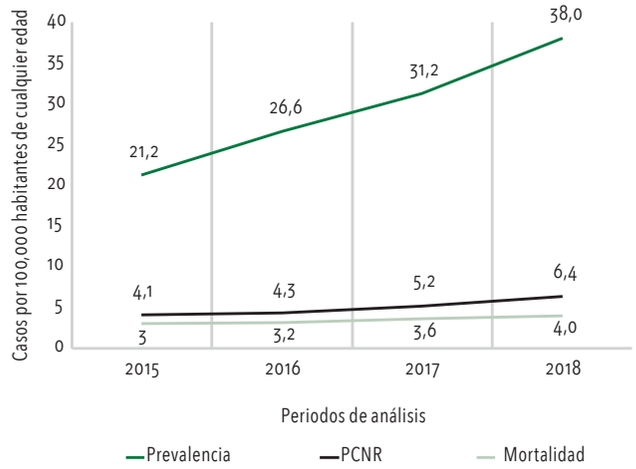
Muertes en cáncer colorrectal BDUA	Casos régimen contributivo	Casos régimen subsidiado	Mortalidad ajustada régimen contributivo	Mortalidad ajustada régimen subsidiado	Mortalidad total c y s*
1935	1.267	668	5,65	3,1	4.3

*Contributivo y subsidiado

6.2.7 Morbimortalidad en cáncer de colon y recto, 2015 - 2018

Los indicadores de morbimortalidad al igual que el número de casos previamente presentado, muestran incremento año tras año desde el inicio del reporte en el 2015, siendo más evidente en la prevalencia de la enfermedad, sin embargo, también es posible ver un incremento en la PCNR y en la mortalidad que pasaron de 5,2 y 3,6 casos por cada 100.000 habitantes en el año 2015 a 6,4 y 4 casos por cada por cada 100.000 habitantes en el 2018 respectivamente (figura 6.10).

Figura 6.10. Prevalencia, PCNR y mortalidad en cáncer de colon y recto, 2015-2018



6.3 Estadificación del cáncer de colon y recto

La estadificación del cáncer de colon y recto se lleva a cabo mediante el sistema TNM, introducido por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y el American Joint Committee on Cancer (AJCC), el cual ubica a los pacientes en uno de cuatro estadios (tabla 6.4).

Tabla 6.4. Clasificación TNM en cáncer de colon y recto

Estadio	T	N	M	Dukes	MAC*
0	Tis	N0	M0	-	-
I	T1	N0	M0	A	A
	T2	N0	M0	A	B1
IIA	T3	N0	M0	B	B2
IIB	T4a	N0	M0	B	B2
IIC	T4b	N0	M0	B	B3
IIIA	T1-T2	N1/N1c	M0	C	C1
	T1	N2a	M0	C	C1
IIIB	T3-T4a	N1/N1c	M0	C	C2
	T2-T3	N2a	M0	C	C1/C2
	T1-T2	N2b	M0	C	C1
IIIC	T4a	N2a	M0	C	C2
	T3-T4a	N2b	M0	C	C2
	T4b	N1-N2	M0	C	C3
IVA	Cualquier T	Cualquier N	M1a	-	-
IVB	Cualquier T	Cualquier N	M1b	-	-

MAC: Astler-Coller modificado. TNM 7ª edición

La clasificación de Dukes y la de Astler-Coller se encuentran en desuso, sin embargo, algunos especialistas aún las utilizan en algunos casos, por lo cual se menciona su significado:

CLASIFICACIÓN DE DUKES:

A: crecimiento limitado a la pared del recto o del colon.

B: extensión del crecimiento a los tejidos extrarectales o extracolonicos, sin metástasis a los ganglios linfáticos regionales.

C: metástasis en los ganglios linfáticos regionales, modificada en 1935 a las etapas C1 y C2.

C1: metástasis a los ganglios linfáticos regionales.

C2: metástasis a los ganglios linfáticos en el punto de unión de los vasos sanguíneos mesentéricos.

D: metástasis a distancia (no formaba parte de la clasificación original).

CLASIFICACIÓN ASTLER-COLLER:

A: lesión limitada a la mucosa.

B1: la lesión involucra una muscular propia pero no la atraviesa.

B2: la lesión atraviesa la muscularis propia

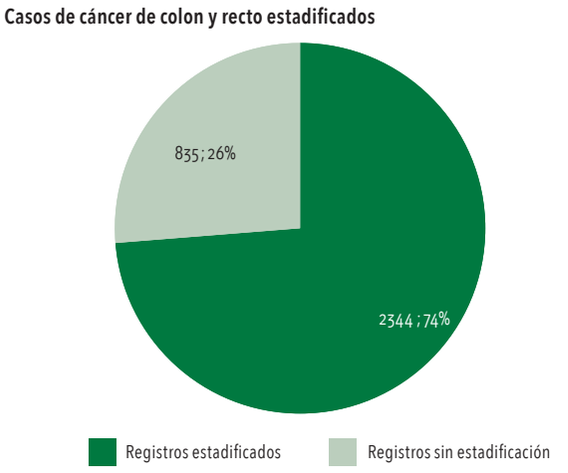
C1: tumor metastásico en los ganglios linfáticos, pero el tumor en sí mismo todavía está confinado a la pared intestinal

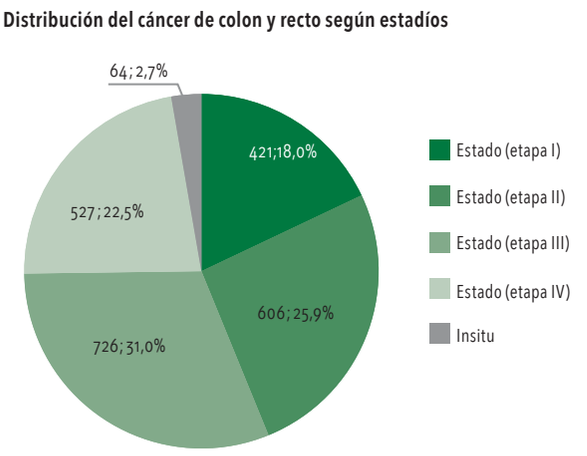
C2: tumor metastásico en los ganglios linfáticos y el propio tumor ha atravesado toda la pared intestinal.

6.3.1 Estadificación de los CNR de cáncer de colon y recto en Colombia

El 26% del total de los CNR no cuentan con información de la estadificación de la enfermedad. Del total de observaciones con información válida, el 31% se ubica en estadio III, seguidos del 25,9% en estadio II, 22,5% en estadio IV y 18% en estadio I. El 2,7% corresponde a cáncer insitu (figura 6.11).

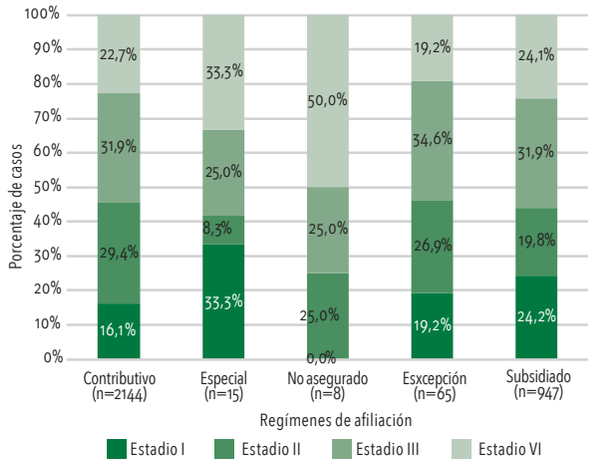
Figura 6.11. Porcentaje de casos de cáncer de colon y recto estadificados





6.3.2 Estadificación de los CNR de cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación

Figura 6.12. Porcentaje de los casos de cáncer de colon y recto según la etapa y el régimen de afiliación



Si se analizan los datos según el régimen de afiliación, excluyendo los casos sin información y los *in situ*, se puede observar un comportamiento idéntico entre los regímenes subsidiado y contributivo en cuanto al porcentaje de casos de en estadio III, que es a su vez, el de mayor representación en ambos regímenes. La mayor diferencia entre el subsidiado y el contributivo corresponde al porcentaje de casos en estadio II, que presenta más de 9 puntos porcentuales de diferencia entre sí, siendo el régimen contributivo el que agrupa la mayor cantidad de casos. El régimen especial y la población no asegurada presentaron pocas observaciones durante el periodo, sin embargo, se destaca porcentaje de casos que no cuentan con información concerniente al estadio o etapa del cáncer (figura 6.12).

El 74% de los casos de cáncer de colon y recto no reportó la clasificación Dukes. De los casos reportados, la etapa A es la de mayor porcentaje, seguida de la b, siendo la etapa D la de menor concentración (tabla 6.5).

Tabla 6.5. Porcentaje de casos de cáncer de colon y recto según la clasificación Dukes.

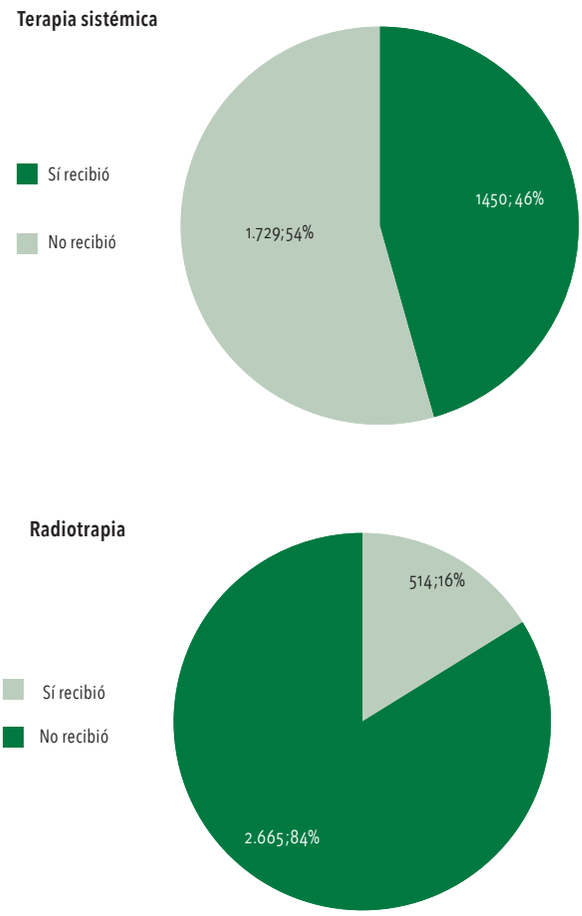
Dukes	Frecuencia	Porcentaje
A	285	9,00%
B	239	7,50%
C	193	6,10%
D	91	2,90%
Sin dato	2.371	74,60%
Total	**3.179**	**100,00%**

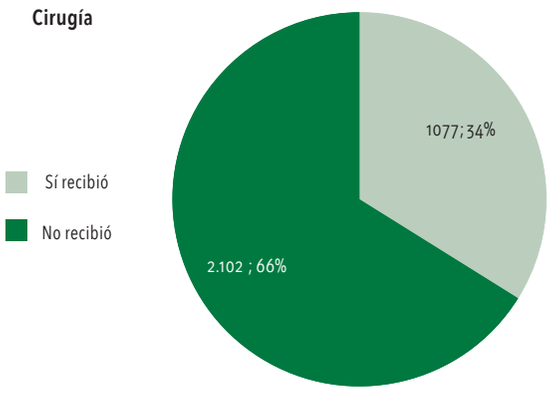
6.4 Tratamiento en cáncer de colon y recto para los CNR

Con base en los datos reportados, se encontró que el 46% de los CNR recibió quimioterapia u otra terapia sistémica como tratamiento durante el periodo de análisis, seguido del 34% que fue sometido a cirugía y por último un 16% al cual se le administró radioterapia (figura 6.13).

Cabe resaltar que los análisis muestran el uso no excluyente de cada alternativa terapéutica. El tratamiento de mayor uso durante el periodo de análisis fue la terapia sistémica que incluye quimioterapia, inmunoterapia y terapia dirigida, mientras que el tipo de tratamiento de menor participación fue la radioterapia.

Figura 6.13. Porcentaje de uso de los tratamientos para el cáncer de colon y recto





6.4.1 Informes de patología que cumplen con los criterios de calidad en los CNR de cáncer de colon y recto que fueron sometidos a cirugía

En general, el cumplimiento de los criterios de calidad del informe de patología entre los casos que fueron sometidos al menos a un procedimiento quirúrgico como alternativa terapéutica durante el pedido de reporte es bajo. El 34,7% de los casos cumple con los criterios de calidad en el informe patológico (tamaño tumoral, grado histológico, número de ganglios examinados, número de ganglios positivos y estado de las márgenes) frente al 36,4 que no cumple y 28,9% en que no se cuenta con información relacionada (tabla 6.6).

Tabla 6.6. Cumplimiento de los criterios de calidad del informe histopatológico.

Cumple criterios de calidad	Frecuencia	Porcentaje
Sin dato	311	28,90%
1= Sí cumple	374	34,70%
2= No cumple	392	36,40%
Total	**1.077**	**100%**

6.4.2 Número de ganglios resecados según el informe de patología en los CNR de cáncer de colon y recto que fueron sometidos a cirugía

Según los datos reportados en los informes de patología, en el 75% de los casos de cáncer de colon y recto que fueron sometidos a cirugía se resecaron menos de 12 ganglios, frente al 21% de los casos en que se resecaron 12 ganglios o más, lo cual sugiere una calidad subóptima de la cirugía que debe revisarse a mayor detalle (tabla 6.7).

Tabla 6.7 Número de ganglios resecados

Número de ganglios extraídos	# de casos	% de casos
Menos de 12 ganglios	816	75,80%
12 ganglios o mas	231	21,40%
Sin dato	30	2,80%
Total	**1.077**	**100,00%**

6.4.3 Medicamentos utilizados en el tratamiento de la población con cáncer de colon y recto

El tratamiento farmacológico en cáncer de colon y recto constituye una de las alternativas para el manejo de la enfermedad. Según las recomendaciones de diferentes fuentes de literatura, las combinaciones farmacológicas antineoplásicas más frecuentemente usadas en este tipo de cáncer son (9,10):

- FU-LV: fluorouracilo y leucovorina
- XELOX: capecitabina y oxaliplatino
- FOLFOX: fluorouracilo, leucovorina y oxaliplatino
- FOLFIRI: fluorouracilo, leucovorina e irinotecán
- FOLFIRI sumado a panitumomab, cetuximab o bevacizumab
- XELIRI: capecitabina e irinotecán

En el presente documento, del registro de datos disponibles se determinó la frecuencia de uso de los medicamentos sugeridos por el instructivo de reporte, así como los notificados por las diferentes entidades durante el periodo, sin que ello refleje el uso de esquemas o combinaciones específicas.

A partir de dicha información, se pudo observar que los medicamentos más frecuentemente usados fueron: Fluorouracilo, seguido de oxaliplatino, dexametasona, capecitabina, bevacizumab, leucovorina y pegfilgrastim (tabla 6.8).

Tabla 6.8. Frecuencia de uso de los medicamentos en cáncer de colon y recto

Medicamentos	Número de registros
Fluorouracilo	922
Oxaliplatino	577
Capecitabina	455
Bevacizumab	112
Leucovorina	109
Irinotecan	23
Panitumumab	12
Cetuximab	9

6.5 Oportunidad de la atención en cáncer de colon y recto

El valor de la oportunidad se obtuvo a partir de la diferencia entre un punto temporal ulterior menos un punto temporal antecedente, generando estimaciones en días que determinan el tiempo transcurrido entre los eventos, para cada grupo considerado en el análisis.

El rango temporal de la sospecha hasta el diagnóstico fue definido como el tiempo que transcurre entre la nota de remisión o interconsulta por parte del médico o institución general, hasta el momento en el que se realiza el diagnóstico oncológico, mientras que el rango temporal del diagnóstico al tratamiento fue definido como el tiempo que transcurre entre el diagnóstico oncológico hasta el inicio del primer tratamiento.

6.5.1 Oportunidad entre el diagnóstico y el primer tratamiento en cáncer de colon y recto en los casos nuevos reportados

El 49,58% de los CNR proporcionaron datos para establecer el tiempo entre la sospecha y el diagnóstico del cáncer de colon y recto. El tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento contó con la información necesaria para su cálculo en el 53,35% de casos

Según el análisis, en promedio trascurren 22 días entre la sospecha clínica hasta el diagnóstico, sin embargo, la mediana es de 8,5 días. Con relación al tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento, la media fue de 20,5 días y la mediana de 5 días (tabla 6.9).

Tal como se puede observar en ambas estimaciones, existe una diferencia significativa entre la mediana y la media debido a la dispersión de los datos y a la presencia de datos extremos, por lo cual se recomienda dar prioridad a la mediana que, en este tipo de casos, representa la mejor medida (tabla 6.9 y figura 6.14).

Figura 6.14. Oportunidad de la atención en los CNR de cáncer de colon y recto

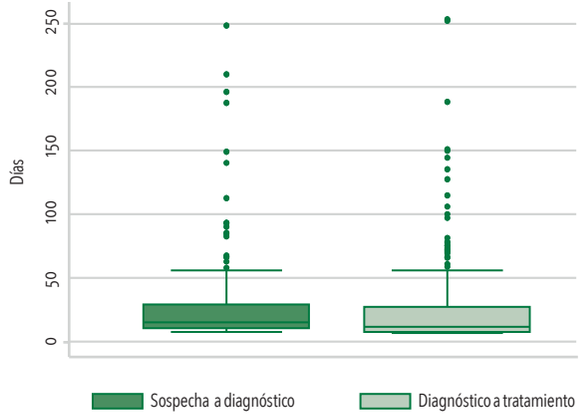


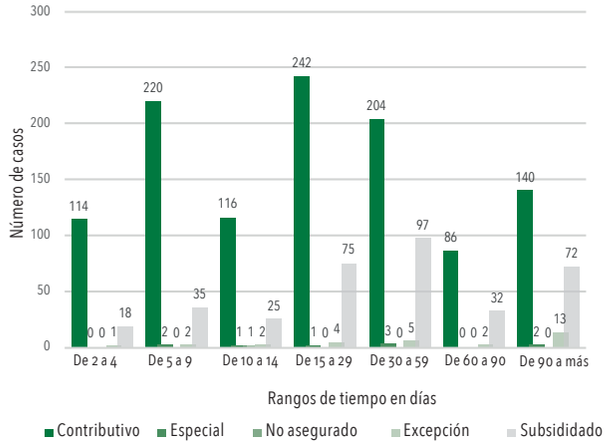
Tabla 6.9. Oportunidad entre el diagnóstico y el tratamiento inicial en cáncer de colon y recto

Variable	Observaciones	Media	Mediana	Desviación estándar	[95% IC]	
Sospecha - Diagnóstico	166	22	8,5	38,1	16,2	27,8
Diagnóstico - Tratamiento	210	20,5	5	38,3	15,3	25,7

6.5.2 Oportunidad entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico según el régimen de afiliación

Respecto a la oportunidad del diagnóstico oncológico se puede observar que, en el régimen contributivo, el rango en que se ubica la mayor cantidad de pacientes es el de 15 a 29 días (figura 6.15) mientras que, en el régimen subsidiado, el rango que reúne la mayor cantidad de pacientes es el de 30 a 59 días. Los regímenes especial y excepción muestran resultados para muy pocas observaciones por lo que no se hacen comparables.

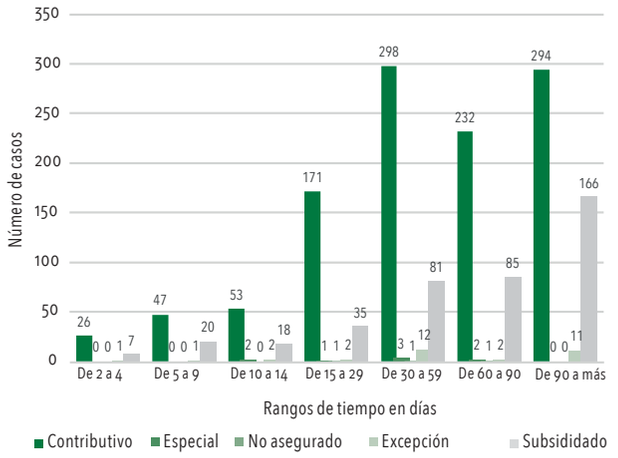
Figura 6.15. Oportunidad entre la sospecha y el diagnóstico en cáncer de colon y recto



6.5.3 Oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el tratamiento según el régimen de afiliación

El análisis respecto a la oportunidad del primer tratamiento muestra para el régimen contributivo el rango de 30 a 59 días como el rango en que se ubica a la mayor cantidad de personas (figura 6.16), mientras que los pacientes del régimen subsidiado se ubican en su mayoría en el rango de 90 días o más. Al igual que en la oportunidad de la sospecha al diagnóstico oncológico, los demás regímenes cuentan con muy pocas observaciones.

Figura 6.16. Oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el primer tratamiento



6.6 Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto

Indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de colon y recto en Colombia (7)

Indicador 1. Oportunidad de diagnóstico
Indicador 2. Proporción de pacientes con cáncer de colon y recto clasificado *in situ*
Indicador 3. Proporción de casos nuevos identificados en estadios tempranos
Indicador 4.Proporción de pacientes con estadificación por TNM
Indicador 5. Proporción de pacientes con diagnóstico de cáncer de recto con estadificación TNM antes del inicio del tratamiento
Indicador 6. Oportunidad de tratamiento
Indicador 7. Oportunidad entre la neoadyuvancia y la cirugía curativa en pacientes con cáncer de recto
Indicador 8. Oportunidad entre la cirugía y el inicio de adyuvancia
Indicador 9. Proporción de pacientes estadio I a III sometidos a cirugía como tratamiento curativo
Indicador 11. Proporción de paciente con valoración por nutrición
Indicador 12. Proporción de pacientes sometidos a cirugía cuyo informe de patología indica número de ganglios examinados, número de ganglios positivos y estado de los márgenes, el tamaño del tumor y el grado histológico. Informe Completo
Indicador 12.1 Proporción de pacientes sometidos a cirugía cuyo informe de patología indica doce o más ganglios resecados reportados.

Tabla 6.10. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto por régimen

Indicadores	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	11.	12.	12.1
Régimen	< 30 días	> 3,6%	> 19%	> 63%	> 90%	< 30 días	8-12 semanas	≤ 8 semanas	> 90%	> 11%	Por definir	Por definir
	30 a < 60 días	> 2,2 a 3,6%	> 15 a 19%	> 59 a 63%	> 60 a 90%	30 a < 60 días			> 60 a 90%	> 8 a 11%		
	≥ 60 días	≤ 2,2%	≤ 15%	≤ 59%	≤ 60%	≥ 60 días	> 12 semanas (84 días)	> 8 semanas (56 días)	≤ 60%	≤ 8%		
Contributivo	32,2	2,4	45,5	75,0	76,4	40,7	123,6	70,6	33,3	18,2	42,6	27,6
Especial	94,2	0,0	37,5	80,0	100	31,2	***	36,3	33,3	15,0	50,0	50,0
No asegurado	6,0	0,0	40,0	55,6	100	50,4	***	***	33,3	33,3	33,3	0,0
Excepción	43,1	7,1	46,2	40,0	100	50,9	105,5	61,4	28,6	13,8	29,4	47,1
Subsidiado	55,9	3,4	44,1	66,6	81,7	38,5	201	91,5	16,9	12,7	25,5	15,6
Total	**38,8**	**2,7**	**45,0**	**71,7**	**66,4**	**40,2**	**135**	**73,0**	**28,8**	**16,5**	**39,1**	**25,9**

Los regímenes subsidiado y contributivo, muestran en general los mismos niveles de cumplimiento, siendo los indicadores 7, 8 y 9, los más críticos en ambos. El régimen que presenta el mayor número de indicadores con un nivel de cumplimiento alto es el régimen especial con 5 indicadores de los 10 que muestran parámetros de semaforización.

Tabla 6.11. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto por renglón de aseguramiento.

Indicadores	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	11.	12.	12.1
Renglón	< 30 días	> 3,6%	> 19%	> 63%	> 90%	< 30 días	8-12 semanas	≤ 8 semanas	> 90%	> 11%	Por definir	Por definir
	30 a < 60 días	> 2,2 a 3,6%	> 15 a 19%	> 59 a 63%	> 60 a 90%	30 a < 60 días			> 60 a 90%	> 8 a 11%		
	≥ 60 días	≤ 2,2%	≤ 15%	≤ 59%	≤ 60%	≥ 60 días	> 12 semanas (84 días)	> 8 semanas (56 días)	≤ 60%	≤ 8%		
CCF Contributivo	34,7	2,1	42,1	57,6	89,1	38,1	101	88,4	36,0	12,6	25,8	26,9
CCF Subsidiado	52,9	2,6	52,7	77,1	78,6	32,9	***	83,6	16,1	24,0	33,3	33,3
Comerciales Contributivo	36,0	1,9	52,6	87,6	72,5	37,9	120,5	63,7	41,5	30,6	54,5	18,3
Comerciales Subsidiado	45,7	6,1	36,1	57,2	82,4	40,8	132	94,8	26,4	13,2	19,8	28,4
Cooperativas Contributivo	23,9	0,0	43,5	64,8	87,8	38,0	***	95,3	21,2	9,7	38,6	47,7
Cooperativas Subsidiado	42,2	3,7	35,6	70,6	77,8	49,8	212	84,0	25,4	13,7	15,8	5,3
Indígenas y adaptadas	41,6	0,0	36,4	84,6	33,3	45,3	104	39,0	22,2	30,8	40,0	40,0
Públicas y Mixtas	42,0	2,9	43,3	73,6	78,0	41,0	156,8	65,7	16,6	8,2	35,5	39,7
Total	**38,8**	**2,7**	**45,0**	**71,7**	**66,4**	**40,2**	**135**	**73,0**	**28,8**	**16,5**	**39,1**	**25,9**

El comportamiento de los indicadores en general es similar entre los reglones de afiliación, siendo los renglones "Indígena y adaptadas" y "Cooperativas subsidiado", los renglones con mayor número de indicadores que muestran un alto nivel de cumplimiento y el renglón "CCF contributivo, el que muestra en el mayor número de indicadores con un bajo nivel. En cuanto a los indicadores de oportunidad, se observan niveles críticos de cumplimiento en los indicadores 7 y 8.

Tabla 6.12. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto por EPS

Indicadores	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	11.	12.	12.1
EAPB	< 30 días 30 a < 60 días ≥ 60 días	> 3,6% > 2,2 a 3,6% ≤ 2,2%	> 19% > 15 a 19% ≤ 15%	> 63% > 59 a 63% ≤ 59%	> 90% > 60 a 90% ≤ 60%	< 30 días 30 a < 60 días ≥ 60 días	8-12 semanas > 12 semanas (84 días)	≤ 8 semanas > 8 semanas (56 días)	> 90% > 60 a 90% ≤ 60%	> 11% > 8 a 11% ≤ 8%	Por definir	Por definir
05000	***	0,0	50,0	100	***	83,0	***	***	0,0	0,0	***	***
11001	***	0,0	0,0	100	***	0,0	***	***	0,0	0,0	***	***
54000	***	***	***	0,0	***	***	***	***	***	100	***	***
63000	***	0,0	100	100	***	169	***	***	100	100	0,0	0,0
66000	***	***	***	0,0	***	***	***	***	***	100	100,0	0,0
68000	6,0	***	***	0,0	***	0,0	***	***	***	0,0	0,0	0,0
CCF007	762	0,0	66,7	75,0	0,0	80,0	***	***	0,0	0,0	***	***
CCF015	31,0	0,0	44,4	47,4	***	33,3	***	100,5	57,1	26,3	71,4	42,9
CCF024	83,9	0,0	68,8	84,2	75,0	51,2	***	149	13,3	5,3	0,0	0,0
CCF027	***	33,3	0,0	40,0	***	16,3	***	12,0	0,0	20,0	0,0	100,0
CCF033	***	0,0	50,0	66,7	***	0,0	***	***	0,0	0,0	***	***
CCF050	42,1	0,0	10,0	83,3	100	40,9	***	56,0	0,0	75,0	0,0	0,0
CCF053	8,9	3,0	62,5	94,1	20,0	16,9	***	***	12,5	20,6	0,0	0,0
EAS016	9,2	0,0	33,3	100	100	31,8	***	39,0	40,0	50,0	66,7	66,7
EAS027	82,0	0,0	50,0	50,0	0,0	72,3	104	***	0,0	25,0	0,0	0,0
EMP023	***	0,0	100	100	***	73,0	***	***	0,0	0,0	***	***
EMP028	***	0,0	25,0	80,0	100	16,3	***	49,0	50,0	0,0	50,0	50,0
EMP029	22,0	0,0	100	100	100	78,0	***	***	0,0	0,0	***	***
EPS001	14,8	0,0	33,3	100	0,0	57,4	***	20,0	50,0	16,7	0,0	0,0
EPS002	67,8	0,0	54,7	97,5	46,9	51,9	139	76,8	61,7	27,5	41,2	25,0
EPS005	32,0	3,6	66,0	94,6	67,2	31,2	29,0	60,1	43,7	22,9	94,4	23,1
EPS008	49,2	0,0	45,5	62,3	71,4	42,4	***	73,1	32,7	14,2	7,4	3,7
EPS010	28,0	0,4	29,7	82,5	72,6	44,6	120,4	57,1	33,3	47,6	4,4	5,6
EPS012	***	0,0	0,0	20,0	***	31,5	***	36,0	***	0,0	100,0	100,0
EPS016	23,9	0,0	43,5	64,8	80,6	38,0	***	95,3	21,2	9,7	38,6	47,7
EPS017	25,3	0,0	40,0	65,7	75,0	36,5	101	98,0	33,3	4,4	28,6	20,0
EPS018	26,0	6,6	42,3	48,0	85,7	36,2	***	99,9	43,1	19,6	36,7	53,3
EPS022	76,8	0,0	42,9	94,6	88,9	44,4	***	69,7	6,3	5,4	0,0	0,0
EPS023	30,5	2,2	75,0	58,7	20,0	20,5	***	56,3	12,2	6,7	37,5	25,0
EPS025	46,3	0,0	40,0	100	***	37,4	***	***	0,0	20,0	***	***

Tabla 6.12. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto por EPS (continuación)

Indicadores	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	11.	12.	12.1
EAPB	< 30 días 30 a < 60 días ≥ 60 días	> 3,6% > 2,2 a 3,6% ≤ 2,2%	> 19% > 15 a 19% ≤ 15%	> 63% > 59 a 63% ≤ 59%	> 90% > 60 a 90% ≤ 60%	< 30 días 30 a < 60 días ≥ 60 días	8-12 semanas > 12 semanas (84 días)	≤ 8 semanas > 8 semanas (56 días)	> 90% > 60 a 90% ≤ 60%	> 11% > 8 a 11% ≤ 8%	Por definir	Por definir
EPS033	25,5	0,0	0,0	50,0	***	37,8	***	97,0	***	0,0	33,3	100,0
EPS037	29,9	2,6	39,9	78,9	55,9	45,4	140,3	59,8	21,5	8,5	35,2	48,9
EPS044	20,1	8,5	31,1	59,8	73,1	47,7	132	89,7	29,2	11,1	11,9	26,2
EPS045	18,1	6,7	35,7	56,0	66,7	58,3	***	234	0,0	4,0	0,0	50,0
EPSI04	***	0,0	100	100	0,0	50,0	***	***	0,0	0,0	***	***
EPSI05	***	0,0	0,0	100	***	0,0	***	***	0,0	0,0	***	***
EPSS33	26,9	12,0	40,9	43,1	60,0	25,9	***	91,0	54,5	2,0	0,0	0,0
EPSS34	50,3	10,5	58,8	65,4	75,0	18,8	***	***	5,2	8,7	100,0	25,0
EPSS40	53,9	0,0	47,5	61,2	75,0	44,7	141	112,8	15,4	7,1	35,0	15,0
EPSS41	30,2	2,6	36,8	70,4	62,5	27,4	239	***	7,4	9,3	16,7	16,7
ESS024	125,4	0,0	46,7	58,8	66,7	30,2	***	93,0	15,9	26,5	62,5	50,0
ESS062	64,2	5,1	33,8	76,3	76,5	43,6	197	77,7	19,6	9,3	21,1	5,3
ESS076	32,5	7,7	41,7	75,0	100	51,0	***	168	20,0	18,8	33,3	0,0
ESS091	10,0	0,0	33,3	63,2	25,0	41,4	***	***	50,0	10,5	0,0	0,0
ESS118	37,3	0,0	17,9	100	69,2	55,3	***	***	20,0	12,8	0,0	0,0
ESS133	11,9	6,7	50,0	56,0	66,7	57,3	***	66,5	27,3	8,0	75,0	50,0
ESS207	34,3	2,4	48,8	52,6	50,0	53,6	227	85,0	40,6	20,5	4,0	0,0
RES001	93,6	28,6	60,0	31,3	100	65,3	105,5	48,0	20,0	6,3	0,0	100,0
RES002	18,3	0,0	100	21,4	***	42,2	***	***	33,3	21,4	25,0	50,0
RES003	23,6	0,0	50,0	57,1	***	46,7	***	51,5	33,3	14,3	100,0	100,0
RES004	5,7	0,0	28,6	50,0	100	44,9	***	69,8	30,0	14,3	25,0	12,5
RES006	45,0	0,0	66,7	100	***	0,0	***	25,0	50,0	0,0	50,0	100,0
RES008	4,5	0,0	25,0	80,0	100	39,3	***	35,0	50,0	20,0	50,0	0,0
RES009	353,5	0,0	0,0	50,0	100	6,0	***	***	***	50,0	***	***
RES011	54,3	0,0	0,0	66,7	100	34,0	***	***	0,0	33,3	***	***
Total	**38,8**	**2,7**	**45,0**	**71,7**	**66,4**	**40,2**	**135**	**73,0**	**28,8**	**16,5**	**39,1**	**25,9**

6.7 Tablas complementarias

Tabla 6.13. Edad de las personas con cáncer de colon y recto

Variable	Observaciones	Media	[95% intervalo de confianza]	
Edad (todos los casos)	19.258	64,31	64,11	64,51
Edad (CNR)	3.179	62,87	62,37	63,37

Tabla 6.14. Distribución de los casos de cáncer de colon y recto según el sexo y el grupo etario

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
<18 años	8	25	33
De 18 a 19 años	16	13	29
De 20 a 24 años	38	39	77
De 25 a 29 años	94	75	169
De 30 a 34 años	148	112	260
De 35 a 39 años	262	220	482
De 40 a 44 años	391	276	667
De 45 a 49 años	582	462	1.044
De 50 a 54 años	958	700	1.658
De 55 a 59 años	1.220	970	2.190
De 60 a 64 años	1.406	1.144	2.550
De 65 a 69 años	1.429	1.279	2.708
De 70 a 74 años	1.346	1.169	2.515
De 75 a 79 años	1.128	991	2.119
≥ 80 años	1.596	1.161	2.757
Total	**10.622**	**8.636**	**19.258**

Tabla 6.15. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de colon y recto según el departamento

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Amazonas	6,4	12,4	1,3	1,9	0	0
Antioquia	55,9	53	10,3	9,8	5,5	5,3
Arauca	8,2	11,2	1,5	2,1	0,7	1
Atlántico	22,4	23,1	2,9	3	3	3,1
Bogotá, D.C.	59,6	56,7	9,8	9,3	6	5,8
Bolívar	22,1	23,9	3,7	4	2,3	2,5
Boyacá	34	29,1	5,5	4,9	2,8	2,4
Caldas	52	42,2	5,8	4,9	6	4,9
Caquetá	9,2	12	3,5	4,5	2,4	3,1
Casanare	19,2	26,5	3	4,2	1,1	1,6
Cauca	17,2	17,9	2,6	2,7	2,4	2,4
Cesar	17,7	22,1	3,7	4,5	2,7	3,4
Chocó	6,9	10,6	0,2	0,2	1,2	1,8
Córdoba	19,1	22,2	3	3,4	2,2	2,5
Cundinamarca	30,1	30,3	5,2	5,3	2,6	2,6
Guainía	2,3	4,1	0	0	0	0
Guaviare	7	9,4	3,5	5	0	0

Tabla 6.15. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de colon y recto según el departamento (continuación)

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Huila	32,3	35,8	5,6	6,2	3,2	3,6
La Guajira	4,4	6,5	0,1	0,1	0,8	1,1
Magdalena	14,9	17,4	2,4	2,8	1,4	1,6
Meta	22,5	26	4,5	5,1	2,5	2,8
Nariño	15,8	16,8	2,3	2,5	2	2
Norte de Santander	30,4	32,3	5,5	5,9	2,7	2,8
Putumayo	6,8	9,4	1,1	1,7	1,4	2
Quindio	51,4	42,6	8,9	7,4	3,7	3
Risaralda	58,4	49,8	9,1	8	5,7	4,8
San Andrés	33,4	35,3	7,7	8	7,7	9,1
Santander	44,5	40,5	9,3	8,5	5,1	4,6
Sucre	18,8	19,9	3,1	3,3	2,5	2,7
Tolima	29,2	26	4,7	4,2	3	2,7
Valle del Cauca	53,1	48,2	7,9	7,2	6,4	5,8
Vaupés	2,2	3,3	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0
Total	**38**	**38**	**6,4**	**6,4**	**4**	**4**

**incluye ambos sexos y cualquier edad, cáncer de colon y recto invasivo. (por 100.000 habitantes)

Tabla 6.16 Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de colon y recto según la BDUA

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
CCF007	23,7	25,8	2,2	2,3	0,5	0,6
CCF015	16	17,6	3,3	3,7	2,6	2,8
CCF023	4,9	5,8	0	0	1,8	1,9
CCF024	31,7	32,3	3,3	3,4	3,2	3,1
CCF027	14,1	15,1	2,2	2,2	1,6	1,7
CCF033	16	15,7	2,5	2,2	0,8	0,7
CCF050	24,1	22,6	10,3	9,6	2,6	2,3
CCF053	58,7	54,5	25,2	23,6	8,4	7,6
CCF055	3,1	3,9	0	0	0,2	0,3
CCF102	1,8	3,1	0	0	0,6	0,8
EAS016	246,8	86,8	61,7	20,8	20,6	5,6
EAS027	234	41	9,9	1,3	27,1	3,4
EPS001	67,7	52,3	2,8	2,1	8,5	6,4
EPS002	23,7	34,1	4,5	6,2	2,5	3,6
EPS005	69,4	70,9	14,4	14,5	7,4	7,7
EPS008	52,2	57,5	7,5	8,2	3,7	4,2
EPS010	54,7	68,2	10,3	12,4	4,8	6,7

Tabla 6.16 Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de colon y recto según la BDUA (continuación)

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
EPS012	78,4	76,2	2,1	1,9	7,9	7,8
EPS016	66,8	70,7	9,4	9,6	7,6	8,4
EPS017	50,4	71,1	6,6	9,3	6,3	9,4
EPS018	73	93,5	15,7	20	7,8	10,1
EPS022	36,8	28,4	6,7	5,2	2,7	2,1
EPS023	58	72,3	14,9	19,6	5,8	7
EPS025	19	20,7	2,8	3	1,1	1,2
EPS033	53,1	68,7	7,6	11,5	6,3	7,5
EPS037	87,1	47,4	13,5	7,5	9,7	5,1
EPS044	44,2	47,7	5,7	6	1,1	1,2
EPS045	13,3	11	2,4	2	0,4	0,3
EPSI01	3,5	6,7	0	0	0	0
EPSI03	5,7	7,5	0	0	0,6	0,8
EPSI04	6,1	8,2	0,6	0,6	0,6	0,9
EPSI05	9	11	0,6	0,8	1,6	1,8
EPSI06	8,6	11,2	0	0	2,5	3,3
EPSS33	21,3	21,8	4,1	4,1	3,9	4
EPSS34	48,6	43,2	8,8	7,9	5,1	4,7
EPSS40	48	43,1	11,4	10,3	7,2	6,3
EPSS41	14,7	13,9	5,4	5,5	2,6	2,5
ESS002	14,7	15,9	0	0	1,1	1,1
ESS024	21,7	24	5,1	5,6	3,9	4,3
ESS062	23,6	24,5	4,8	5,1	4,1	4,2
ESS076	10,6	12,1	1,8	2	2,5	2,7
ESS091	35	30,5	6,4	6	3,4	2,8
ESS118	12,5	12,9	2	2,1	3	3,1
ESS133	16,5	16,7	1,4	1,5	2	2,1
ESS207	21,4	24,6	5	5,8	2,5	2,8
Total	**40,2**	**40,2**	**6,9**	**6,9**	**4,4**	**4,4**

**incluye ambos sexos y cualquier edad, cáncer de colon y recto invasivo. (por 100.000 afiliados)

Lista de tablas

Lista de figuras

7 CÁNCER DE ESTÓMAGO
CIE10 C18-C21 CIE-O-3: C18-C21

7.1 Características generales de la población con cáncer de estómago

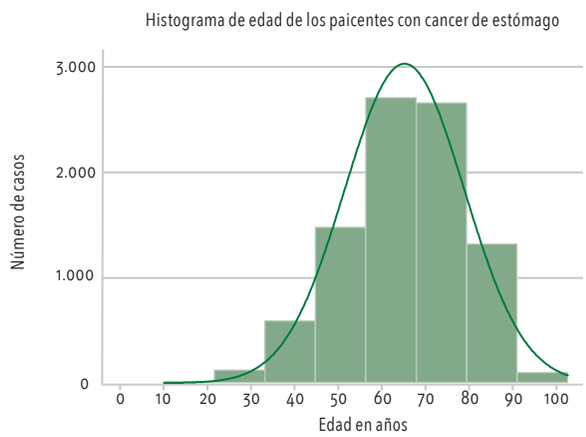
Según los datos reportados durante el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2017 y 1° de enero de 2018, existen en total 9.105 casos de cáncer de estómago, de los cuales 2.152 corresponden a los casos diagnosticados durante el periodo de reporte y 1.996 a personas fallecidas durante el mismo lapso. En términos de frecuencia, el cáncer de estómago ocupó el quinto lugar entre los 11 tipos tumorales priorizados[1].

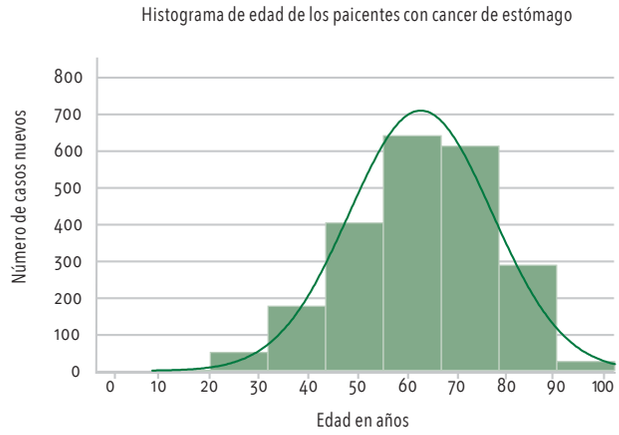
7.1.1 Edad de las personas con cáncer de estómago

El promedio de la edad de las personas con cáncer de estómago reportados a la fecha de corte[2], es de 63,9 incluidos los menores de edad, y 62,5 en el caso de los personas diagnosticadas durante el periodo (tabla 7.11 y 7.12).

Tal como se observa en los histogramas de frecuencia, la distribución es aproximadamente normal, y la mayor cantidad de casos se concentra entre los 55 y 80 años (figura 7.1).

Figura 7.1. Histograma de la edad y curva de normalidad de las personas con cáncer de estómago a la fecha de corte del periodo de reporte

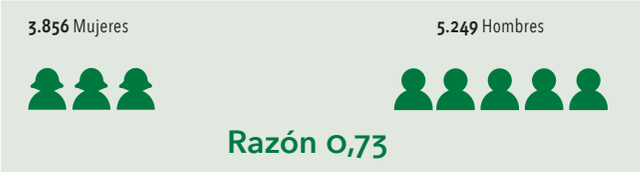




7.1.2 Distribución de las personas con cáncer de estómago según el sexo

La razón de ocurrencia del cáncer de Estómago (mujer: hombre) es de 0,73 con 3.856 casos pertinentes a la población femenina y 5.249 casos diagnosticados en los hombres (figura 7.2), lo cual hace que estos últimos sean más propensos a sufrir de la enfermedad.

Figura 7.2. Razón de ocurrencia del cáncer de colon y recto según el sexo



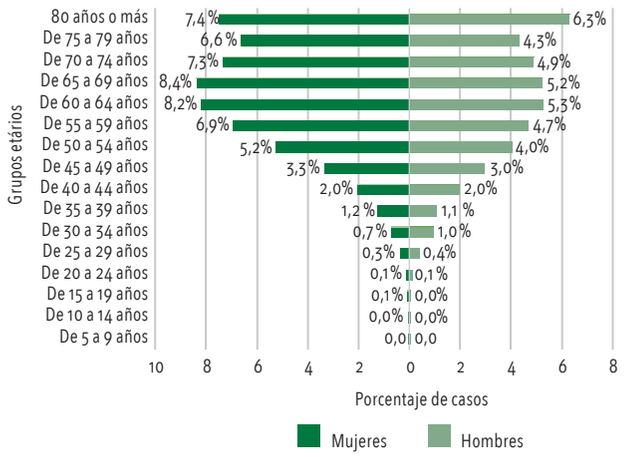
7.1.3 Cáncer de estómago según el grupo etario y el sexo

La distribución porcentual del cáncer de estómago es similar en ambos sexos para todos los rangos de edad, con diferencias de no más del 3%, a excepción del quinquenio de 65 a 69 años donde la población masculina supera a la femenina en un 3,11%, sin embargo, la diferencia total entre ambos sexos es de más del 15% (42,35% vs. 57,65%).). El 91% de los casos se concentran después de los 45 años, siendo los rangos de 60 a 64, 65 a 69 y el de los 80 años o más, los que agrupan la mayor proporción de casos con más del 14% cada uno (figura 7.3).

1 Tipos de tumores priorizados

2 1 de enero de 2018

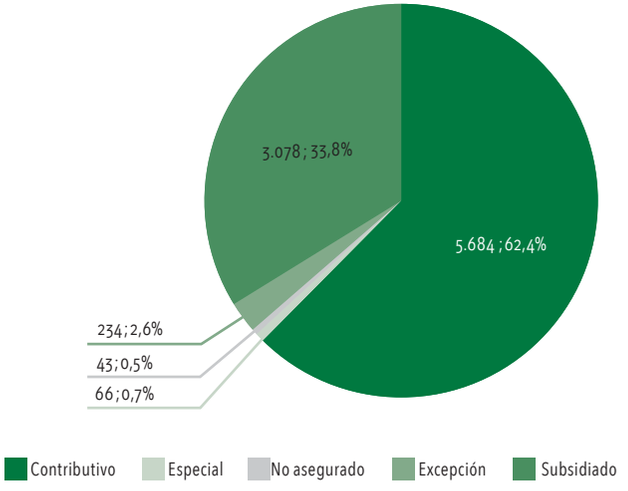
Figura 7.3. Cáncer de estómago según el sexo y el grupo etario



7.1.4 Distribución de las personas con cáncer de estómago según el régimen de afiliación

El 62,4% de los casos de cáncer de estómago se ubica en el régimen contributivo, seguido del 33,8% en el subsidiado. La proporción de casos restante (3,8%) se distribuye entre los regímenes especial, de excepción y en la población no asegurada (figura 7.4).

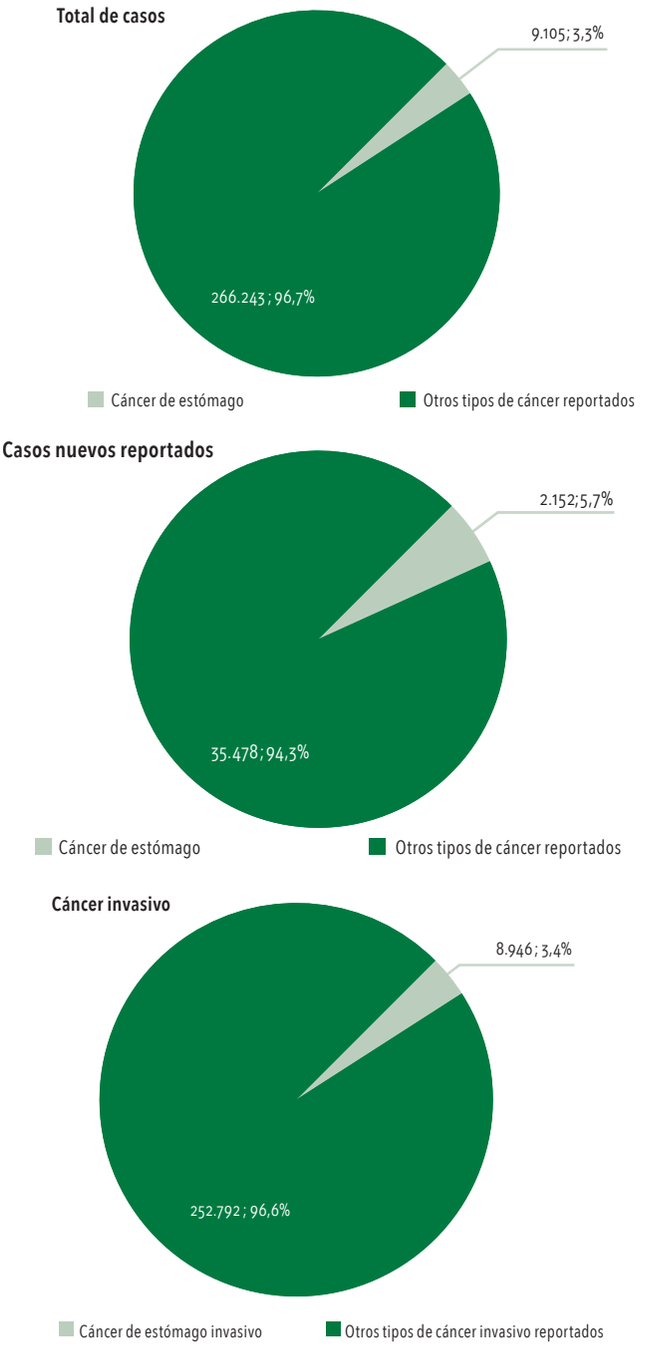
Figura 7.4. Proporción de casos de cáncer de estómago según el régimen de afiliación



7.1.5 Representación del cáncer de estómago sobre el total de casos reportados de cáncer

El cáncer de estómago representó el 3,3% del registro total de cáncer. Respecto a los casos diagnosticados durante el periodo, supuso el 5,7% del total de los CNR y el 3,4% de los casos de cáncer invasivo (figura 7.5).

Figura 7.5. Porcentaje de casos prevalentes y casos nuevos reportados de cáncer de estómago

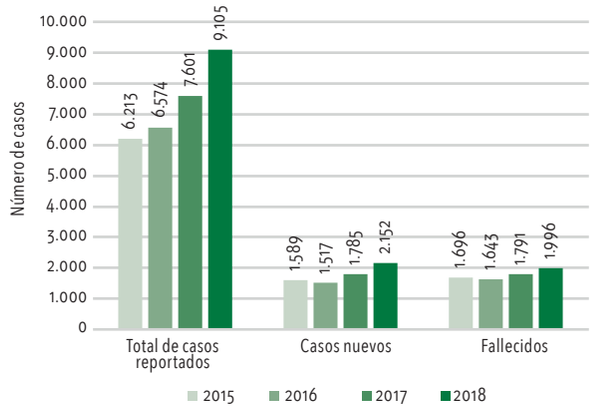


7.1.6 Número de casos reportados, 2015 - 2018

Al observar la evolución del registro de cáncer de estómago se puede ver un aumento progresivo en el número de casos, siendo más evidente en el total, sin

embargo, los CNR y los fallecidos también muestran un leve aumento, específicamente del 47% en el total de los casos reportados respecto al 2015(1), mientras que los CNR y los fallecidos presentaron un aumento del 35% y 18% respectivamente.

Figura 7.6. Evolución del registro de cáncer de estómago



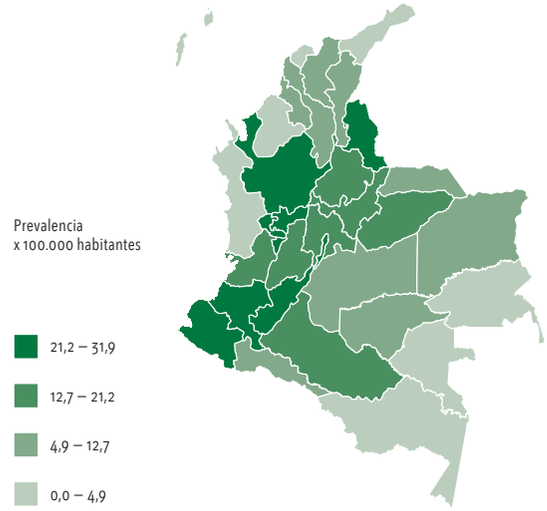
7.2 Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de estómago

7.2.1 Prevalencia del cáncer de estómago en Colombia

La prevalencia del cáncer de estómago en el país para el periodo de análisis se calculó en 18,1 casos por cada 100.000 habitantes.

Los departamentos con mayor prevalencia de cáncer de estómago fueron: Huila, Quindío, Bogotá, D.C., Risaralda, Antioquia, Caldas, Nariño, Cauca y Norte de Santander con cifras entre 21,2 y 31,9 casos por cada 100.000 habitantes. Los departamentos que mostraron la menor prevalencia: Sucre, Córdoba, Atlántico, Guainía, Amazonas, Chocó y La Guajira con máximo 4,9 casos por cada 100.000 habitantes. San Andrés y Vaupés no reportaron casos para este periodo (tabla 7.13 y figura 7.7).

Figura 7.7. Prevalencia del cáncer de estómago en Colombia



7.2.2 Prevalencia del cáncer de estómago en la BDUA

El cálculo de la prevalencia del cáncer de estómago en la población afiliada fue de 19,4 afectados por cada 100.000 afiliados (tabla 7.1). Los aseguradores con las mayores prevalencias fueron: EPS018, EPS023, EAS016, CCF053, EPS017, CCF024 con valores por encima de los 30 casos por 100.000 afiliados (tabla 7.14). Las entidades con las menores estimaciones fueron: ESS076, CCF015, CCF033, CCF023, EPSI04 y CCF055 con valores por debajo de los 5 casos por cada 100.000 afiliados.

Tabla 7.1. Prevalencia del cáncer de estómago en los regímenes contributivo y subsidiado

Casos de cáncer de estómago BDUA	Casos régimen contributivo	Casos régimen subsidiado	Prevalencia ajustada régimen contributivo	Prevalencia ajustada régimen subsidiado	Prevalencia total c y s*
8.622	5.585	3.037	24,4	14,1	19,4

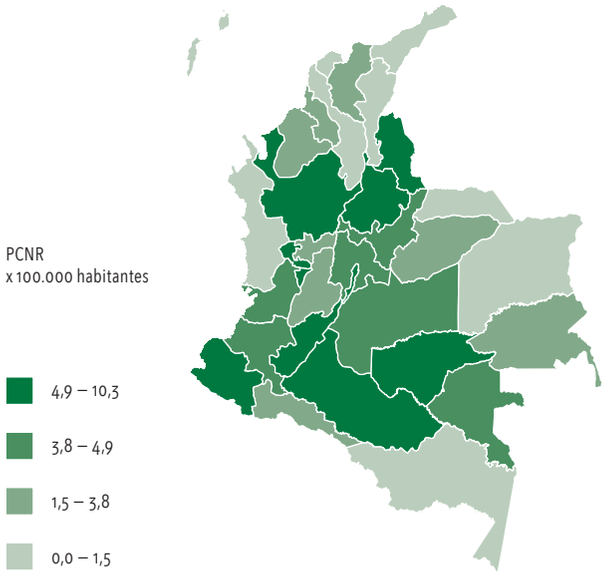
*Contributivo y subsidiado

7.2.3 PCNR del cáncer de Estómago en el país.

La PCNR del cáncer de Estómago a nivel nacional fue de 4,3 casos nuevos por cada 100.000 habitantes (tabla 7.13). Los departamentos con mayor PCNR fueron Huila, Guaviare, Caquetá, Bogotá, D.C., Antioquia, Santander, Norte de Santander y Nariño con proporciones entre 4,9 y 10,3 casos por 100.000 habitantes. Los departamentos, de Cesar, Bolívar, Arauca, Chocó, Atlántico y La Guajira mostraron las menores estimaciones (por

debajo de 1,5 casos por cada 100.000 habitantes). San Andrés, Amazonas y Vaupés no reportaron casos nuevos de cáncer de Estómago para el periodo. (tabla 7.13 y figura 7.8).

Figura 7.8. PCNR de cáncer de estómago en Colombia



7.2.4 PCNR del cáncer de estómago en la BDUA

La PCNR de cáncer de estómago en el aseguramiento fue 4,7 de casos nuevos por cada 100.000 afiliados al SGSSS (tabla 7.2). Las entidades aseguradoras con mayor PCNR fueron: EPS023, EPS018 y CCF053 con estimaciones por encima de los 10 casos nuevos por cada 100.000 afiliados, mientras que las aseguradoras EPSI04, EPS001, EPSI05, EAS027, CCF055 mostraron una PCNR inferior a 1 caso por cada 100.000 afiliados (tabla 7.14).

Tabla 7.2. PCNR de cáncer de estómago en los regímenes contributivo y subsidiado

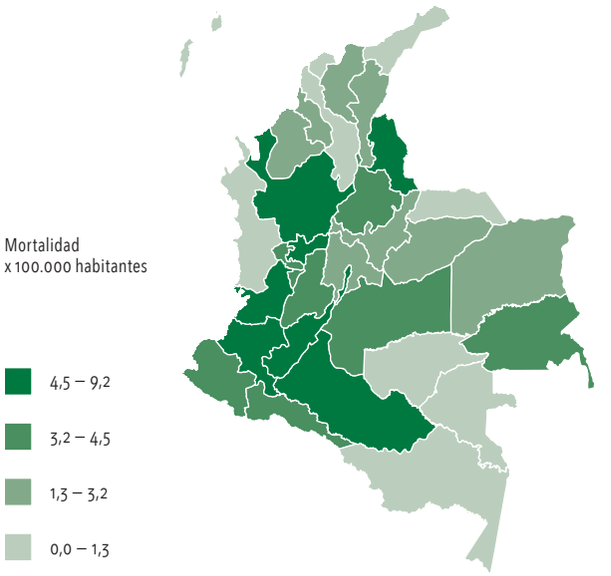
Casos nuevos de cáncer colorrectal BDUA	Casos régimen contributivo	Casos régimen subsidiado	PCNR ajustada régimen contributivo	PCNR ajustada régimen subsidiado	PCNR total c y s*
2.071	1.284	787	5,6	3,7	4,7

*Contributivo y subsidiado

7.2.5 Mortalidad en las personas con cáncer de estómago en Colombia

La mortalidad para cáncer de Estómago en el país fue de 4,0 por 100.000 habitantes (tabla 7.13). Los departamentos con mayor mortalidad en individuos con cáncer de Estómago fueron Huila, Caquetá, Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Norte de Santander, Cauca, Caldas y Santander con más de 4,5 casos por 100.000 habitantes, mientras que los departamentos con menor mortalidad corresponden a Magdalena, Atlántico, Guaviare, Bolívar, La Guajira, Arauca y Chocó con cifras por debajo de 1,7 casos por 100.000 habitantes. Chocó, Amazonas, San Andrés y Vaupés no reportaron casos de mortalidad por cáncer de Estómago para el periodo en evaluación. (tabla 7.13 y figura 7.9).

Figura 7.9. Mortalidad en las personas con cáncer de estómago en Colombia



7.2.6 Mortalidad en las personas con cáncer de estómago en la BDUA

La mortalidad por el cáncer de estómago en la población afiliada al sistema de salud fue de 4,3 por 100.000 afiliados (tabla 7.3). Las aseguradoras con mayor estimación de mortalidad en las personas con cáncer de estómago fueron: EPS023 yEPSI06 con más de 10 casos por cada 100.000 afiliados (tabla 7.14). Las entidades que obtuvieron las menores estimaciones fueron: EPSI01, CCF007, CCF055, CCF033 y ESS002 con menos de 1 caso por cada 100.000 afiliados.

Tabla 7.3. Mortalidad de cáncer de estómago en los regímenes contributivo y subsidiado

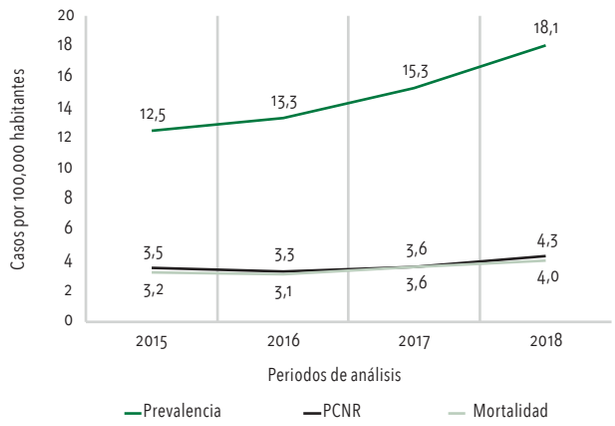
Muertes en cáncer colorrectal BDUA	Casos régimen contributivo	Casos régimen subsidiado	Mortalidad ajustada régimen contributivo	Mortalidad ajustada régimen subsidiado	Mortalidad total c y s*
1937	1.177	820	4,9	3,8	4,3

*Contributivo y subsidiado

7.2.7 Medidas de frecuencia en cáncer de estómago, 2015, 2018

El incremento presentado en el registro de casos se refleja también en los indicadores de morbimortalidad, que muestran un aumento año tras año desde el inicio del reporte en el 2015, siendo más evidente en la prevalencia de la enfermedad, sin embargo, también es posible ver cambios en la PCNR y en la mortalidad, que pasaron ambos de 3,6 casos por cada 100.000 habitantes en el año 2015 a 4,3 y 4,0 casos por cada 100.000 habitantes en el 2018 respectivamente (2,3). (figura 7.10).

Figura 7.10. Prevalencia, PCNR y mortalidad en cáncer de estómago, 2015-2018



7.3 Estadificación del cáncer de estómago.

La estadificación del cáncer de estómago se lleva a cabo mediante el sistema TNM, introducido por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y el American Joint Committee on Cancer (AJCC), el cual ubica a las personas en uno de cuatro estadios (I al IV)(tabla 7.4).

Tabla 7.4. Estadíos TNM 7ª edición 2009 (UICC/AJCC)

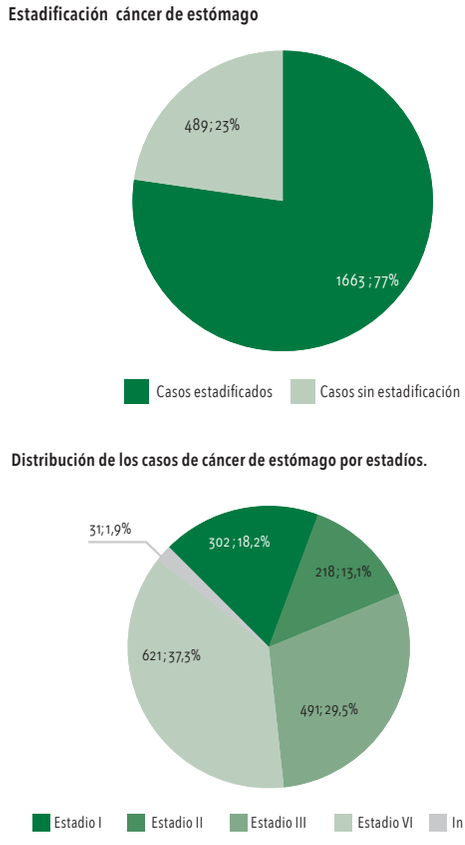
	N0	N1(1-2)	N2(3-6)	N3a(7-15)	N3b(≥16)
T1 Mucosa/ submucosa	IA	IB	IIA	IIB	IIB
T2 Muscularis propia	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIA
T3 Subserosa	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIB
T4a Serosa	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IIIC
T4b Órganos vecinos	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC	IIIC
Cualquier T o N, M1: Estadio IV.					

MAC: Astler-Coller modificado. TNM 7ª edición

7.3.1 Estadificación de los CNR de cáncer de estómago en Colombia

El 77% del total de los CNR cuentan con información válida respecto a la estadificación de la enfermedad. El estadio de mayor representación sobre el total de los casos estadificados es el IV con el 37%, seguidos del Estadío III con el 29,5% (figura 7.11).

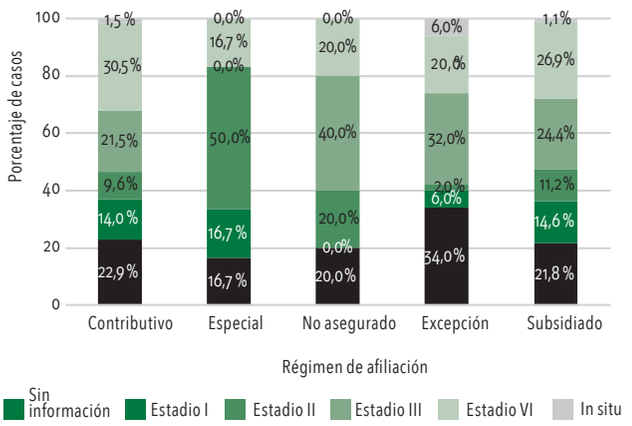
Figura 7.11. Estadificación de los CNR de cáncer de estómago en Colombia



7.3.2 Estadificación de los CNR de cáncer de estómago según el régimen de afiliación

El comportamiento del cáncer de estómago es similar en los regímenes subsidiado y contributivo en cuanto a los porcentajes de casos de cáncer in situ y en estadío I, mostrando diferencias de no más de 1 punto porcentual entre ambos regímenes. La mayor diferencia entre el régimen subsidiado y el contributivo corresponde al porcentaje de casos en estadio III, que presenta más de 2 puntos porcentuales de diferencia entre ambos, siendo el subsidiado el que agrupa la mayor cantidad de casos. Los demás regímenes agrupan un bajo número de observaciones en general (figura 7.12).

Figura 7.12 Porcentaje de casos de cáncer de estómago según él estadío y el régimen de afiliación

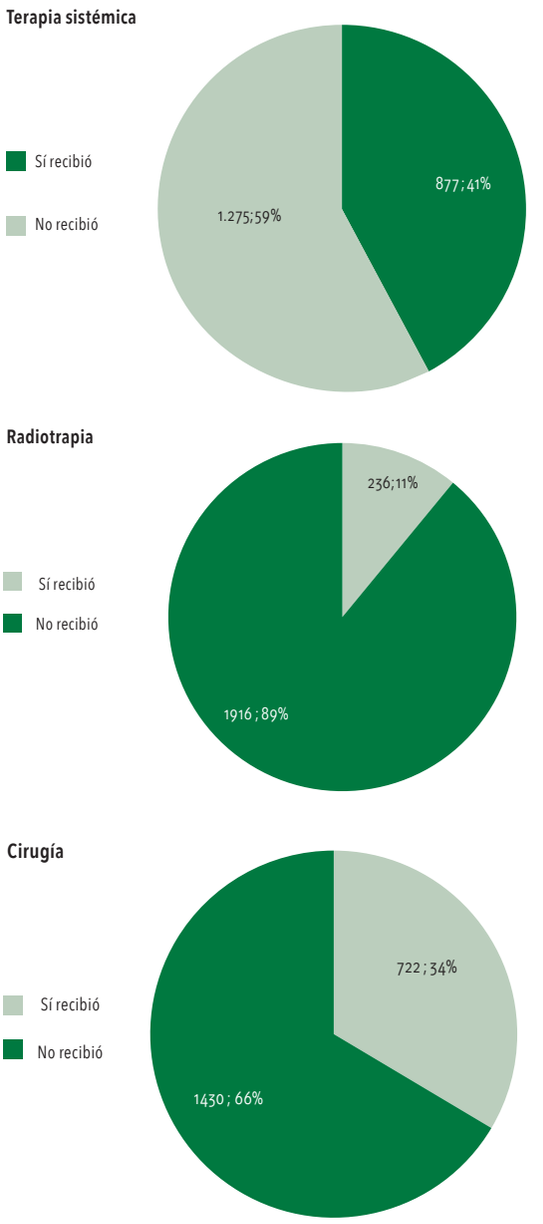


7.4 Tratamiento del cáncer de estómago durante el periodo en evaluación para los CNR

Con base en los datos reportados, se encontró que el 41% de los CNR recibió quimioterapia u otra terapia sistémica como tratamiento durante el periodo de análisis, seguido del 34% que fue sometido a cirugía y por último un 11% que recibió radioterapia (figura 7.13).

Cabe resaltar que los análisis muestran el uso no excluyente de cada alternativa terapéutica. El tratamiento de mayor uso durante el periodo de análisis fue la terapia sistémica que incluye quimioterapia, inmunoterapia y terapia dirigida, mientras que el tipo de tratamiento de menor participación fue la radioterapia.

Figura 7.13. Porcentaje de uso de los tratamientos para el cáncer de estómago



7.4.1 Número de ganglios resecados según el informe de patología en los CNR de cáncer de estómago que fueron sometidos a cirugía

Según los datos reportados y verificados en los informes de patología, en el 10% de los casos de cáncer de estómago que fueron sometidos a cirugía se resecaron menos de 15 ganglios, frente al 25% de los casos en que se resecaron 15 ganglios o más (tabla 7.5).

Tabla 7.5. Número de ganglios extraídos en la cirugía

Número de ganglios extraídos	No. de casos	% de casos
Menos de 15	74	10,2%
15 o más	185	25,6%
Sin información	463	64,1%
Total	**722**	**100%**

7.4.2 Medicamentos utilizados en el tratamiento de cáncer de estómago

Para el presente documento, del registro de datos disponibles se determinó la frecuencia de uso de los medicamentos sugeridos por el instructivo de reporte, así como los notificados por las diferentes entidades durante el periodo, sin que ello refleje el uso de esquemas o combinaciones específicas (tabla 7.6).

Tabla 7.6. Frecuencia de uso de medicamentos en cáncer de estómago

Medicamento	Frecuencia	Medicamento	Frecuencia
Fluorouracilo	437	Irinotecan	6
Cisplatino	379	Vincristina	4
Dexametasona	347	Ciclosporina	3
Capecitabina	299	Ciclofosfamida	2
Pegfilgrastim	161	Citarabina	2
Oxaliplatino	80	Busulfano	1
Docetaxel	62	Clorambucilo	1
Paclitaxel	59	Gemcitabina	1
PrednisonaGlobal	53	Procarbazina	1
Carboplatino	52	Rituximab	1
Epirubicina	38	Tamoxifeno	1
Metilprednisolona	34	Tioguanina	1
Leucovorina	31	Bevacizumab	1
Imatinib	13	Daunorubicina	1
Etoposido	10	Filgrastim	1
Doxorubicina	9	Nivolumab	1
Interferonalfa	7	Pembrolizumab	1
Trastuzumab	6		

7.5 Oportunidad de la atención en cáncer de estómago

El valor de la oportunidad se obtuvo a partir de la diferencia entre un punto temporal ulterior menos un punto temporal antecedente, generando estimaciones en días que determinan el tiempo transcurrido entre los eventos, para cada grupo considerado en el análisis.

El rango temporal de la sospecha hasta el diagnóstico, fue definido como el tiempo que transcurre entre la nota de remisión o interconsulta por parte del médico o institución general, hasta el momento en el que se realiza el diagnóstico oncológico, mientras que el rango temporal del diagnóstico al tratamiento fue definido como el tiempo que transcurre entre el diagnóstico oncológico hasta el inicio del primer tratamiento.

7.5.1 Oportunidad entre el diagnóstico y el primer tratamiento en cáncer de estómago en los CNR

El 38,4% de los CNR proporcionaron datos para establecer el tiempo entre la sospecha y el diagnóstico oncológico del cáncer de estómago, mientras que el 49,8% contó con información para establecer el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento.

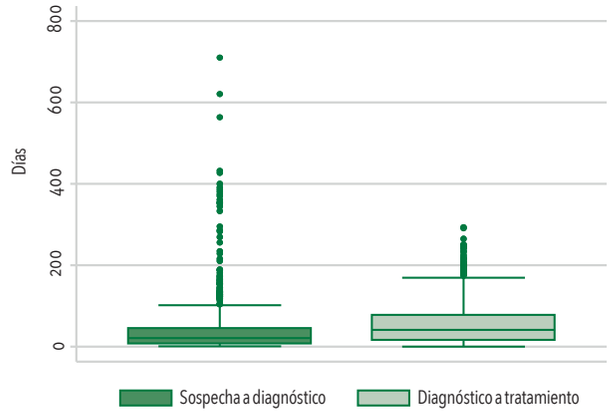
Según el análisis, en promedio transcurrieron 43,6 días entre la sospecha clínica hasta el diagnóstico con una mediana de 21 días. Con relación al tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento, la media fue de 55 días y la mediana de 41 días.

Tal como se puede observar en ambas estimaciones, existe una diferencia significativa entre la mediana y la media debido a la dispersión de los datos y a la presencia de datos extremos, por lo cual se recomienda dar prioridad a la mediana que, en este tipo de casos, representa la mejor alternativa (tabla 7.7 y figura 7.14).

Tabla 7.7. Oportunidad de la atención en los CNR de cáncer de estómago

Variable	Observaciones	Media	Mediana	Desviación estándar	IC	
Sospecha a diagnóstico	828	43,6	21	71,2	38,8	48,5
Diagnóstico a primer tratamiento	1.080	55	41	50,7	52	58

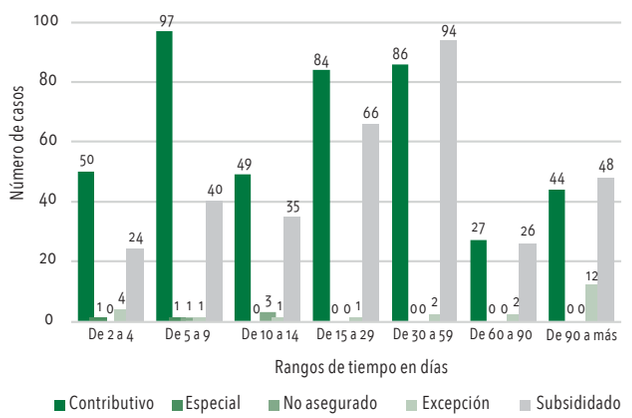
Figura 7.14. Oportunidad de la atención en los CNR de cáncer de estómago



7.5.2 Oportunidad entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico según el régimen de afiliación

Según los datos reportados, la oportunidad entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico por el régimen de afiliación muestra diferencias significativas entre el contributivo y el subsidiado, siendo el régimen contributivo el de mejor oportunidad, ubicando al mayor número de personas en el rango de 5 a 9 días vs. 30 a 59 días en el régimen subsidiado (figura 7.15). Los regímenes especial, de excepción y no asegurados muestran resultados para muy pocas observaciones por lo que no se hacen comparables.

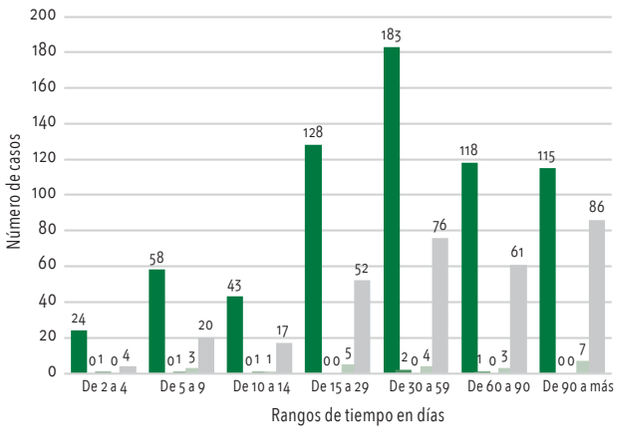
Figura 7.15. Oportunidad entre la sospecha y el diagnóstico oncológico



7.5.3 Oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el tratamiento según el régimen de afiliación

El análisis respecto a la oportunidad entre el momento en que se hace el diagnóstico oncológico y el primer tratamiento, muestra para el régimen contributivo el rango de 30 a 59 días como aquel en cual se ubica el mayor número de personas (figura 7.16), mientras que el régimen subsidiado se ubica en el rango de 90 días o más. Al igual que en la oportunidad de la sospecha al diagnóstico oncológico, los demás regímenes cuentan con muy pocas observaciones.

Figura 7.16. Oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el primer tratamiento



7.6 Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago

Indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo por parte de los aseguradores y prestadores en los pacientes con cáncer de estómago en Colombia.

Indicador 1. Oportunidad de diagnóstico

Indicador 2. Proporción de pacientes con cáncer gástrico clasificado in situ

Indicador 3. Proporción de casos nuevos identificados en estadios tempranos

Indicador 4. Proporción de pacientes con estadificación por TNM

Indicador 5. Oportunidad de tratamiento

Indicador 6. Oportunidad entre la neodyuvancia y la cirugía curativa

Indicador 7. Oportunidad entre la cirugía y el inicio de adyuvancia

Indicador 8. Proporción de pacientes estadio 0 a III sometidos a cirugía como tratamiento curativo

Indicador 10. Valoración por cuidados paliativos (CNR, invasivos, estadio invasivo)

Indicador 11. Calidad de la cirugía

Indicador 12. Proporción de pacientes con valoración por nutrición

Indicador 13. Proporción de pacientes pos quirúrgicos con soporte nutricional

Indicador 16. Mortalidad operatoria

Tabla 7.8. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago según el régimen de afiliación

Régimen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	10.	11.	12.	13.	16.
	< 30 días	> 3,4%	> 12%	> 60%	< 30 días	≤ 12 semanas (84 días)	≤ 12 semanas (84 días)	> 27%	Por definir	Por definir	> 17%	> 33%	< 20%
	30 a < 60 días	1,8 a 3,4%	> 8 a 12%	> 55 a 60%	30 a < 60 días			> 20 a 27%			> 14 a 17%	> 22 a 33%	
	≥ 60 días	< 1,8%	≤ 8%	≤ 55%	≥ 60 días	> 12 semanas	> 12 semanas	≤ 20%			≤ 14%	≤ 22%	≥ 20%
Contributivo	24,6	1,9	31,2	77,1	30,6	106	64,1	35,1	31,6	37,0	22,9	18,8	3,6
Especial	4,3	0,0	80,0	71,4	37,8	8,0	62,0	75,0	0,0	25,0	42,9	25,0	0,0
No asegurado	11,0	0,0	25,0	80,0	4,6	***	***	0,0	25,0	0,0	40,0	0,0	0,0
Excepción	79,7	9,1	13,3	66,0	33,4	***	58,4	28,6	20,0	58,8	12,0	11,8	0,0
Subsidiado	33,5	1,4	33,4	78,2	29,4	58,0	79,5	20,6	16,8	28,0	18,0	23,4	5,1
Total	**29,3**	**1,9**	**31,9**	**77,2**	**30,2**	**98,0**	**68,6**	**29,6**	**25,7**	**34,6**	**20,9**	**20,1**	**3,9**

El régimen especial muestra el mayor número de indicadores que cumplen las metas propuestas y el que cuenta con el número más bajo de indicadores en bajo nivel de cumplimiento. Si se comparan los regímenes subsidiado y contributivo, aunque en general presentan un comportamiento similar, es el contributivo el que muestra más indicadores críticos, mientras que ambos regímenes muestran el mismo número de indicadores que obtuvieron el nivel de cumplimiento más alto. Los indicadores críticos en el contributivo son la oportunidad entre la neoadyuvancia y la cirugía curativa y la proporción de pacientes posquirúrgicos con soporte nutricional, mientras que, en el régimen subsidiado, el indicador de peor desempeño fue la proporción de pacientes con cáncer gástrico clasificado *in situ*.

Tabla 7.9. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago por renglón del aseguramiento (del 1 al 7)

Renglón	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	10.	11.	12.	13.	16.
	< 30 días	> 3,4%	> 12%	> 60%	< 30 días	≤ 12 semanas (84 días)	≤ 12 semanas (84 días)	> 27%	Por definir	Por definir	> 17%	> 33%	< 20%
	30 a < 60 días	1,8 a 3,4%	> 8 a 12%	> 55 a 60%	30 a < 60 días			> 20 a 27%			> 14 a 17%	> 22 a 33%	
	≥ 60 días	< 1,8%	≤ 8%	≤ 55%	≥ 60 días	> 12 semanas	> 12 semanas	≤ 20%			≤ 14%	≤ 22%	≥ 20%
CCF Contributivo	35,3	1,9	24,5	70,8	30,6	126	70,8	58,9	21,2	39,2	22,6	13,7	3,9
CCF Subsidiado	47,4	0,0	33,3	71,4	25,8	108	75,9	16,0	17,3	48,4	21,9	29,0	6,5
Comerciales Contributivo	28,2	2,2	37,3	82,5	28,4	101,7	61,8	37,9	41,2	35,9	33,3	17,2	2,3
Comerciales Subsidiado	23,7	2,7	32,1	66,9	28,3	7,0	69,4	15,8	12,8	38,0	12,8	22,0	4,0
Cooperativas Contributivo	3,9	0,9	48,2	93,4	20,6	***	***	7,3	28,6	0,0	8,3	40,0	0,0
Cooperativas Subsidiado	41,6	0,9	23,6	90,2	33,1	59,0	79,4	33,3	15,5	0,0	16,7	24,6	1,6
Indígenas y adaptadas	0,0	0,0	0,0	66,7	37,5	***	***	***	0,0	***	16,7	***	***
Públicas y Mixtas	20,3	1,7	31,7	75,8	34,2	103,9	68,1	25,6	28,9	39,8	20,0	23,3	6,8
Total	**29,3**	**1,9**	**31,9**	**77,2**	**30,2**	**98,0**	**68,6**	**29,6**	**25,7**	**34,6**	**20,9**	**20,1**	**3,9**

Según los resultados de los indicadores de la gestión del riesgo, el renglón "comerciales contributivos" muestra el mayor número de indicadores con alto nivel de cumplimiento con 8 indicadores ubicados en dicho nivel, sin embargo, el renglón cooperativas subsidiado representa el renglón con mejores resultados en nivel general. La oportunidad entre el diagnóstico y el tratamiento ofrece, en su mayoría, buenos resultados, sin embargo, hace falta reforzar el trabajo realizado en dicha área especialmente para los renglones "cooperativas subsidiadas" y el "CCF contributivo" que en ambos indicadores presentan nivel medio de cumplimiento.

Tabla 7.10. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago por EPS (del 1 al 7)

EAPB	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	10.	11.	12.	13.	16.
	< 30 días	> 3,4%	> 12%	> 60%	< 30 días	≤ 12 semanas (84 días)	≤ 12 semanas (84 días)	> 27%	Por definir	Por definir	> 17%	> 33%	< 20%
	30 a < 60 días	1,8 a 3,4%	> 8 a 12%	> 55 a 60%	30 a < 60 días			> 20 a 27%			> 14 a 17%	> 22 a 33%	
	≥ 60 días	< 1,8%	≤ 8%	≤ 55%	≥ 60 días	> 12 semanas	> 12 semanas	≤ 20%			≤ 14%	≤ 22%	≥ 20%
05000	***	0,0	0,0	100	0,0	***	***	***	0,0	***	0,0	***	***
11001	10,0	0,0	100	100	13,0	***	***	0,0	0,0	***	100	***	***
13001	11,0	0,0	0,0	100	7,0	***	***	***	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
66000	14,0	***	***	0,0	0,0	***	***	***	***	***	0,0	***	***
68000	9,0	0,0	0,0	100	3,0	***	***	***	100,0	***	100	***	***
CCF015	82,1	0,0	0,0	50,0	1,7	***	***	***	40,0	0,0	50,0	100	50,0
CCF024	56,3	0,0	45,2	59,6	34,1	***	73,4	28,6	16,1	55,6	5,8	16,7	5,6
CCF027	20,5	0,0	0,0	100	23,0	108	90,3	***	0,0	50,0	50,0	50,0	0,0
CCF033	***	0,0	0,0	50,0	0,0	***	***	***	0,0	***	0,0	***	***
CCF050	9,8	0,0	0,0	90,0	36,4	***	41,0	***	11,1	100,0	60,0	0,0	0,0
CCF053	0,0	0,0	69,2	86,7	4,6	***	***	0,0	38,5	0,0	13,3	0,0	0,0
CCF055	190	0,0	100	100	26,5	***	***	0,0	0,0	***	0,0	***	***
EAS027	***	0,0	0,0	100	63,0	***	***	***	0,0	***	0,0	***	***
EMP028	***	***	***	0,0	0,0	***	***	***	***	***	0,0	***	***
EMP029	9,0	0,0	100	100	51,0	8,0	***	100	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
EPS001	116	0,0	0,0	100	***	***	44,5	***	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0
EPS002	57,6	2,3	26,2	82,7	45,8	125	77,2	91,7	28,6	41,4	55,8	48,3	0,0
EPS005	21,8	2,5	47,7	90,3	26,6	96,8	51,6	29,5	23,9	8,9	26,1	15,6	0,0
EPS008	38,3	0,0	26,3	89,1	27,9	107	77,2	80,0	35,1	0,0	14,1	11,5	7,7
EPS010	34,7	2,3	20,0	85,9	29,6	108,3	58,4	64,3	71,2	58,0	39,6	0,0	4,0
EPS012	***	0,0	50,0	50,0	34,0	***	***	100	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
EPS016	3,9	0,9	48,2	93,4	20,6	***	***	7,3	28,6	0,0	8,3	40,0	0,0
EPS017	32,7	1,8	16,7	79,1	35,3	145	67,1	65,0	17,6	68,4	19,4	8,8	0,0
EPS018	36,0	4,3	40,0	48,0	23,5	***	83,0	35,0	13,3	0,0	33,7	33,3	11,1
EPS022	42,3	0,0	54,5	95,7	27,5	***	47,0	8,3	9,1	0,0	8,7	0,0	0,0
EPS023	4,0	0,0	73,3	50,0	16,2	***	***	4,5	26,7	0,0	20,0	50,0	50,0
EPS025	16,0	0,0	20,0	83,3	7,8	***	***	0,0	0,0	***	16,7	***	***
EPS033	30,0	100	***	25,0	16,8	***	***	0,0	***	***	0,0	***	***
EPS037	37,0	0,5	21,5	71,3	38,0	103,9	61,0	48,9	37,1	40,2	21,8	27,2	5,4
EPS044	6,5	4,0	25,0	73,0	31,3	***	***	7,1	11,5	12,5	6,6	0,0	0,0

Tabla 7.10. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago por EPS (continuación)

EAPB	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	10.	11.	12.	13.	16.
	< 30 días	> 3,4%	> 12%	> 60%	< 30 días	≤ 12 semanas (84 días)	≤ 12 semanas (84 días)	> 27%	Por definir	Por definir	> 17%	> 33%	< 20%
	30 a < 60 días	1,8 a 3,4%	> 8 a 12%	> 55 a 60%	30 a < 60 días			> 20 a 27%			> 14 a 17%	> 22 a 33%	
	≥ 60 días	< 1,8%	≤ 8%	≤ 55%	≥ 60 días	> 12 semanas	> 12 semanas	≤ 20%			≤ 14%	≤ 22%	≥ 20%
EPS045	24,4	0,0	23,5	48,6	65,9	***	79,0	0,0	11,8	0,0	8,6	33,3	33,3
EPSI01	***	***	***	0,0	***	***	***	***	***	***	0,0	***	***
EPSI04	0,0	***	***	0,0	***	***	***	***	***	***	100	***	***
EPSI05	0,0	0,0	0,0	100	0,0	***	***	***	0,0	***	0,0	***	***
EPSI06	***	0,0	0,0	100	43,5	***	***	***	0,0	***	0,0	***	***
EPSS33	30,8	2,6	57,9	73,6	16,6	***	32,6	8,7	5,3	16,7	7,5	8,3	0,0
EPSS34	2,2	11,5	34,8	74,3	17,8	***	105,3	27,3	17,4	55,0	20,0	10,0	0,0
EPSS40	8,9	0,0	51,6	96,0	42,0	***	***	6,1	25,3	0,0	19,2	50,0	0,0
EPSS41	13,9	0,0	16,0	53,2	25,6	***	101,5	50,0	20,0	33,3	17,0	13,3	26,7
ESS024	51,7	0,0	32,2	67,0	22,8	7,0	93,6	36,8	22,0	71,4	26,1	38,1	0,0
ESS062	61,7	1,8	23,2	94,2	16,9	***	86,4	28,6	25,0	0,0	14,0	25,8	0,0
ESS076	21,5	0,0	50,0	40,0	68,3	***	195	50,0	0,0	0,0	10,0	0,0	20,0
ESS091	20,1	0,0	12,5	44,4	17,0	***	27,0	100	0,0	33,3	22,2	0,0	0,0
ESS118	22,1	0,0	9,1	98,2	49,1	59,0	65,3	0,0	7,3	0,0	30,4	46,2	0,0
ESS133	5,8	0,0	20,0	60,0	56,4	***	***	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ESS207	40,2	0,0	47,1	100	39,8	***	66,3	50,0	5,9	0,0	17,6	9,1	0,0
RES001	101,9	16,7	40,0	60,0	35,1	***	53,0	33,3	0,0	100,0	5,0	0,0	0,0
RES002	95,7	100	***	20,0	38,3	***	***	0,0	***	0,0	40,0	25,0	0,0
RES003	156,5	0,0	0,0	71,4	7,0	***	106	***	20,0	100,0	28,6	100	0,0
RES004	8,2	0,0	0,0	83,3	43,1	***	40,0	***	33,3	25,0	5,6	0,0	0,0
RES006	4,0	0,0	100	100	0,0	***	***	0,0	0,0	***	100	***	***
RES008	***	0,0	50,0	66,7	57,0	***	62,0	100	0,0	0,0	33,3	50,0	0,0
RES009	0,0	0,0	100	100	81,0	***	***	100	0,0	0,0	100	0,0	0,0
Total	**29,3**	**1,9**	**31,9**	**77,2**	**30,2**	**98,0**	**68,6**	**29,6**	**25,7**	**34,6**	**20,9**	**20,1**	**3,9**

7.7 Tablas complementarias

Tabla 7.11. Edad promedio de los pacientes con cáncer de estómago

Variable	Observaciones	Media	[95% intervalo de confianza]	
Edad (todos los casos)	9.105	63,98	63,69	64,27
Edad (CNR)	2.152	62,55	61,94	63,17

Tabla 7.12. Distribución de los casos de cáncer de estómago según el sexo y el grupo etario

Grupo etario	Mujeres	Hombres
De 5 a 9 años	1	1
De 10 a 14 años	1	1
De 15 a 19 años	2	5
De 20 a 24 años	11	7
De 25 a 29 años	37	30
De 30 a 34 años	87	60
De 35 a 39 años	98	112
De 40 a 44 años	181	182
De 45 a 49 años	272	298
De 50 a 54 años	368	475
De 55 a 59 años	428	629
De 60 a 64 años	480	745
De 65 a 69 años	478	761
De 70 a 74 años	445	666
De 75 a 79 años	392	600
80 años o más	575	677
Total	**3.856**	**5.249**

Tabla 7.13. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de estómago según el departamento

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Amazonas	1,3	2,7	0	0	0	0
Antioquia	24,8	23,5	5,5	5,3	5,3	5,1
Arauca	3,7	5,1	0,7	0,9	0,4	0,5
Atlántico	3,9	4	0,6	0,6	1,2	1,3
Bogotá, D.C.	27,8	26,3	6,5	6,1	5,6	5,3
Bolívar	6	6,5	1,3	1,4	1	1,1
Boyacá	18,3	15,6	4,6	4	2,7	2,3
Caldas	28,8	23,5	4,5	3,8	5,8	4,6
Caquetá	12	15,8	5,7	7,5	4,7	6,1
Casanare	14,1	19	2,4	3,5	1,9	2,8
Cauca	20,7	21,6	4	4,1	4,5	4,6
Cesar	5,3	6,8	1,2	1,5	1,1	1,5
Chocó	1,6	2,6	0,4	0,7	0,2	0,3

Tabla 7.13. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de estómago según el departamento (continuación)

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Córdoba	3,9	4,5	1,4	1,6	1,2	1,4
Cundinamarca	15,2	15,3	4,2	4,2	3,1	3,2
Guainía	2,3	3,5	2,3	3,5	2,3	3,5
Guaviare	7,9	10,7	6,1	8,5	0,9	1,1
Huila	28,6	31,9	9,2	10,3	8,3	9,2
La Guajira	1,5	2,2	0,2	0,3	0,7	1,1
Magdalena	4,7	5,5	1,6	1,9	1,1	1,3
Meta	9,3	10,7	3,4	3,9	3,1	3,6
Nariño	21,4	22,7	4,6	5	4	4,3
Norte de Santander	19,9	21,2	4,9	5,2	4,4	4,7
Putumayo	9	12,7	2	2,8	2,8	4
Quindío	32,5	27,4	5,8	4,9	4,4	3,6
Risaralda	28,9	24,5	5,3	4,5	5,3	4,4
San Andrés	0	0	0	0	0	0
Santander	19,8	18	5,7	5,2	4,9	4,5
Sucre	4,6	4,9	1,6	1,7	1,6	1,7
Tolima	15,7	13,9	3,6	3,2	4,6	4,1
Valle del Cauca	21,3	19,3	5	4,6	5,6	5,1
Vaupés	0	0	0	0	0	0
Vichada	5,3	8	2,7	3,9	1,3	1,9
Total	**18,1**	**18,1**	**4,3**	**4,3**	**4**	**4**

**incluye ambos sexos y cualquier edad, cáncer de estómago invasivo. (por 100.000 habitantes)

Tabla 7.14. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de estómago egún la BDUA

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
CCF007	23,7	25,8	2,2	2,3	0,5	0,6
CCF015	16	17,6	3,3	3,7	2,6	2,8
CCF023	4,9	5,8	0	0	1,8	1,9
CCF024	31,7	32,3	3,3	3,4	3,2	3,1
CCF027	14,1	15,1	2,2	2,2	1,6	1,7
CCF033	16	15,7	2,5	2,2	0,8	0,7
CCF050	24,1	22,6	10,3	9,6	2,6	2,3
CCF053	58,7	54,5	25,2	23,6	8,4	7,6
CCF055	3,1	3,9	0	0	0,2	0,3
CCF102	1,8	3,1	0	0	0,6	0,8
EAS016	246,8	86,8	61,7	20,8	20,6	5,6
EAS027	234	41	9,9	1,3	27,1	3,4
EPS001	67,7	52,3	2,8	2,1	8,5	6,4

Tabla 7.14. Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de estómago egún la BDUA (continuación)

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
EPS002	23,7	34,1	4,5	6,2	2,5	3,6
EPS005	69,4	70,9	14,4	14,5	7,4	7,7
EPS008	52,2	57,5	7,5	8,2	3,7	4,2
EPS010	54,7	68,2	10,3	12,4	4,8	6,7
EPS012	78,4	76,2	2,1	1,9	7,9	7,8
EPS016	66,8	70,7	9,4	9,6	7,6	8,4
EPS017	50,4	71,1	6,6	9,3	6,3	9,4
EPS018	73	93,5	15,7	20	7,8	10,1
EPS022	36,8	28,4	6,7	5,2	2,7	2,1
EPS023	58	72,3	14,9	19,6	5,8	7
EPS025	19	20,7	2,8	3	1,1	1,2
EPS033	53,1	68,7	7,6	11,5	6,3	7,5
EPS037	87,1	47,4	13,5	7,5	9,7	5,1
EPS044	44,2	47,7	5,7	6	1,1	1,2
EPS045	13,3	11	2,4	2	0,4	0,3
EPSI01	3,5	6,7	0	0	0	0
EPSI03	5,7	7,5	0	0	0,6	0,8
EPSI04	6,1	8,2	0,6	0,6	0,6	0,9
EPSI05	9	11	0,6	0,8	1,6	1,8
EPSI06	8,6	11,2	0	0	2,5	3,3
EPSS33	21,3	21,8	4,1	4,1	3,9	4
EPSS34	48,6	43,2	8,8	7,9	5,1	4,7
EPSS40	48	43,1	11,4	10,3	7,2	6,3
EPSS41	14,7	13,9	5,4	5,5	2,6	2,5
ESS002	14,7	15,9	0	0	1,1	1,1
ESS024	21,7	24	5,1	5,6	3,9	4,3
ESS062	23,6	24,5	4,8	5,1	4,1	4,2
ESS076	10,6	12,1	1,8	2	2,5	2,7
ESS091	35	30,5	6,4	6	3,4	2,8
ESS118	12,5	12,9	2	2,1	3	3,1
ESS133	16,5	16,7	1,4	1,5	2	2,1
ESS207	21,4	24,6	5	5,8	2,5	2,8
Total	**40,2**	**40,2**	**6,9**	**6,9**	**4,4**	**4,4**

**incluye ambos sexos y cualquier edad, cáncer de estómago invasivo. (por 100.000 afiliados)

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en Colombia. 2015. 2015.
2. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2016. 2016.
3. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. 2017. Bogotá D.C.; 2017.
4. Rodríguez Santiago JM, Sasako M, Osorio J. TNM 7.a edición 2009 (UICC/AJCC) y Clasificación Japonesa 2010 en Cáncer Gástrico. Hacia la simplicidad y estandarización en el manejo del cáncer gástrico. Cirugía Española [Internet]. 2011 May 1 [cited 2019 Jul 5];89(5):275–81. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0009739X10004434

Lista de figuras

Lista de tablas

8. CÁNCER DE PULMÓN
CIE10:C33-34; CIE-O-3:C33-34

8.1 Características generales de la población con cáncer de pulmón

De acuerdo con el registro, el cáncer de pulmón en Colombia afectó a 3.992 pacientes, de los cuales 1.235 fueron diagnosticados durante el periodo de análisis.

La prevalencia en el país[1] fue de 7,9 por 100.000 habitantes y la PCNR fue de 2,5 por 100.000 habitantes. La prevalencia por el régimen de aseguramiento (contributivo y subsidiado) se ubicó en 8,4 por 100.000 afiliados de la BDUA y la PCNR por el tipo de aseguramiento se ubicó en 2,7 por 100.000 afiliados de la BDUA.

El total de personas con cáncer pulmón fallecidas fue de 1.270, con una mortalidad en el país de 2,5 por 100.000 habitantes.

8.1.1 Edad de las personas con cáncer de pulmón

La edad promedio de todas las personas con cáncer de pulmón en el registro para Colombia fue de 66,4 años (DE ± 12,8) (tabla 8.11). En los casos diagnosticados durante el periodo el promedio de la edad fue de 67 años (DE ± 11,2).

En el histograma de la edad de esta población, la distribución sigue un patrón aproximadamente normal, con cola a la izquierda, dado por algunos casos en edades tempranas (figuras 8.1 y 8.2)

Figura 8.1. Histograma de la edad y curva de normalidad en cáncer de pulmón

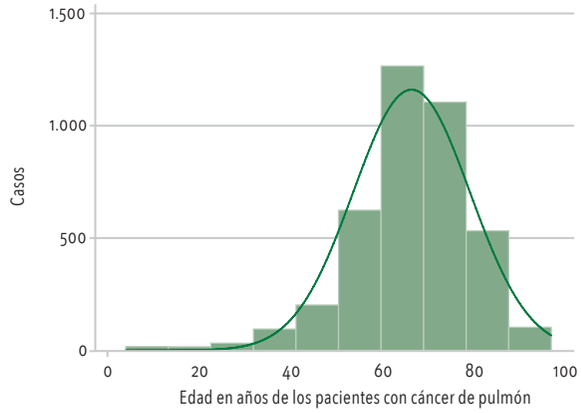
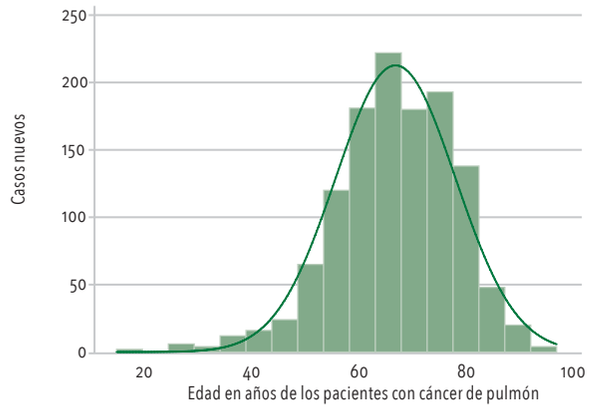


Figura 8.2. Histograma de la edad en cáncer de pulmón (casos nuevos)



El total de las personas con cáncer de pulmón de acuerdo con su sexo fue de 1.997 mujeres y 1.995 hombres, con lo que se encontró una razón de afección hombre:mujer de 1:1 (figura 8.3).

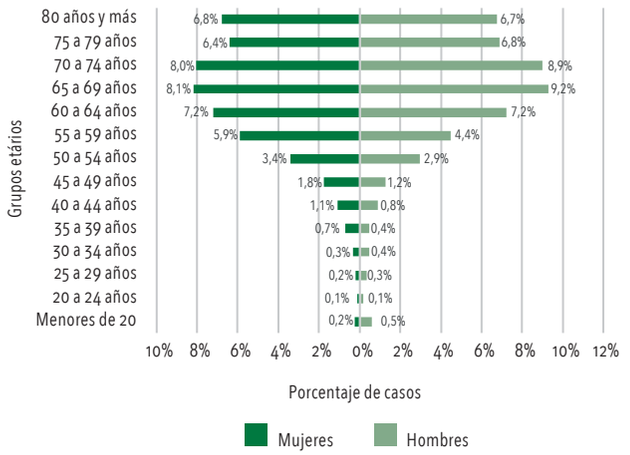
Figura 8.3. Distribución de los casos de cáncer de pulmón según el sexo

En la distribución por grupo etario en cáncer de pulmón, se encontró que el 92 % de los casos son mayores de 50 años, el grupo etario de 65 a 69 años fue aquel con la mayor cantidad de casos reportados (figura 8.4 y tabla 8.12), sin embargo, llama la atención que el 23% de los casos (n=129 CNR), corresponden a personas menores de 40 años.

La proporción entre las mujeres y los hombres es muy similar en los diferentes grupos etarios (figura 8.4).

1 Datos país, observados en el SGSSS

Figura 8.4. Distribución de los casos de cáncer de pulmón según el grupo etario y el sexo

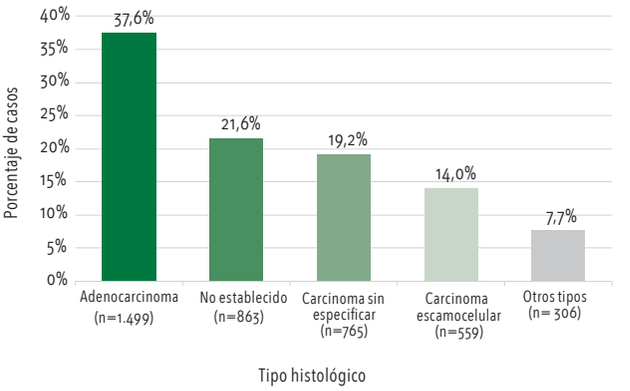


8.1.3 Tipos histológicos del cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón se divide en dos categorías: carcinoma de célula pequeña (CCP) y carcinoma de célula no pequeña (CCNP), este último representa el 80-85% del cáncer pulmonar. Entre los tipos histológicos del cáncer de pulmón de CCNP se encuentran: el adenocarcinoma, el carcinoma escamocelular y el carcinoma de célula grande, entre otros (1). Adicionalmente se han establecido diferencias importantes en el tipo histológico de acuerdo con el sexo: mientras que en hombres es más frecuente el carcinoma escamocelular, en mujeres lo es el adenocarcinoma (2).

El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma, con el 38% de los casos, mientras que el escamocelular representó el 14%. Los casos notificados como "otros tipos histológicos" o carcinoma sin especificar representaron el 27% s (figura 8.5), con respecto a aquellos pacientes sin información o "no establecido", se observó un leve descenso con respecto al reporte previo, pasando del 33% al 22% de los casos. En general llama la atención el elevado número de casos no establecidos, de carcinomas sin especificar y de otros tipos histológicos que, en conjunto, agrupan cerca de la mitad de los casos, lo cual sugiere una participación insuficiente de patología en el proceso diagnóstico, sin embargo hay que resaltar que el reporte de la subtipificación muestra un aumento respecto a periodos anteriores(3–5).

Figura 8.5. Tipos histológicos en cáncer de pulmón



Se encontró que el adenocarcinoma es el subtipo más común en ambos sexos. Sin embargo, al determinar las diferencias entre los dos sexos, se encuentra que el adenocarcinoma es más frecuente en las mujeres, mientras que el escamocelular primó en los hombres (tabla 8.1).

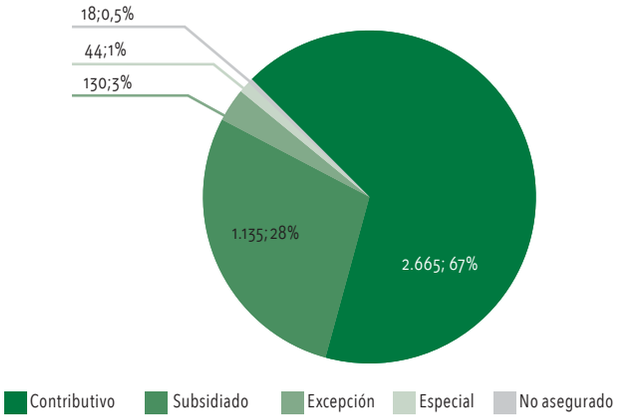
Tabla 8.1. Distribución de los casos de cáncer de pulmón según el tipo histológico y el sexo

Tipo histológico	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Adenocarcinoma	802	53,5	697	46,5	1.499	100
No establecido	423	49	440	51	863	100
Carcinoma no especificado	367	48	398	52	765	100
Carcinoma escamocelular	255	45,6	304	54,4	559	100
Otros tipos histológicos	150	49	156	51	306	100
Total	**1.997**	**50**	**1.995**	**50**	**3.992**	**100**

8.1.4 Distribución de las personas con cáncer de pulmón según el régimen de afiliación

En la distribución del cáncer de pulmón por el régimen de afiliación, se encontró una mayor concentración de la población en el contributivo (66,8%), seguido del subsidiado (28,4%), con menor representación de la morbilidad en el resto de los regímenes (4,8%) (figura 8.6).

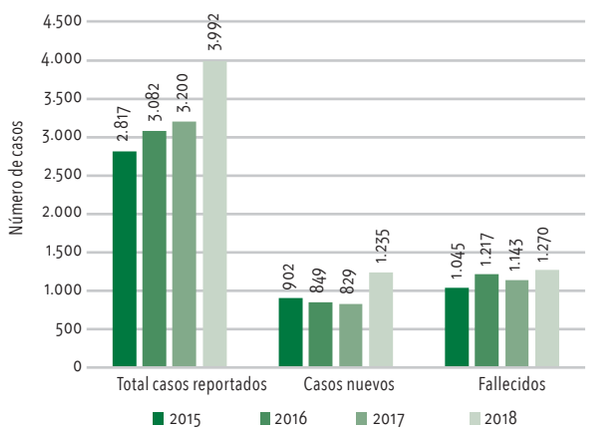
Figura 8.6. Proporción de los casos de cáncer de pulmón según el régimen de afiliación



8.1.5 Comparativo del cáncer de pulmón entre los años 2015 - 2018

El registro de cáncer con información auditada a lo largo de los cuatro periodos (2015 a 2018) ha mostrado un aumento progresivo en el reporte de los casos totales con diagnóstico de cáncer de pulmón; el último periodo es aquel que mayor crecimiento presentó tanto en los casos totales como en los casos nuevos, con un aumento de los primeros de 25% y de los segundos de un 49%, siendo el más alto de los cuatro periodos. Por su parte, el número de personas que fallecieron en el periodo presentó un incremento del 11% y supera levemente a los casos nuevos (figura 8.7).

Figura 8.7. Número de personas repotadas con cáncer de pulmón

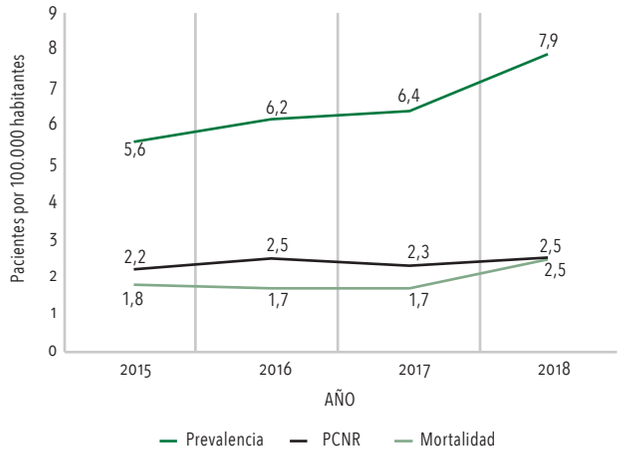


Incluye los casos reportados como *in situ*

Las medidas de morbilidad y mortalidad del cáncer de pulmón reflejan lo anterior, un aumento especialmente en la prevalencia y la PCNR para el último periodo con respecto a los años previos, la mortalidad permanece estable, haciendo que la PCNR sea igual a la mortalidad, lo cual supone un aumento en el diagnóstico de personas con sospecha de cáncer de pulmón o un aumento en el reporte de los casos nuevos al registro (figura 8.8).

Es importante recordar que según datos de la IARC, este es uno de los tipos de cáncer con las tasas de letalidad más altas en el mundo, independientemente del nivel económico de los países, donde los patrones geográficos en la mortalidad siguen de cerca a los de la incidencia (6).

Figura 8.8. Medidas de frecuencia en cáncer de pulmón, 2015-2018



Excluye casos reportados como *in situ*

8.2 Prevalencia, PCNR y mortalidad en cáncer de pulmón

8.2.1 Prevalencia del cáncer de pulmón en Colombia

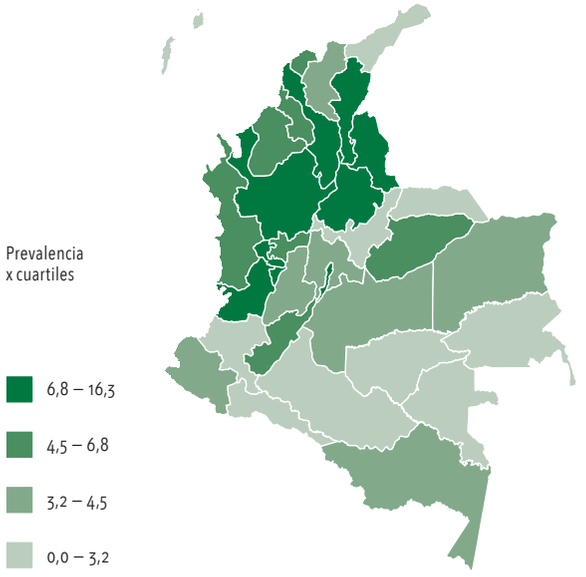
La prevalencia ajustada por la edad para el cáncer de pulmón invasivo en el país fue de 7,9 por 100.000 habitantes (tabla 8.13)[2].

Los departamentos con mayor prevalencia, superior a la nacional, fueron: Antioquia, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá, D.C. y Norte de Santander con cifras de 16,3 a 8,4 por 100.000 habitantes (figura 8.9). Los departamentos con menores prevalencias fueron Putumayo, Guaviare, Caquetá, Boyacá, La Guajira,

2 Datos país, observados en el SGSSS

Cauca y Arauca con valores de 0,4 a 3,2 por 100.000 habitantes. Guainía y Vaupés no reportaron casos (figura 8.9).

Figura 8.9. Prevalencia ajustada del cáncer de pulmón invasivo por departamento



8.2.2 Prevalencia de cáncer de pulmón en la BDUA

La prevalencia en la BDUA fue de 8,4 afectados por 100.000 habitantes, siendo superior en el régimen contributivo (tabla 8.2). Las entidades con mayores prevalencias ajustadas fueron EPS010 y EPS018 (tabla 8.14).

Tabla 8.2. Prevalencia ajustada según el régimen de afiliación

Casos cáncer de pulmón BDUA	Casos régimen contributivo	Casos régimen subsidiado	Prevalencia ajustada régimen contributivo	Prevalencia ajustada régimen subsidiado	Prevalencia total c y s*
3.721	2.617	1.104	11,6	5,1	8,4

* c: contributivo, s: subsidiado

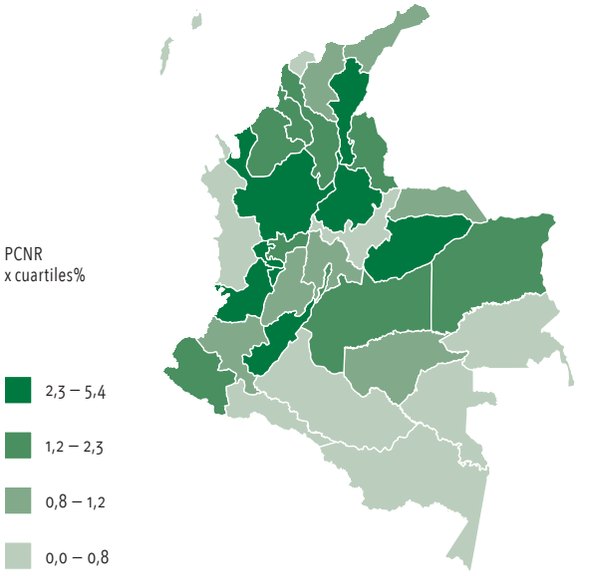
8.2.3 PCNR en cáncer de pulmón en Colombia

La PCNR ajustada por la edad en el país fue de 2,5 afectados por 100.000 habitantes (tabla 8.13)[3].

Los departamentos con la mayor PCNR fueron: Antioquia, Risaralda, Santander, Valle del Cauca, Quindío, Cesar, Casanare y Huila con una PCNR de 5,4 a 2,5 afectados por 100.000 habitantes (figura 8.10).

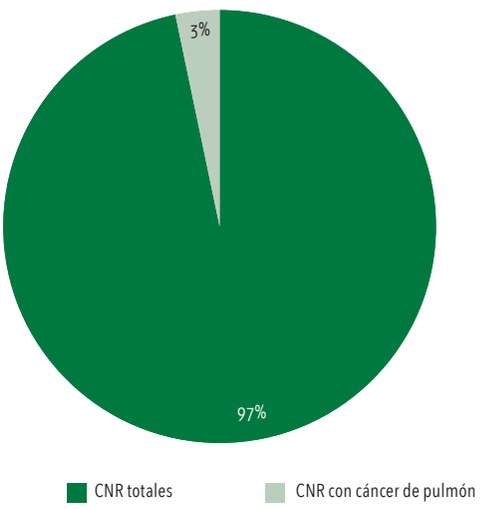
Los departamentos con menor PCNR fueron: Caquetá, Chocó, Atlántico y Boyacá con PCNR de 0,2 a 0,8 por 100.000 habitantes. Amazonas, Guainía, Putumayo, San Andrés y Vaupés no reportaron casos nuevos (figura 8.10).

Figura 8.10. PCNR ajustada del cáncer de pulmón invasivo por departamento



Los casos nuevos de cáncer de pulmón representaron el 3% del total de casos nuevos de cáncer en adultos (figura 8.11).

Figura 8.11. Casos nuevos de cáncer de pulmón respecto a los CNR de cáncer global



8.2.4 PCNR de cáncer de pulmón en la BDUA

3 Datos país, observados en el SGSSS

La PCNR por el régimen de afiliación (subsidiado y contributivo) fue de 2,7 casos nuevos por cada 100.000 afiliados de la BDUA, siendo superior en el contributivo (tabla 8.3). Las entidades con mayor PCNR fueron EPS018 y EPS010 (tabla 8.14).

Tabla 8.3. PCNR ajustada según el régimen de afiliación

Casos cáncer de pulmón BDUA	Casos régimen contributivo	Casos régimen subsidiado	PCNR ajustada régimen contributivo	PCNR ajustada régimen subsidiado	PCNR total c y s*
1.185	786	399	3,5	1,9	2,7

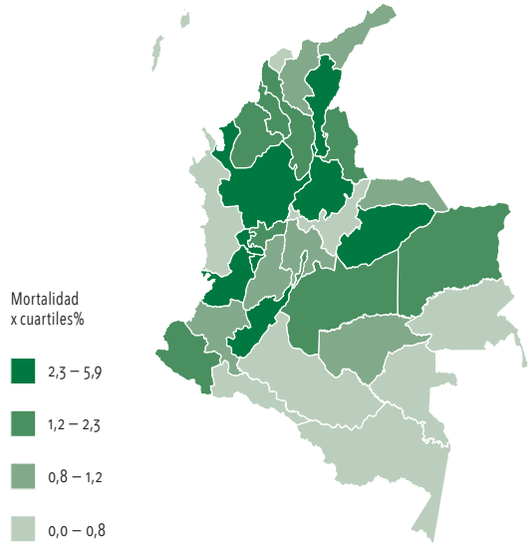
* c: contributivo, s: subsidiado

8.2.5 Mortalidad en cáncer de pulmón

La mortalidad en el país fue de 2,5 por 100.000 habitantes (tabla 8.13)[4]. Los departamentos con mayor mortalidad fueron: Antioquia, Quindío, Valle del Cauca, Risaralda, Cesar, Casanare y Norte de Santander, superior a la nacional, con mortalidad de 5,9 a 2,6 por 100.000 habitantes (figura 8.12).

Los departamentos con menor mortalidad fueron: Boyacá, Putumayo, La Guajira, Cauca, y Caquetá con valores de 0,3 a 0,8 por 100.000 habitantes. Amazonas, Guainía, Guaviare y Vaupés no reportaron fallecidos (figura 8.12).

Figura 8.12. Mortalidad ajustada en cáncer de pulmón invasivo por departamento



4 Datos país, observados en el SGSSS

8.2.6 Mortalidad en cáncer de pulmón en la BDUA

La mortalidad por cáncer de pulmón registró las mayores tasas ajustadas en las entidades EPS010 y EPS018 (tabla 8.14), la mortalidad para ambos regímenes de afiliación se ubicó en 2,7 por 100.000 afiliados de la BDUA (tabla 8.4).

Tabla 8.4. Mortalidad ajustada según el régimen de afiliación

Fallecidos cáncer de pulmón BDUA	Casos régimen contributivo	Casos régimen subsidiado	Mortalidad ajustada régimen contributivo	Mortalidad ajustada régimen subsidiado	Mortalidad total c y s*
1.205	794	411	3,6	1,9	2,7

* c: contributivo, s: subsidiado

8.3 Estadificación del cáncer de pulmón

8.3.1 Estadificación TNM del cáncer de pulmón

La estadificación TNM (Tamaño, Estaciones ganglionares, Metástasis) del cáncer de pulmón de célula no pequeña y de célula pequeña es determinante ya que establece el pronóstico del paciente y provee la información para definir el objetivo del tratamiento, permite poner en consideración las opciones de tratamiento potencialmente curativas como el manejo quirúrgico, o por el contrario, el cuidado paliativo si es el tratamiento idóneo para el paciente (7–9).

Actualmente se cuenta con la clasificación TNM en su octava edición que define nuevos grupos según el tamaño del tumor, confirma la relevancia de la cuantificación de los nódulos para el pronóstico, establece una categoría para las metástasis únicas extratorácicas y crea una nueva agrupación de estadificación, lo que permite entender la extensión anatómica del tumor y mejorar la capacidad del médico tratante para indicar el pronóstico y direccionar el tratamiento de forma personalizada (10). Se debe tener en cuenta, que la estadificación por la clasificación TNM debe realizarse de forma completa[5] y previa al inicio de cualquier tratamiento (11). El TMN versión 8 fue publicado posterior al periodo de análisis por lo cual, en este documento se hace referencia a la versión 7.

5 La estadificación TNM completa se refiere al estudio del tamaño (T) con tomografía torácica con extensión a abdomen superior; el estudio del compromiso nodular (N) con mediastinoscopia y el estudio de metástasis (M) con gammagrafía ósea, y según requerimiento clínico: resonancia magnética cerebral y biopsias extramedulares (7).

Con respecto al reporte, se encontró que en el 73% del total de los casos nuevos se reportó información sobre el estadio, con una mejoría respecto al periodo anterior que fue del 55%; de los casos estadificados, el 74% se encontraban en estadio IV. Al desagregar por el régimen de afiliación y excluir los no estadificados se evidenció igualmente que, en los diferentes regímenes a excepción del régimen especial, el estadio IV fue aquel con mayor cantidad de casos reportados, lo cual indica que las personas se están diagnosticando en estadios avanzados de la enfermedad (figuras 8.13 y 8.14).

Figura 8.13 Estadificación TNM del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación en los CNR

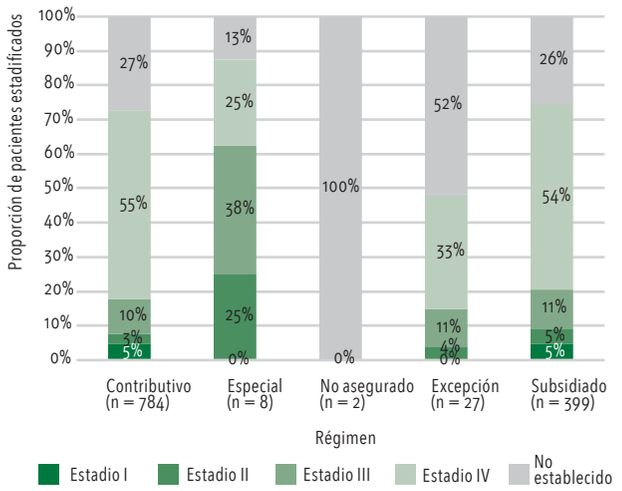
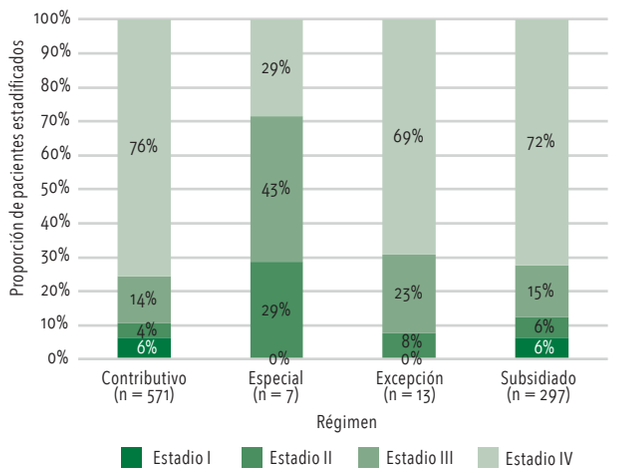


Figura 8.14.Estadificación TNM del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación en los CNR

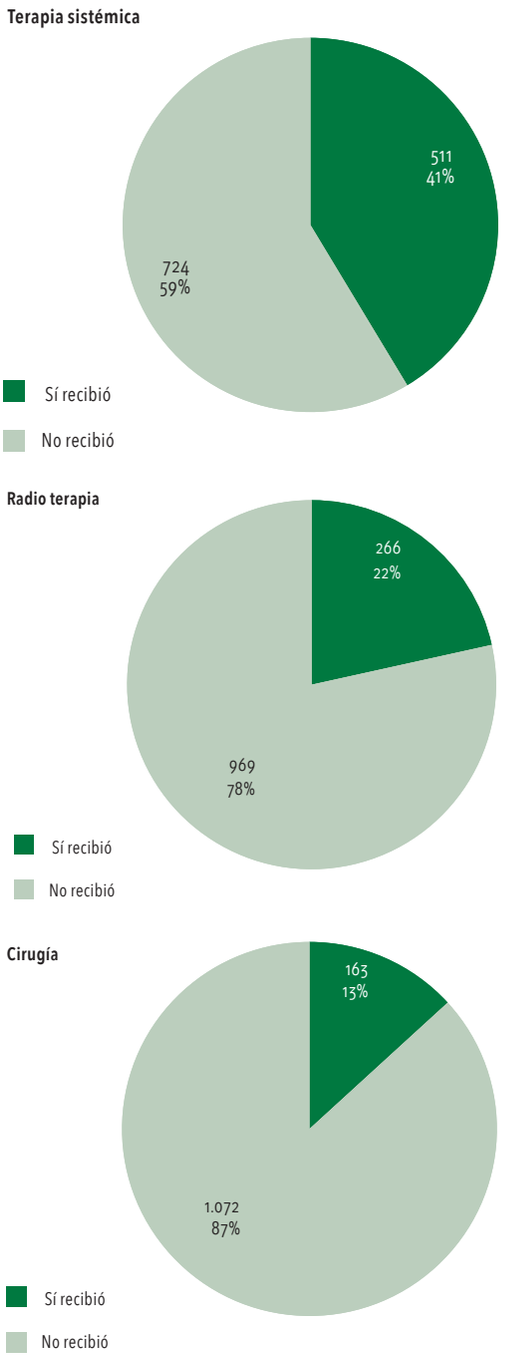


* Se excluyen los no estadificados

8.4 Terapia general en cáncer de pulmón

Respecto al tratamiento general observado en los 1.235 CNR[6] con cáncer de pulmón, se encontró que:

Figura 8.15. Proporción de los casos de acuerdo con el tipo de tratamiento recibido durante el periodo



6 Datos analizados solo en la población de CNR por contar con mejor registro de información.

Al parecer existe un subregistro de las intervenciones terapéuticas respecto a los CNR; se estima que lo anterior se puede deber a la falta de soportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC.

8.4.1 Tratamiento en cáncer de pulmón

La resección quirúrgica continúa siendo el tipo preferido de tratamiento potencialmente curativo en las personas con cáncer de pulmón de célula no pequeña sin riesgo o bajo riesgo pre-quirúrgico. Este tratamiento debe ofrecerse a todas las personas en estadios tempranos (IA, IB y IIA, IIB) elegibles para cirugía como el tratamiento de elección, considerando que se han identificado incrementos en las tasas de supervivencia después de la cirugía en comparación con otros tipos de tratamiento (7). Para el estadio I se han registrado tasas de supervivencia a 5 años del 60 al 80%, y de 30 a 50% en las personas en estadio II, en contraste con las personas en estadio I sin ningún tipo de tratamiento, cuya tasa de supervivencia fue de 20% a 2 años y 15% a 5 años (12).

La extensión de la resección quirúrgica pulmonar a realizar, se determina de acuerdo con la estadificación clínica del tumor, el tipo histológico y la evaluación funcional cardiaca y pulmonar, y esta puede consistir en una neumonectomía, una lobectomía, o una segmentectomía con resección ganglionar pulmonar y mediastinal (7). Estas personas cuentan con un alto riesgo de recaída y deben ser tratadas con quimioterapia adyuvante en personas con estadio II, III A y puede tener utilidad en un subgrupo de pacientes con enfermedad estadio Ib (7).

Las personas con estadios IIIB y IV son usualmente tratadas con quimioterapia y radioterapia concomitante o secuencial; dependiendo del tipo histológico tiene variaciones, en pocas ocasiones se da la opción de manejo quirúrgico (13,14).

Por otra parte, los carcinomas de célula pequeña se caracterizan por su rápida diseminación, por esto su tratamiento incluye el uso de quimioterapias combinadas con platino, y radioterapia.

8.4.2 Medicamentos utilizados para el tratamiento del cáncer de pulmón

Entre los medicamentos más usados en el cáncer de pulmón de célula pequeña están: cisplatino, carboplatino, paclitaxel, albúmina-paclitaxel (nab-paclitaxel), docetaxel, gemcitabina, vinorelbina, etopósido y pemetrexed. Adicional se encuentra la terapia dirigida con el uso de medicamentos como bevacizumab. En estadios avanzados se pueden utilizar inhibidores de tirosin quinasa EGFR como gefitinib o erlotinib, entre otros (7).

8.4.2.1 Medicamentos observados en el reporte

Entre los medicamentos más registrados en cáncer de pulmón se encontraron el carboplatino, el paclitaxel y el pemetrexed (tabla 8.5).

Tabla 8.5. Frecuencia del registro de los medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer de pulmón

Medicamento	CNR (n=1.235)
Carboplatino	289
Paclitaxel	165
Pemetrexed	140
Cisplatino	125
Etopósido	67
Bevacizumab	63
Gemcitabina	39
Gefitinib	31
Erlotinib	11
Crizotinib	8
Pembrolizumab	7
Nivolumab	2

8.4.3 Radioterapia para el tratamiento del cáncer de pulmón

Del total de los casos nuevos, 266 recibieron radioterapia para el cáncer de pulmón como parte del manejo, de los cuales 222 tuvieron el reporte de la técnica utilizada, la radioterapia externa sin descripción de la técnica fue la opción más reportada seguida de la conformacional 3D (tabla 8.6).

Tabla 8.6. Técnica de radioterapia utilizada para el tratamiento del cáncer de pulmón

Técnica de radioterapia	Número de casos	Porcentaje (%)
Radioterapia externa sin descripción de la técnica en los soportes	139	62,6
Conformacional 3D	49	22,1
Convencional 2D	15	6,8
IMRT (radioterapia con intensidad modulada)	15	6,8
IGRT (radioterapia guiada por imagen)	2	0,9
Otro (ejemplo braquiterapia)	2	0,9
Total	**222**	**100**

De acuerdo con el reporte, de los 266 casos que recibieron radioterapia, 128 lo hicieron de de forma exclusiva, 101 la recibieron en conjunto con terapia sistémica, 16 con cirugía y 21 personas recibieron las 3 terapias en el periodo.

8.5 Oportunidad de la atención en cáncer de pulmón

La oportunidad entendida como la posibilidad que tienen los individuos para acceder al sistema de salud (15), se encuentra expresada en este documento como el número de días a partir de un evento temporal pasado hasta un evento temporal posterior.

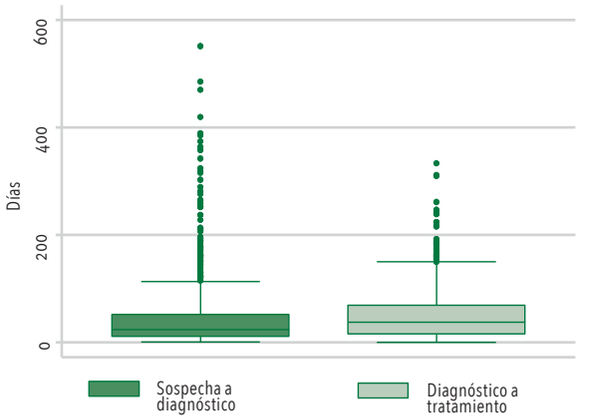
En los casos nuevos reportados, el 72,3% de la población tuvo los datos para establecer el tiempo entre la sospecha y el diagnóstico y el 51,5% para establecer el tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento; el análisis mostró que entre la sospecha médica hasta el diagnóstico trascurren 24 días de mediana y 47 días de media. En cuanto al tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento la mediana fue de 37,5 días y la media de 51,1 días (tabla 8.7 y figura 8.16).

Tabla 8.7. Oportunidad de la atención en cáncer de pulmón en los CNR

Tiempos de oportunidad	Observaciones	Mediana	RIQ	Media	IC (95%)
Sospecha a diagnóstico*	893	24	Nov-52	47	42,7-51,4
Diagnóstico a primer tratamiento	636	37,5	15-69	51,1	47,2-55,2

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que ataña el diagnóstico, y por todo método diagnóstico empleado. RIQ: rango intercuartil, IC: intervalo de confianza.

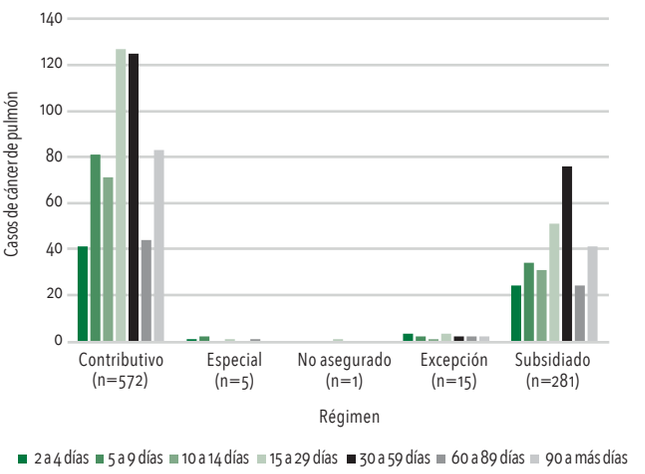
Figura 8.16. Cajas y bigotes del tiempo de oportunidad en los CNR



8.5.1 Oportunidad desde la sospecha médica hasta el diagnóstico en cáncer de pulmón

Para el rango temporal desde la sospecha médica hasta la confirmación de diagnóstico en los casos nuevos, para el régimen contributivo, el rango con mayor cantidad de casos reportados estuvo entre 15 a 29 días, mientras para el régimen subsidiado estuvo entre 30 a 59 días, los demás regímenes reportaron pocos casos (figura 8.17).

Figura 8.17. Oportunidad entre la sospecha médica y el diagnóstico

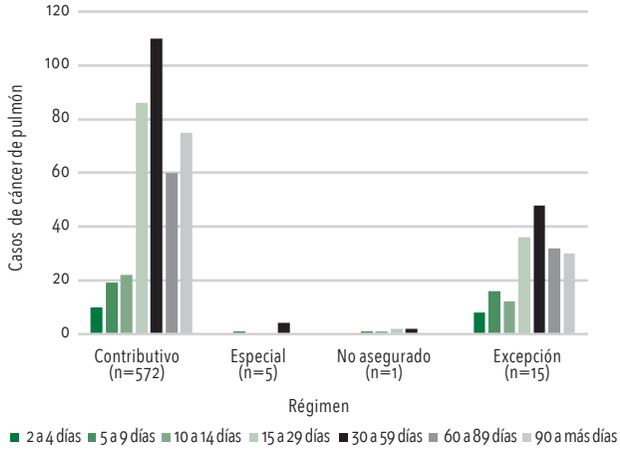


8.5.2 Oportunidad entre el diagnóstico y el primer tratamiento en cáncer de pulmón

Con respecto al rango de tiempo que transcurre entre el diagnóstico y el primer tratamiento recibido, para los regímenes contributivo y subsidiado se encontró

que la mayor cantidad de casos se ubicó en el rango de 30 a 59 días (figura 8.18).

Figura 8.18. Oportunidad entre el diagnóstico y el primer tratamiento



8.6 Indicadores de gestión del riesgo en cáncer de pulmón

A continuación, se presentan los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo por parte de los aseguradores y los prestadores en los pacientes con cáncer de pulmón en Colombia (16):

Indicador 1. Oportunidad de diagnóstico (Tiempo en días entre la consulta general o nota de remisión o interconsulta por sospecha clínica o paraclínica hasta el diagnóstico de cáncer de pulmón).
Indicador 2. Proporción de pacientes con estudio morfológico e inmunológico completo (estudio en biopsia de pulmón).
Indicador 3. Proporción de personas con cáncer de pulmón de célula no pequeña subtipo histológico adenocarcinoma en estadio IIIB y IV en quienes se realizó el biomarcador EGFR.
Indicador 4. Proporción de pacientes con cáncer de pulmón diagnosticados en estadios tempranos I y II.
Indicador 5. Proporción de pacientes con cáncer de pulmón en quienes se realizó estadificación TNM previo al inicio del tratamiento.
Indicador 6. Proporción de pacientes en estadios tempranos (I - II) llevados a cirugía con intención curativa en quienes se realizó estudio de función pulmonar y riesgo cardiovascular.
Indicador 7. Oportunidad de tratamiento (Tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento) Días.
Indicador 8. Proporción de pacientes en estadios tempranos (I-II) que fueron sometidos a cirugía con intención curativa.
Indicador 9.1. Proporción de pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón en estadio avanzado (IV) valorados por cuidado paliativo (CNR).
Indicador 9.2. Proporción de pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón en estadio avanzado (IV) valorados por cuidado paliativo (prevalentes).
Indicador 10.1. Proporción de personas atendidas por grupo multidisciplinario para definir el tratamiento (CNR).
Indicador 10.2. Proporción de personas atendidas por grupo multidisciplinario para definir el tratamiento (prevalentes).
Indicador 11. Supervivencia a 1 año y 2 años (Tipo histológico: CPCP)
Indicador 12. Supervivencia a 2 años y 5 años (Tipo histológico: CPCNP)

Los indicadores 2, 3, 6, 11 y 12 no se midieron ya que aún no se cuenta con dicha información en el registro.

Tabla 8.8. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de pulmón según el régimen de afiliación

Indicadores	1.	4.	5.	7.	8.	9.1.	9.2.	10.1.	10.2.
Régimen	< 30 días 30 a 59 días ≥ 60 días	> 15% > 9 - ≤ 15% ≤ 9 %	> 90% > 70-90% ≤ 70%	< 30 días 30 - 59 días ≥ 60 días	> 20% > 9 -20% ≤ 9 %	> 90% > 70-90% ≤ 70%	> 90% > 70-90% ≤ 70%	Por definir	Por definir
Contributivo	45,5	10,5	45,3	52,8	26,7	42,8	38,2	18,6	8,7
Especial	19,3	33,3	33,3	23,0	75,0	50,0	50,0	7,7	9,1
No asegurado	21,0	***	***	***	***	***	***	0,0	0,0
Excepción	38,7	7,7	18,2	19,4	0,0	11,1	20,0	7,1	8,6
Subsidiado	51,2	12,5	39,1	49,5	10,8	20,9	19,5	18,7	12,8
Total	**47,0**	**11,4**	**42,8**	**51,0**	**22,5**	**35,3**	**32,4**	**18,2**	**9,8**

Tabla 8.9. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de pulmón por renglón del aseguramiento

Indicadores	1.	4.	5.	7.	8.	9.1.	9.2.	10.1.	10.2.
Renglón	< 30 días 30 a 59 días ≥ 60 días	> 15% > 9 - ≤ 15% ≤ 9 %	> 90% > 70-90% ≤ 70%	< 30 días 30 - 59 días ≥ 60 días	> 20% > 9 -20% ≤ 9 %	> 90% > 70-90% ≤ 70%	> 90% > 70-90% ≤ 70%	Por definir	Por definir
CCF Contributivo	16,5	11,5	41,5	53,7	0,0	23,9	17,8	50,5	27,0
CCF Subsidiado	47,8	5,1	39,5	54,2	0,0	3,7	2,9	8,0	6,3
Comerciales Contributivo	48,1	11,0	48,6	52,5	36,0	57,8	48,9	16,6	7,7
Comerciales Subsidiado	53,8	11,8	46,2	59,6	0,0	29,7	24,6	27,5	18,9
Cooperativas Contributivo	37,3	9,4	34,2	56,3	12,5	19,4	21,6	24,3	10,3
Cooperativas Subsidiado	45,3	17,6	51,1	53,8	12,5	22,0	13,6	9,8	4,6
Indígenas y adaptadas	100,3	33,3	42,9	18,8	100	0,0	0,0	25,0	6,5
Públicas y Mixtas	51,2	9,8	38,5	45,5	23,1	36,4	37,2	10,2	4,6
Total	**47,4**	**11,2**	**43,2**	**51,7**	**20,6**	**35,5**	**32,6**	**18,6**	**9,9**

Los diferentes regímenes presentaron resultados similares, sin embargo, aquel con mejores resultados fue el régimen especial; el régimen contributivo mostró resultados discretamente mejores respecto a los resultados presentados por el régimen subsidiado, con un indicador ubicado en el nivel más alto de cumplimiento frente a ninguno por parte del régimen subsidiado. El indicador de realización de estadificación TNM antes del inicio de tratamiento y el indicador relacionado con la valoración por cuidados paliativos fueron aquellos con los resultados más críticos, en todos los regímenes.

En cuanto a los sectores o renglones del aseguramiento, se observó un mayor número de indicadores cumpliendo la meta por parte del renglón denominado "indígenas y adaptadas", con 3 indicadores ubicados en el nivel de cumplimiento "alto", sin embargo, en cuanto a la oportunidad de diagnóstico presenta un nivel de cumplimiento “bajo”, siendo el renglón “CCF Contributivo” aquel con un mejor resultado.

Tabla 8.10. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de pulmón por EAPB

Indicadores	1.	4.	5.	7.	8.	9.1.	9.2.	10.1.	10.2.
	< 30 días	> 15%	> 90%	< 30 días	> 20%	> 90%	> 90%		
EAPB	30 a 59 días	> 9 - ≤ 15%	> 70-90%	30 - 59 días	> 9 -20%	> 70-90%	> 70-90%	Por definir	Por definir
	≥ 60 días	≤ 9 %	≤ 70%	≥ 60 días	≤ 9 %	≤ 70%	≤ 70%		
11001	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0
66000	21,0	***	***	***	***	***	***	0,0	0,0
CCF007	59,0	0,0	50,0	100	***	0,0	0,0	0,0	0,0
CCF015	30,1	0,0	50,0	88,3	***	0,0	0,0	0,0	8,7
CCF023	24,0	***	0,0	100	***	***	***	50,0	33,3
CCF024	74,3	12,5	50,0	18,0	0,0	20,0	20,0	21,4	11,5
CCF027	***	0,0	33,3	0,0	***	0,0	0,0	0,0	0,0
CCF033	***	***	***	***	***	***	0,0	***	0,0
CCF050	45,0	0,0	66,7	45,5	***	0,0	0,0	0,0	0,0
CCF053	4,0	0,0	0,0	***	***	0,0	0,0	0,0	0,0
CCF055	***	0,0	0,0	***	***	0,0	0,0	0,0	0,0
CCF102	***	100	0,0	***	0,0	***	***	0,0	0,0
EAS016	***	100	100	18,0	100	***	***	0,0	0,0
EAS027	303	50,0	50,0	8,5	100	0,0	0,0	0,0	0,0
EMP015	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0
EMP017	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0
EMP023	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0
EMP028	19,0	28,6	28,6	14,3	100	33,3	100	0,0	0,0
EMP029	8,0	0,0	100	5,0	***	***	0,0	0,0	0,0
EPS001	26,6	20,0	75,0	69,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
EPS002	69,5	4,8	75,0	74,4	0,0	31,6	20,0	8,7	5,1
EPS005	51,6	16,9	42,4	60,8	33,3	33,3	27,1	11,1	6,1
EPS008	17,4	0,0	55,6	66,9	***	66,7	38,9	12,5	3,8
EPS010	43,0	8,7	47,0	42,5	45,5	79,5	69,6	25,0	10,5
EPS012	***	0,0	***	***	***	100	25,0	0,0	0,0
EPS016	37,3	9,4	34,2	56,3	12,5	19,4	21,6	24,3	10,3
EPS017	22,0	4,8	6,3	64,2	0,0	0,0	8,6	25,9	26,6
EPS018	15,5	21,4	57,1	44,2	0,0	22,2	15,0	72,1	46,3
EPS022	233,5	0,0	0,0	***	***	0,0	22,2	0,0	0,0
EPS023	36,0	0,0	40,0	57,2	***	33,3	27,3	0,0	2,1
EPS025	***	33,3	0,0	***	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0
EPS033	***	***	***	***	***	***	100	***	0,0
EPS037	49,3	9,8	45,7	49,6	26,7	41,7	42,2	4,4	2,4
EPS044	46,1	7,1	51,2	61,6	0,0	50,0	32,0	12,3	4,6
EPS045	11,0	16,7	80,0	49,7	0,0	0,0	0,0	8,3	10,0
EPSI01	***	0,0	50,0	40,0	***	0,0	0,0	50,0	50,0
EPSI03	***	***	***	***	***	***	0,0	***	0,0
EPSI04	32,0	0,0	0,0	***	***	***	0,0	50,0	33,3
EPSI05	***	***	***	***	***	***	0,0	***	0,0

Tabla 8.10. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de pulmón por EAPB (continuación)

Indicadores	1.	4.	5.	7.	8.	9.1.	9.2.	10.1.	10.2.
	< 30 días	> 15%	> 90%	< 30 días	> 20%	> 90%	> 90%		
EAPB	30 a 59 días	> 9 - ≤ 15%	> 70-90%	30 - 59 días	> 9 -20%	> 70-90%	> 70-90%	Por definir	Por definir
	≥ 60 días	≤ 9 %	≤ 70%	≥ 60 días	≤ 9 %	≤ 70%	≤ 70%		
EPSI06	34,0	***	0,0	***	***	***	***	0,0	0,0
EPSS33	32,5	22,2	27,3	57,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6
EPSS34	90,8	30,0	15,0	83,0	0,0	27,3	24,1	6,3	3,1
EPSS40	45,6	5,7	31,7	28,0	50,0	30,6	30,6	25,0	10,4
EPSS41	46,3	0,0	36,4	60,6	***	29,4	31,8	11,1	10,3
ESS002	***	***	***	***	***	***	0,0	***	0,0
ESS024	73,7	14,7	39,4	59,2	0,0	18,2	19,0	63,8	55,7
ESS062	62,7	23,5	42,4	49,9	0,0	25,0	17,1	2,6	1,0
ESS076	13,9	0,0	71,4	41,6	***	14,3	12,5	9,1	3,2
ESS091	12,7	0,0	100	71,5	***	0,0	25,0	0,0	0,0
ESS118	32,9	5,6	50,0	42,4	0,0	20,0	14,3	26,1	12,0
ESS133	24,2	0,0	66,7	37,5	***	33,3	11,1	16,7	3,0
ESS207	44,5	24,1	55,2	73,6	28,6	21,4	12,5	5,9	6,0
RES001	80,0	***	***	***	***	***	50,0	0,0	6,7
RES002	55,3	0,0	0,0	0,0	***	0,0	0,0	0,0	0,0
RES003	5,0	0,0	25,0	7,0	***	0,0	33,3	0,0	0,0
RES004	26,3	20,0	25,0	25,8	0,0	25,0	9,1	13,3	18,4
RES006	3,0	0,0	0,0	41,0	***	100	100	100,0	100,0
RES007	15,0	0,0	0,0	***	***	***	0,0	0,0	33,3
RES008	35,5	100	50,0	40,5	50,0	***	***	0,0	0,0
RES011	***	***	***	***	***	***	***	***	100,0
REUE04	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0
Total	**47,0**	**11,4**	**42,8**	**51,0**	**22,5**	**35,3**	**32,4**	**18,2**	**9,8**

8.7 Tablas complementarias

Tabla 8.11. Edad promedio de las personas con cáncer de pulmón

Frecuencia (n)	Media	Desviación Estándar	IC (95%)
3.992	66,5	12,8	[66,1-66,9]

Tabla 8.12. Distribución de los casos de cáncer de pulmón según el sexo y el grupo etario

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
20 años o menos	9	21	30
20 a 24 años	4	4	8
25 a 29 años	7	12	19
30 a 34 años	12	17	29
35 a 39 años	27	16	43
40 a 44 años	43	33	76
45 a 49 años	70	49	119
50 a 54 años	135	116	251
55 a 59 años	234	177	411
60 a 64 años	287	286	573
64 a 69 años	325	368	693
70 a 74 años	320	356	676
75 a 79 años	254	272	526
80 años y más	270	268	538
Total	**1.997**	**1.995**	**3.992**

Tabla 8.13. Prevalencia, PCNR y moralidad del cáncer de pulmón invasivo según el departamento

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Amazonas	1,3	4,2	0	0	0	0
Antioquia	17,1	16,3	5,7	5,4	6,2	5,9
Arauca	2,2	3,2	0,7	1,1	0,7	1
Atlántico	4,3	4,5	0,8	0,8	1	1
Bogotá, D.C.	9,5	9,1	2,5	2,3	2,4	2,3
Bolívar	6,4	6,9	2	2,1	1,8	1,9
Boyacá	2,3	2	0,9	0,8	0,3	0,3
Caldas	8,1	6,4	1,5	1,2	2	1,6
Caquetá	1,4	1,9	0,2	0,2	0,6	0,8
Casanare	3,8	5,4	1,6	2,8	1,6	2,6
Cauca	2,3	2,4	1	1	0,7	0,8
Cesar	5,3	6,8	2,4	3	2,2	2,8
Chocó	2,9	4,6	0,4	0,5	1,4	2,3
Córdoba	4,9	5,8	1,4	1,7	1,8	2,1

Tabla 8.13. Prevalencia, PCNR y moralidad del cáncer de pulmón invasivo según el departamento (continuación)

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Cundinamarca	3,5	3,5	1,1	1,1	1,2	1,2
Guainía	0	0	0	0	0	0
Guaviare	0,9	1,1	0,9	1,1	0	0
Huila	5,4	6	2,3	2,5	1,5	1,7
La Guajira	1,5	2,3	0,6	0,9	0,3	0,4
Magdalena	3	3,5	0,9	1,1	1,2	1,4
Meta	3,1	3,6	1,3	1,5	0,9	1,1
Nariño	3,9	4,1	1,2	1,3	1,1	1,2
Norte de Santander	7,9	8,4	2,2	2,3	2,4	2,6
Putumayo	0,3	0,4	0	0	0,3	0,4
Quindío	14,3	11,7	3,7	3	4,5	3,7
Risaralda	12,9	10,8	4,5	3,7	3,7	3,1
San Andrés	3,9	4,6	0	0	1,3	1,1
Santander	8,6	7,8	3,7	3,3	2,7	2,4
Sucre	4,5	4,8	1,3	1,4	1	1,1
Tolima	4,9	4,3	1,4	1,2	1,2	1
Valle del Cauca	10,7	9,7	3,6	3,2	4	3,6
Vaupés	0	0	0	0	0	0
Vichada	2,7	3,9	1,3	1,9	1,3	1,9
Total	**7,9**	**7,9**	**2,5**	**2,5**	**2,5**	**2,5**

Por 100.000 habitantes

Tabla 8.14 Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de pulmón invasivo por entidad

Entidad	Prevalenciacruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
CCF007	4,3	4,7	1,1	1,2	1,1	1,2
CCF015	4	4,7	2,1	2,4	1,9	2,3
CCF023	0,9	1,3	0,4	0,6	0	0
CCF024	4,7	4,8	2,3	2,3	1,6	1,6
CCF027	4,3	5	2,2	2,6	2,7	3,2
CCF033	1,7	1,5	0	0	0,8	0,8
CCF050	8,6	7,6	6	5,3	1,7	1,5
CCF053	8,4	7,4	3,8	3,2	2,3	1,9
CCF055	1,2	1,5	0,4	0,5	0,4	0,5
CCF102	1,8	2,7	0,6	0,6	1,2	2,2
EAS016	51,4	15,2	10,3	2,8	10,3	2,9
EAS027	34,5	5,5	4,9	1,1	4,9	0,7
EPS001	15,2	11,6	2,4	1,9	1,9	1,5
EPS002	3,7	5,5	0,9	1,2	1,2	1,8

Tabla 8.14 Prevalencia, PCNR y mortalidad del cáncer de pulmón invasivo por entidad (continuación)

Entidad	Prevalenciacruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
EPS005	15,8	16,5	5,1	5,3	4,2	4,4
EPS008	5,5	6,1	1,1	1,3	1,3	1,5
EPS010	16,4	22,9	5,3	7,5	5,3	7,7
EPS012	9,1	9,3	0,4	0,3	2,5	2,5
EPS016	14,9	16,1	4,4	4,8	4,9	5,3
EPS017	7,2	10,6	1,3	1,8	2	3,2
EPS018	14,8	19,6	6,6	9	5,3	7,5
EPS022	2,7	2	0,5	0,4	1,3	1
EPS023	11,9	17,3	4	5,1	3,8	5,1
EPS025	4,5	4,4	2,2	2,4	2,2	2,4
EPS033	2,5	3,6	0	0	1,3	1,6
EPS037	17,2	9	5,9	3,1	6,5	3,3
EPS044	7,2	8	1,6	1,8	1	1,1
EPS045	6,1	4,9	1,1	0,9	0,7	0,5
EPSI01	1	2	1	2	1	2
EPSI03	0,8	1,1	0	0	0,4	0,5
EPSI04	1,7	2,3	1,1	1,4	0	0
EPSI05	1,9	2,3	0	0	0,3	0,4
EPSI06	0	0	0	0	0	0
EPSS33	4,5	4,5	1,3	1,3	2,4	2,4
EPSS34	8,7	7,6	2,8	2,5	2,8	2,4
EPSS40	13,3	11,7	5,3	4,6	6,3	5,5
EPSS41	3,9	3,6	2,8	2,5	1,4	1,3
ESS002	3	3,2	0	0	0,4	0,5
ESS024	6,7	7,4	2,3	2,6	2,4	2,7
ESS062	5,6	5,7	2	2	2,3	2,4
ESS076	3,8	4,3	1,3	1,5	1,9	2,2
ESS091	4,7	3,8	1,3	1,1	1,7	1,3
ESS118	2,9	3	1,2	1,2	1,5	1,6
ESS133	2	2	0,3	0,4	0,7	0,7
ESS207	5,4	6,3	2,2	2,6	0,6	0,7
Total	**8,4**	**8,4**	**2,7**	**2,7**	**2,7**	**2,7**

Por 100.000 afiliados

Referencia bibliográficas

1. Schwartz AM, Rezaei MK. Diagnostic surgical pathology in lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest [En línea]. 2013;143(5 SUPPL):e251S–e262S. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1378/chest.12-2356
2. Travis WD, Brambilla E, Müller-Hermelink HK, Harris C. World Health Organization classification of tumours; tumours of lung, pleura, thymus and heart. World Heal Organ Classif tumours; tumours lung, pleura, thymus Hear. 2004;9–122.
3. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2016. 2016.
4. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en Colombia 2015. 2015.
5. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2017. Bogotá D.C.; 2017.
6. Stewart BW, Wild CP. World cancer report 2014. World Heal Organ [En línea]. 2014;1–632. Disponible en: http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014
7. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Instituto Nacional de Cancerología-ESE. Guía De Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer de pulmón. 2014.
8. SIGN. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of lung cancer. Edinburgh SIGN. 2014;SIGN publi(February):31.
9. Silvestri GA, Gonzalez A V., Jantz MA, Margolis ML, Gould MK, Tanoue LT, et al. Methods for staging non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143.
10. Rami-Porta R, Asamura H, Travis W, Rush V. Lung Cancer-Major Changes in the American Joint Committee on Cancer Eight Edition Cancer Staging Manual. A Cancer J Clin. 2017;67(April):139–55.
11. Mazzone PJ, Vachani A, Chang A, Detterbeck F, Cooke D, Howington J, et al. Quality Indicators for the Evaluation of Patients with Lung Cancer. Chest. 2014;146(3):659–69.
12. Howington JA, Blum MG, Chang AC, Balekian AA, Murthy SC. Treatment of stage I and II non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143(5 SUPPL):e278S–e313S.
13. Dela Cruz CS, Tanoue LT, Matthay RA. Lung cancer: epidemiology, etiology, and prevention. Clin Chest Med. 2011/11/08. 2011;32(4):605–44.
14. Howington JA, Blum MG, Chang AC, Balekian AA, Murthy SC. Treatment of stage I and II non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013/05/10. 2013;143.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Atributos de la Calidad en la Atención en Salud [En línea]. Boletín de prensa. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCIÓN-EN-SALUD.aspx
16. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer de pulmón en Colombia [En línea]. 2018. 1-98 p. Disponible en: http://www.cuentadealtocosto.org/index.php/publicaciones#cancer

Lista de tablas

Lista de figuras

9. MELANOMA
CIE10:C43; CIE-O-3:C44

9.1 Características generales de la población con melanoma

Se reportaron 3.994 personas con melanoma, de los cuales 3.245 (81,25%) fueron cáncer invasivo y 749 (18,75%) con carcinoma in situ; 538 fueron casos diagnosticados durante el periodo, de los cuales 412 (76,6%) fueron diagnósticos en estado invasivo y 126 restantes (23,4%) fueron in situ.

La prevalencia, la PCNR y la mortalidad se obtuvieron solo de los casos reportados como invasivos.

La prevalencia del melanoma invasivo en el país[1] fue de 6,6 por 100.000 habitantes y la PCNR de 0,8 por 100.000 habitantes. Para los regímenes contributivo y subsidiado la prevalencia se ubicó en 7,0 por 100.000 afiliados de la BDUA y, la PCNR fue de 0,9 por 100.000 afiliados de la BDUA.

El total de personas fallecidas con diagnóstico de melanoma fue de 269, de los cuales 235 fueron reportados con cáncer invasivo, con una mortalidad en el país de 0,5 por 100.000 habitantes.

9.1.1 Edad de las personas con melanoma

La edad promedio del total de las personas con melanoma en el registro fue de 62,6 años (DE ± 16,3) (tabla 9.7), por su parte, en los casos nuevos fue de 61,6 años (DE ± 16,0). La distribución de la edad sigue un patrón normal, con la presencia de casos a temprana edad que generan una cola a la izquierda (figuras 9.1 y 9.2).

Figura 9.1. Histograma de la edad y curva de mortalidad en melanoma

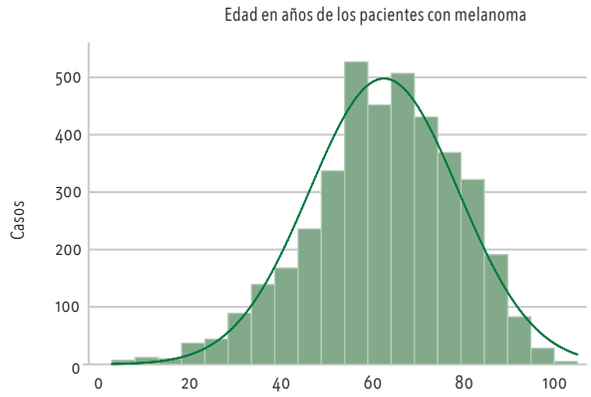
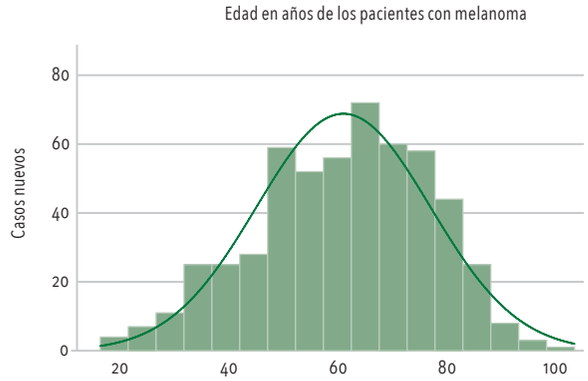


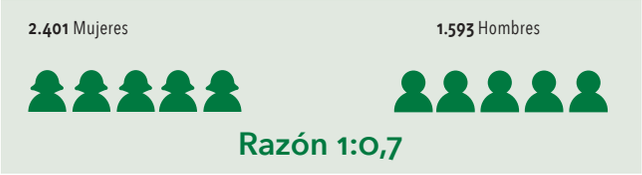
Figura 9.2. Histograma de la edad de las personas con melanoma (casos nuevos)



9.1.2 Grupos etarios en melanoma y distribución según el sexo

Se presentó un total de 2.401 mujeres y 1.303 hombres con melanoma. La razón mujer:hombre fue de 1,8:1, esto significa que por cada 100 mujeres hay 70 hombres afectados (figura 9.3). Del total de casos de melanoma invasivo, 1.948 fueron mujeres y 1297 hombres y del total de casos de melanoma in situ la distribución fue de 453 mujeres frente a 296 hombres.

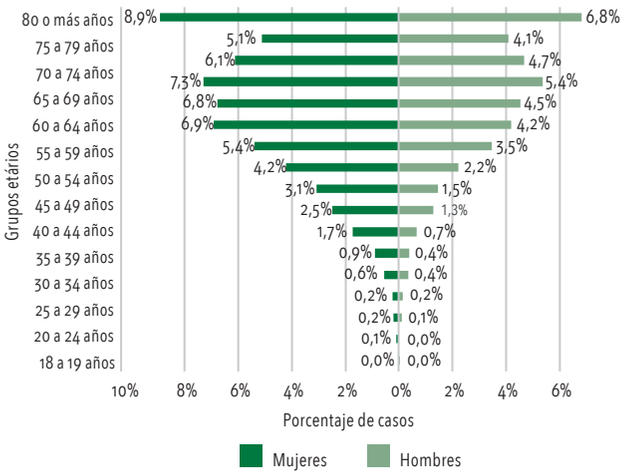
Figura 9.3. Distribución del melanoma según el sexo



En la distribución por grupos etarios en melanoma se encontró que el 91 % de los casos son personas mayores de 40 años, siendo los grupos de los 65 a los 69 años y el de mayores de 80 años los más afectados (tabla 9.8), al desagregar por el sexo se evidencia lo anterior tanto para hombres como para mujeres. En todos los grupos de edad las mujeres representan una mayor proporción frente a los hombres, incluyendo pacientes jóvenes (figura 9.4).

1 Datos país, observados en el SGSSS

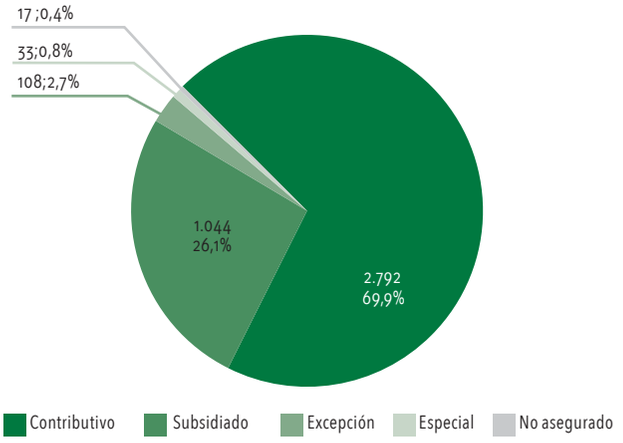
Figura 9.4. Distribución del melanoma según el grupo etario y el sexo



9.1.3 Distribución de las personas con melanoma por el régimen de afiliación

En la distribución del melanoma según el régimen de afiliación, se encontró una mayor concentración de la población en el régimen contributivo (69,9%), seguido del subsidiado (26,1%), con menor representación en el resto de los regímenes (4,0 %) (figura 9.5).

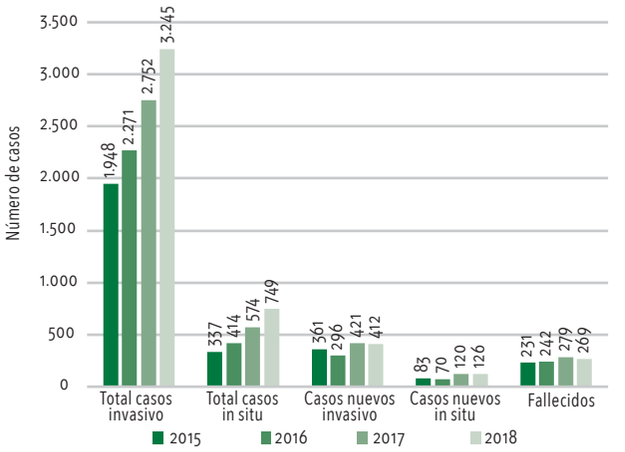
Figura 9.5. Proporción de los casos de melanoma según el régimen de afiliación



9.1.4 Comparativo del melanoma entre los años 2015-2018

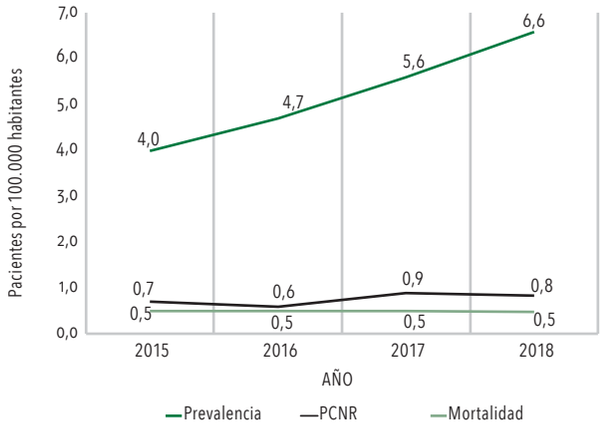
El registro de cáncer con la información auditada a lo largo de los cuatro periodos (2015 a 2018) ha mostrado un aumento progresivo en el reporte del total de los casos con diagnóstico de melanoma, tanto invasivo como in situ, sin embargo, en el último año el crecimiento fue menor comparado con periodos anteriores, siendo del 18% invasivos y del 31% in situ, frente a un crecimiento de 21% y del 39% respectivamente en el 2017. El número de casos nuevos fue ligeramente menor en el 2018, especialmente de los casos invasivos. Así mismo, el número de fallecidos también tuvo en decrecimiento del 4% entre los dos últimos periodos (figura 9.6).

Figura 9.6. Número de personas reportadas con melanoma, 2015-2018



Las medidas de morbilidad del melanoma invasivo reflejan lo anterior, con un aumento de la prevalencia, disminución en la PCNR y estabilidad en la mortalidad, lo cual puede deberse al comportamiento de la enfermedad en Colombia y Latinoamérica, donde la incidencia suele ser baja en comparación con países con prevalencia de población caucásica, así como por el hecho de que las tasas de mortalidad se han mantenido estables en los años debido a un diagnóstico temprano y a un pronóstico favorable (1), así como a las características propias del reporte (figura 9.7).

Figura 9.7. Medidas de frecuencia en melanoma, 2015-2018



*Excluye los casos reportados como in situ

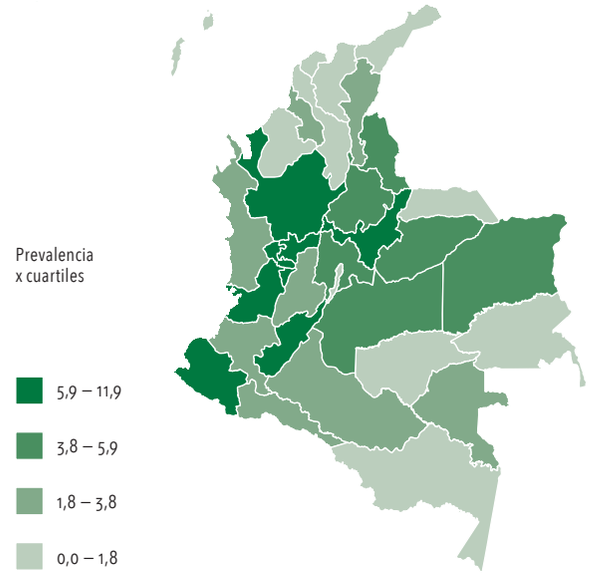
9.2 Prevalencia, PCNR y mortalidad en melanoma

9.2.1 Prevalencia del melanoma en Colombia

La prevalencia de melanoma invasivo en el país fue de 6,6 por 100.000 habitantes (tabla 9.9)[2]. La mayor prevalencia fue para los departamentos de Antioquia, Risaralda, Bogotá, D.C., Quindío, Caldas, Huila y Nariño con cifras de 11,9 a 6,7 por 100.000 habitantes, por arriba del resultado nacional (figura 9.8).

La menor prevalencia fue para los departamentos de La Guajira, Magdalena, Atlántico, Guaviare, Bolívar, Arauca, Córdoba y Amazonas con prevalencias de 0,5 a 1,8 por 100.000 habitantes. Guainía no notificó casos (figura 9.8).

Figura 9.8. Prevalencia ajustada de melanoma invasivo por departamento



9.2.2 Prevalencia del melanoma en la BDUA

El melanoma invasivo en los regímenes contributivo y subsidiado fue de 7,0 por 100.000 afiliados, siendo mayor en el contributivo (tabla 9.1). Las mayores prevalencias ajustadas se presentaron en las entidades EAS016 y EPS018

Tabla 9.1. Prevalencia ajustada del melanoma según el régimen de afiliación

Casos de melanoma BDUA	Casos régimen contributivo	Casos régimen subsidiado	Prevalencia ajustada régimen contributivo	Prevalencia ajustada régimen subsidiado	Prevalencia total c y s*
3.111	2.215	896	9,7	4,2	7

* c: contributivo, s: subsidiado

9.2.3 PCNR del melanoma en Colombia

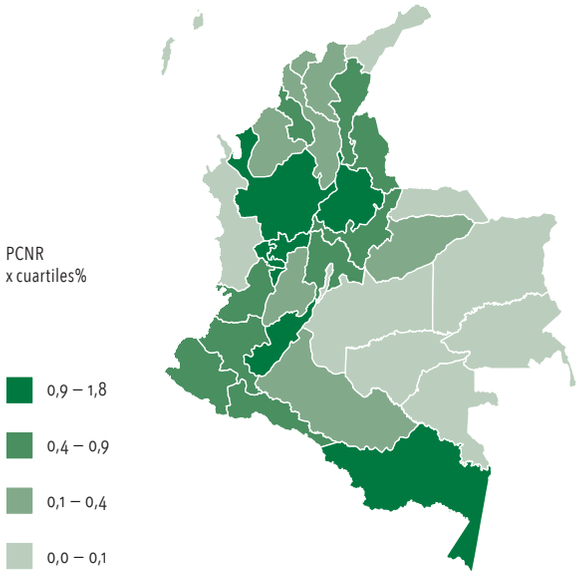
La PCNR de melanoma invasivo en el país se ubicó en 0,8 por 100.000 habitantes (tabla 9.9)[3].

Los departamentos con mayor PCNR fueron: Huila, Amazonas, Risaralda, Antioquia, Caldas, Quindío, Santander, Bogotá, D.C. y Norte de Santander con proporciones de 1,8 a 0,9 por 100.000 habitantes (figura 9.9). Los departamentos de Arauca, Chocó, Guainía, Guaviare, La Guajira, San Andrés, Vaupés y Vichada no notificaron casos nuevos con diagnóstico de melanoma invasivo (figura 9.9).

2 Datos país, observados en el SGSSS

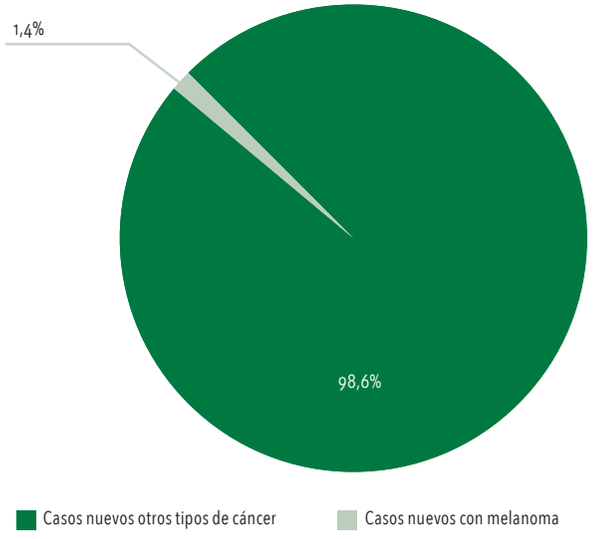
3 Datos país, observados en el SGSSS

Figura 9.9. PCNR ajustada de melanoma invasivo por departamento



De la distribución del total de los casos de cáncer en la población, los casos nuevos de melanoma representaron el 1,4 % de la población total de los CNR con cáncer en el periodo (figura 9.10).

Figura 9.10. Casos nuevos de melanoma respecto a los CNR de cáncer global



9.2.4 PCNR de melanoma en la BDUA

La PCNR del melanoma invasivo fue de 0,9 por 100.000 afiliados de la BDUA, siendo mayor en el régimen contributivo (tabla 9.2), las entidades con las mayores PCNR ajustadas fueron EPS018 y CCF053 (tabla 9.10).

Tabla 9.2. PCNR ajustada según el régimen de afiliación

Casos nuevos de melanoma BDUA	Casos régimen contributivo	Casos régimen subsidiado	PCNR ajustada régimen contributivo	PCNR ajustada régimen subsidiado	PCNR total c y s*
400	271	129	1,2	0,6	0,9

* c: contributivo, s: subsidiado

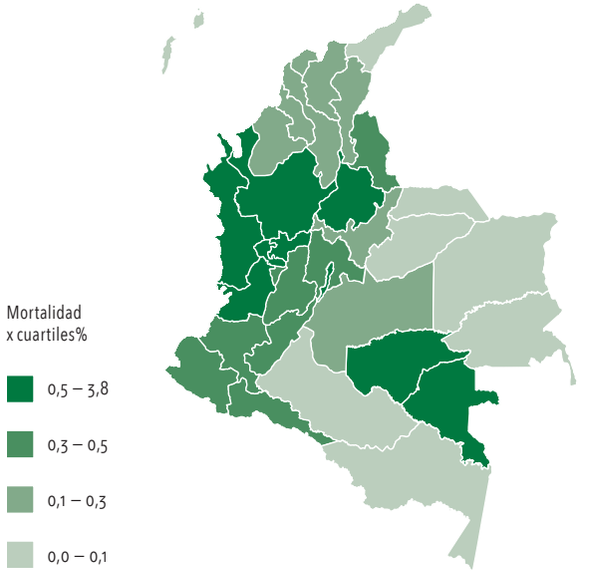
9.2.5 Mortalidad en melanoma en Colombia

La mortalidad en las personas con melanoma invasivo en el país se ubicó en 0,5 por 100.000 habitantes (tabla 9.9)[4].

Los departamentos con mayor mortalidad fueron Vaupés, Guaviare, Antioquia, Caldas, Risaralda, Santander, Chocó, Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Cundinamarca y Nariño con mortalidades de 3,8 a 1,4 por 100.000 habitantes (figura 9.11).

Los departamentos con menor mortalidad fueron Atlántico, Bolívar, Cesar y Meta con una mortalidad de 0,1 por 100.000 habitantes. Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Guainía, La Guajira, San Andrés y Vichada no reportaron casos de fallecimiento con la enfermedad (figura 9.11).

Figura 9.11. Mortalidad ajustada en melanoma por departamento



4 Datos país, observados en el SGSSS

9.2.6 Mortalidad en melanoma en la BDUA

La mortalidad según el régimen de afiliación se ubicó en 0,5 por 100.000 afiliados de la BDUA (tabla 9.3), las entidades con mayores mortalidades ajustadas fueron EAS016 y CCF053 (tabla 9.10).

Tabla 9.3. Mortalidad ajustada según el régimen de afiliación

Fallecidos con melanoma BDUA	Casos régimen contributivo	Casos régimen subsidiado	Mortalidad ajustada régimen contributivo	Mortalidad ajustada régimen subsidiado	Mortalidad total c y s*
235	132	103	0,6	0,5	0,5

* c: contributivo, s: subsidiado

9.3 Estadificación del melanoma

El melanoma se diagnóstica principalmente de forma clínica, pero es importante complementarlo con el diagnóstico histopatológico y el molecular de ser necesario. Esto da evidencia del estadio de la enfermedad y de esta forma se determinan el tratamiento y especialmente el pronóstico.

Cuando se hace la resección de una lesión cutánea sospechosa, se justifica un examen histológico. Las dificultades en el diagnóstico clínico del melanoma también se pueden encontrar en un nivel histológico, por lo cual, el análisis debe realizarlo un dermato-patólogo con experiencia en la interpretación de lesiones pigmentadas (2). El informe histopatológico debe incluir la siguiente información:

I) Diagnóstico y tipo clínico-patológico; cuando hay incertidumbre sobre la malignidad, debe indicarse claramente en la conclusión del informe, II) Grosor del tumor en mm (profundidad de Breslow), hace referencia a la descripción de cuán profundamente las células tumorales han invadido la piel, midiendo desde la capa granular de la epidermis hasta el punto más profundo de la invasión. Este es uno de los factores principales ya que predice el riesgo de metástasis y por ende del pronóstico de la enfermedad (2); III) Presencia o ausencia de ulceración; IV) Número de mitosis por mm2 (en puntos calientes) y el nivel de invasión tumoral de las capas de la piel (niveles de Clark), este último ha presentado ciertas modificaciones, y actualmente se considera útil solo para las lesiones no ulceradas de 1 mm o menos donde la tasa mitótica no está determinada (2,3); V. Microsatélites (si están presentes) y VI. Márgenes de escisión lateral y profunda.

Es así como, teniendo en cuenta estos parámetros, sumados al número de ganglios linfáticos regionales comprometidos, con distinción de macro y micrometástasis y a la presencia o no de metástasis, se definen los diferentes estadios del sistema de estadificación TNM (AJCC).

Existen otros factores importantes que pueden afectar igualmente el pronóstico y la supervivencia, entre ellos están la edad, el sexo y la localización de las lesiones, ya que, por lo general, los pacientes más jóvenes, las mujeres y aquellos con melanoma en sus extremidades tienen un pronóstico más alentador (4,5).

9.3.1 Estadificación TNM del melanoma

De los casos nuevos reportados se encontró que el 63% registran el estadio, con una importante mejoría con respecto al periodo anterior en el cual solo el 25% contaba con esta información Al diferenciar por el régimen, los regímenes especial y de excepción y los no asegurados presentaron pocos casos, en los regímenes contributivo y subsidiado, solo de aquellos que fueron estadificados, se obtuvo que la mayor proporción de casos se encontraba al diagnóstico en estadio IV, sin embargo las diferencias con otros estadios son pocas y se observó una distribución relativamente homogénea (figuras 9.12 y 9.13).

Figura 9.12. Estadificación TNM del melanoma según el régimen de afiliación en los CNR

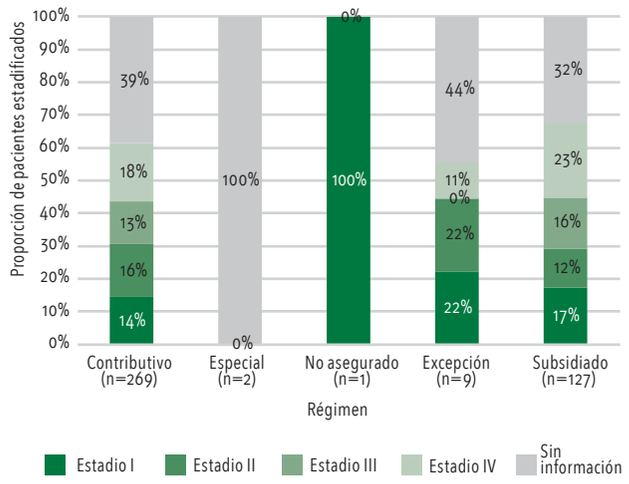
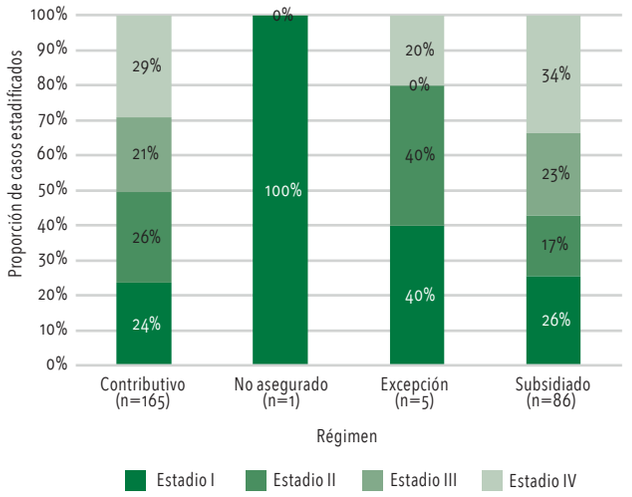


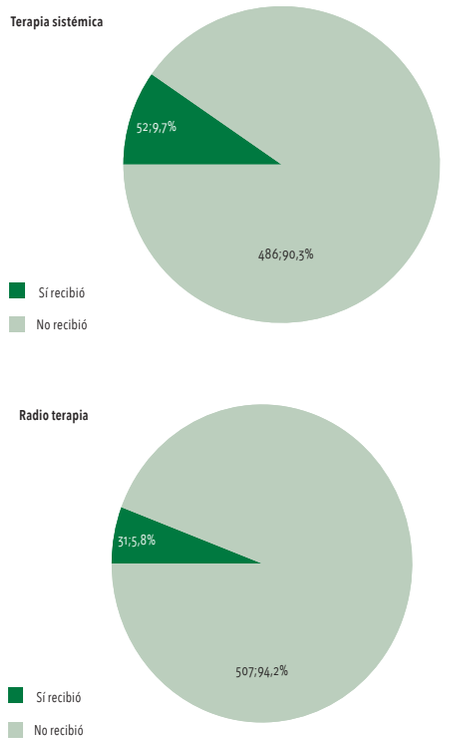
Figura 9.13 Estadificación TNM del melanoma según el régimen de afiliación en los CNR (excluye los no estadificados)

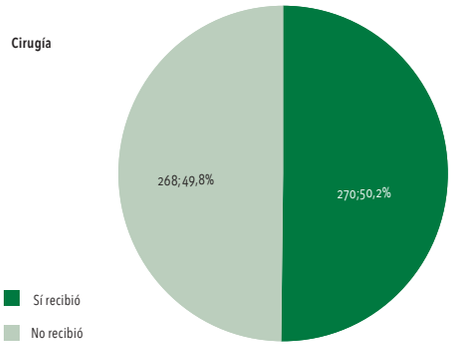


9.4 Terapia general en melanoma

En el tratamiento general observado en los 538 pacientes nuevos[5] con melanoma se encontró que:

Figura 9.14 Proporción de casos de acuerdo con el tipo de tratamiento recibido en el periodo





Los porcentajes de registros para los que no hay datos no corresponden a lo esperado, a pesar de que no se presentan los estadios, lo cual pueden dar diferencias en la terapia; ya que para este tipo de cáncer se esperan índices más altos de la realización de los diferentes tipos de terapia; se estima que lo anterior se puede deber a la falta de soportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC

9.4.1 Tratamiento del melanoma

El tratamiento del melanoma cutáneo primario es su extirpación quirúrgica local amplia. La radioterapia u otras terapéuticas (imiquimod, crioterapia, etc) como tratamiento del tumor primario quedan reservadas a aquellas indicaciones en que la cirugía no se puede realizar. La quimioterapia se destina principalmente para aquellas personas con melanoma que han hecho metástasis (6).

9.4.2 Medicamentos utilizados para el tratamiento del melanoma

Dentro de la terapia farmacológica, se encuentra la inmunoterapia encabezada por el interferón α y el ipilimumab, también está el uso de nivolumab, pembrolizumab e interleuquina-2, entre otros. Así mismo se está estudiando el uso de la terapia dirigida como inhibidores de BRAF, inhibidores MEK o inhibidores KIT. En cuanto a la quimioterapia se encuentra el uso de dacarbazina, temozolamida, paclitaxel y carboplatino (3,7).

9.4.2.1 Medicamentos observados en el reporte

Se estableció cuáles son los medicamentos más frecuentemente registrados en el tratamiento del melanoma para los casos nuevos, encontrando en primer lugar el interferón alfa, modulador de la respuesta biológica, seguido de un agente antineoplásico: la dacarbazina y en tercer lugar el paclitaxel, taxano (tabla 9.4).

5 Datos país, observados en el SGSSS

Tabla 9.4. Frecuencia del registro de los medicamentos utilizados en el tratamiento del melanoma

Medicamentos	CNR (n=538)
Interferón alfa	20
Dacarbazina	8
Paclitaxel	6
Carboplatino	6
Ipilimumab	5
pembrolizumab	5
Vemurafenib	4
Peginterferón alfa-2b	3
Nivolumab	3
Temozolamida	0

9.4.3 Radioterapia para el tratamiento del melanoma

El melanoma maligno ha sido históricamente considerado como un tumor radiorresistente, sin embargo, esta terapia se ha utilizado con éxito en el melanoma léntigo maligno y en el melanoma ocular, evitando la enucleación en muchos pacientes; así mismo, puede indicarse a aquellas personas que no son candidatos a una cirugía y como terapia paliativa (2,6).

En el registro, un total de 31 personas recibieron radioterapia como parte del manejo, de los cuales 22 tuvieron reporte de la técnica utilizada; la radioterapia externa sin descripción de la técnica utilizada fue la opción más reportada seguida de la conformacional 3D (tabla 9.5).

Tabla 9.5. Técnica de radioterapia utilizada en el tratamiento del melanoma

Técnica de radioterapia	Casos	Porcentaje (%)
Radioterapia externa sin descripción de la técnica en los soportes	9	40,90%
Conformacional 3D	7	31,80%
IMRT (radioterapia con intensidad modulada)	4	18,20%
VMAT (modulada voluntariamente)	1	4,50%
Otro (ejemplo braquiterapia, yodoterapia)	1	4,50%
Total	**22**	**100,00%**

De acuerdo con el reporte, de los 31 casos que recibieron radioterapia, 11 la recibieron de forma exclusiva, 7 en conjunto con terapia sistémica, 8 con cirugía y 5 pacientes recibieron las 3 terapias en el periodo.

9.5 Oportunidad de la atención en melanoma

El valor de la oportunidad fue generado a partir de obtener la diferencia entre un punto temporal ulterior menos el punto temporal antecedente, de ahí se obtuvieron las mediciones en días para establecer el tiempo, en cada grupo considerado para el análisis.

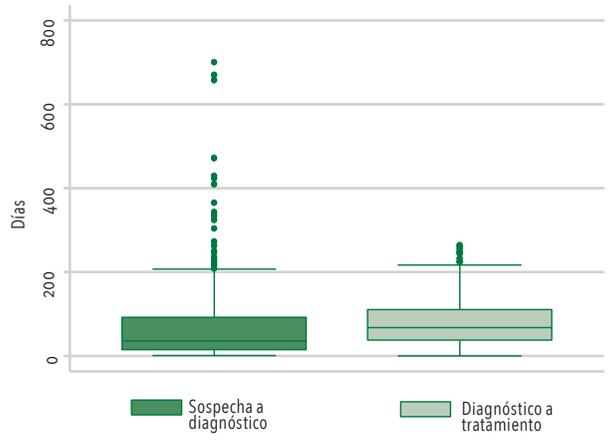
En cuanto a los casos nuevos, el 56,5% tuvo los datos para establecer el tiempo entre la sospecha y el diagnóstico y el 53,2% para establecer el tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento; se encontró para estos pacientes que entre la sospecha médica hasta el diagnóstico pasaron 36 días de mediana y 71 días de media. En cuanto al tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento la mediana fue de 68 días y la media de 78,5 días (tabla 9.6 y figura 9.15).

Tabla 9.6. Oportunidad de la atención en melanoma en los CNR

Tiempos de oportunidad	Observaciones	Mediana	RIQ	Media	IC (95%)
Sospecha a diagnóstico*	304	36	15-92	71	59,8-82,2
Diagnóstico a primer tratamiento	286	68	37-111	78,5	71,6-85,5

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que ataña el diagnóstico, y por todo método diagnóstico empleado. RIQ: rango intercuartil, IC: intervalo de confianza

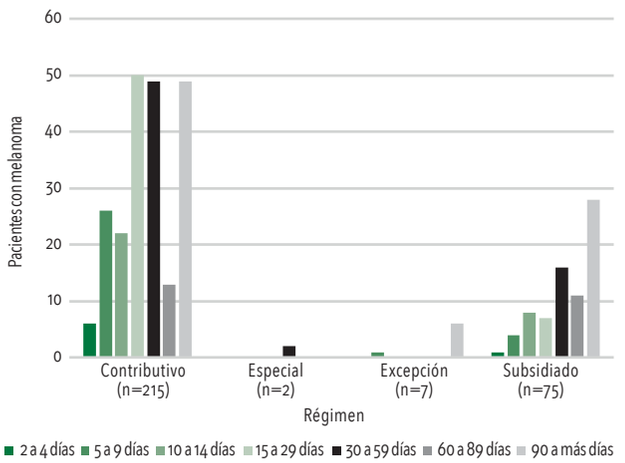
Figura 9.15. Cajas y bigotes del tiempo de oportunidad en los CNR



9.5.1 Oportunidad entre la sospecha médica y el diagnóstico oncológico

Para el rango temporal desde la sospecha médica hasta el diagnóstico en los casos nuevos, en el régimen contributivo se encontró que el principal rango temporal comprende de los 15 a los 29 días mientras que en el régimen subsidiado fue el rango de 90 días o más. Los demás regímenes reportan pocos casos (figura 9.16).

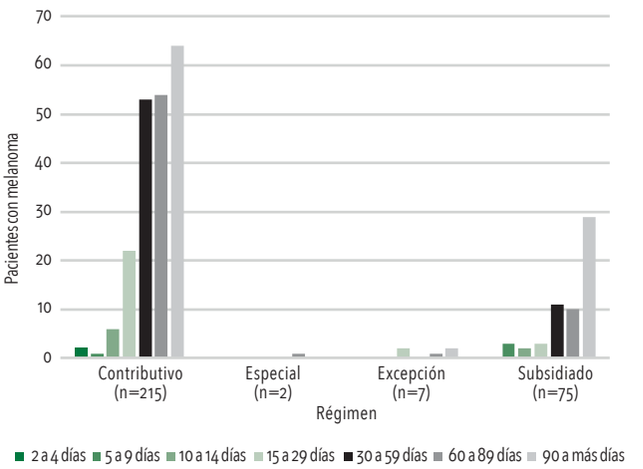
Figura 9.16. Oportunidad entre la sospecha médica y el diagnóstico en melanoma



9.5.2 Oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el primer tratamiento

Para el rango temporal del diagnóstico al primer tratamiento en los casos nuevos, en los regímenes contributivo y subsidiado, el principal rango de tiempo es el de 90 días o más de espera. Los demás regímenes reportan pocos casos (figura 9.17).

Figura 9.17. Oportunidad entre el diagnóstico y el primer tratamiento en melanoma



9.6 Tablas complementarias

Tabla 9.7. Edad promedio de la población con melanoma

Frecuencia (n)	Media	Desviación estándar	IC (95%)
3.994	62,6	16,3	[62,1-63,1]

Tabla 9.8. Casos de melanoma según el grupo etario y el sexo

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
0 a 4 años	0	1	1
5 a 9 años	4	3	7
10 a 14 años	8	4	12
15 a 19 años	9	6	15
20 a 24 años	22	14	36
25 a 29 años	36	15	51
30 a 34 años	69	27	96
35 a 39 años	100	52	152
40 a 44 años	123	58	181
45 a 49 años	169	88	257
50 a 54 años	216	138	354
55 a 59 años	276	168	444
60 a 64 años	271	181	452
65 a 69 años	292	215	507
70 a 74 años	244	187	431
75 a 79 años	205	164	369
80 años o más	357	272	629
Total	**2.401**	**1.593**	**3.994**

Tabla 9.9. Prevalencia, PCNR y mortalidad del melanoma invasivo por departamento

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Amazonas	1,3	1,8	1,3	1,8	0	0
Antioquia	12,5	11,9	1,5	1,5	1	1
Arauca	1,1	1,5	0	0	0	0
Atlántico	1,3	1,4	0,2	0,2	0,1	0,1
Bogotá, D.C.	10,1	9,6	1,1	1	0,6	0,6
Bolívar	1,4	1,5	0,3	0,3	0,1	0,1
Boyacá	6,9	5,9	0,6	0,5	0,3	0,2
Caldas	10,4	8,9	1,3	1,1	0,9	0,7
Caquetá	1,4	1,9	0,2	0,2	0	0
Casanare	3	4,1	0,3	0,4	0	0
Cauca	3,5	3,6	0,6	0,6	0,3	0,3
Cesar	1,5	1,9	0,5	0,6	0,1	0,1
Chocó	1,2	2	0	0	0,4	0,7
Córdoba	1,5	1,7	0,2	0,2	0,2	0,2
Cundinamarca	5,6	5,7	0,8	0,8	0,5	0,5
Guainía	0	0	0	0	0	0
Guaviare	0,9	1,4	0	0	0,9	1,4
Huila	7	7,8	1,6	1,8	0,3	0,4
La Guajira	0,3	0,5	0	0	0	0
Magdalena	1,2	1,3	0,2	0,2	0,2	0,2
Meta	3,7	4,3	0,1	0,1	0,1	0,1
Nariño	6,7	6,9	0,7	0,8	0,5	0,5
Norte de Santander	4,2	4,5	0,9	0,9	0,4	0,4
Putumayo	2,5	3,3	0,3	0,4	0,3	0,4
Quindío	10,8	9,3	1,2	1,1	0,3	0,3
Risaralda	13,3	11,6	2,1	1,8	0,8	0,7
San Andrés	5,1	5,5	0	0	0	0
Santander	6,1	5,6	1,2	1,1	0,8	0,7
Sucre	3	3,1	0,6	0,6	0,2	0,2
Tolima	4,1	3,7	0,4	0,3	0,4	0,3
Valle del Cauca	7,2	6,5	0,9	0,8	0,6	0,5
Vaupés	2,2	3,8	0	0	2,2	3,8
Vichada	2,7	3,9	0	0	0	0
Total	**6,6**	**6,6**	**0,8**	**0,8**	**0,5**	**0,5**

Por 100.000 habitantes

Tabla 9.10. Prevalencia, PCNR y mortalidad del melanoma invasivo por entidad

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
CCF007	0,5	0,6	0	0	0	0
CCF015	1,1	1,3	0,2	0,2	0,2	0,2
CCF023	0	0	0	0	0	0
CCF024	10	9,9	1,8	1,8	0,7	0,6
CCF027	7,1	7,3	1,1	1,2	1,1	1,1
CCF033	2,5	1,9	0	0	0	0
CCF050	3,4	3,2	1,7	1,6	0	0
CCF053	9,1	9,1	2,3	2,5	2,3	2
CCF055	0,5	0,6	0	0	0	0
CCF102	0,6	1	0	0	0,6	1
EAS016	72	91,1	0	0	10,3	7,3
EAS027	14,8	2	2,5	0,3	2,5	0,4
EPS001	9,5	7,3	0	0	0	0
EPS002	1,5	2	0,2	0,2	0,1	0,1
EPS005	11,6	11,7	1,7	1,7	0,5	0,5
EPS008	6,1	6,6	0,4	0,4	0,4	0,4
EPS010	12,4	14,4	1,8	2,1	0,8	1
EPS012	11,2	11	0,4	0,4	1,7	2
EPS016	11,5	11,8	1,2	1,2	0,9	1
EPS017	10,7	14,8	1,6	2,1	0,6	1,1
EPS018	13	15,8	2,3	3,1	0,3	0,3
EPS022	7	5,1	0,5	0,4	0,5	0,3
EPS023	10,5	13,6	1,6	2,3	0,4	0,4
EPS025	3,4	3,5	0	0	0	0
EPS033	5,1	4,6	0	0	0	0
EPS037	13,6	7,8	1,5	0,9	1,1	0,6
EPS044	7,9	8,6	0,7	0,8	0,2	0,2
EPS045	1,6	1,3	0,1	0,1	0	0
EPSI01	1	1,5	0	0	0	0
EPSI03	1,3	1,7	0	0	0	0
EPSI04	0,6	0,7	0	0	0	0
EPSI05	5,5	6,2	0	0	0,3	0,3
EPSI06	4,9	6,2	0	0	1,2	1,3
EPSS33	3,2	3,3	0,7	0,7	0,8	0,7
EPSS34	9,3	8,3	0,8	0,7	0,9	0,8
EPSS40	11,8	10,7	1,5	1,4	1,1	1
EPSS41	2,1	2	0,5	0,5	0,6	0,6
ESS002	2,8	3,1	0	0	0,4	0,5
ESS024	3	3,3	0,7	0,8	0,7	0,8
ESS062	4,6	4,8	1,1	1,2	0,4	0,4
ESS076	2,1	2,4	0,1	0,1	0,4	0,4
ESS091	8,7	7	0,3	0,3	1,3	1

Tabla 9.10. Prevalencia, PCNR y mortalidad del melanoma invasivo por entidad (continuación)

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
ESS118	3,2	3,2	0,5	0,5	0,4	0,4
ESS133	1,9	1,9	0,1	0,1	0,2	0,2
ESS207	2,1	2,5	0,6	0,7	0,1	0,1
Total	**7**	**7**	**0,9**	**0,9**	**0,5**	**0,5**

Por 100.000 afiliados

Referencias bibliográficas

1. Stewart BW, Wild CP. World cancer report 2014. World Heal Organ [Internet]. 2014;1–632. Disponible en: http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014
2. Garbe C, Peris K, Hauschild A, Saiag P, Middleton M, Bastholt L, et al. Diagnosis and treatment of melanoma. European consensus-based interdisciplinary guideline - Update 2016. Eur J Cancer [Internet]. 2016;63:201–17. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2016.05.005
3. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Melanoma. 2017;1:1–162.
4. Dickson P V., Gershenwald JE. Staging and prognosis of cutaneous melanoma. Surg Oncol Clin N Am [Internet]. 2011;20(1):1–17. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.soc.2010.09.007
5. Murali R, Desilva C, Thompson JF, Scolyer RA. Factors predicting recurrence and survival in sentinel lymph node-positive melanoma patients. Ann Surg. 2011/03/18. 2011;253(6):1155–64.
6. Mangas C, Paradelo C, Puig S, Gallardo F, Marcoval J, Azon A, et al. Initial evaluation, diagnosis, staging, treatment, and follow-up of patients with primary cutaneous malignant melanoma. Consensus statement of the network of Catalan and Balearic Melanoma Centers. 2010;101(2):129–42.
7. Cancer.net. Melanoma: Treatment Options [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.cancer.net/cancer-types/melanoma/treatment-options

Lista de tablas

Lista de figuras

NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS

PARTE III

10. LINFOMA NO HODGKIN (LNH) EN POBLACIÓN ADULTA CIE10: C83-C85, C96; CIE-O-3: C42 C77.

En términos de frecuencia, el LNH ocupó el quinto lugar entre los 11 tipos tumorales priorizados[1] y el primero entre las neoplasias de naturaleza hematológica.

Los análisis presentados a continuación se llevaron a cabo entre los mayores de 18 años; el LNH en niños será objeto de análisis en la publicación orientada a describir la situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia.

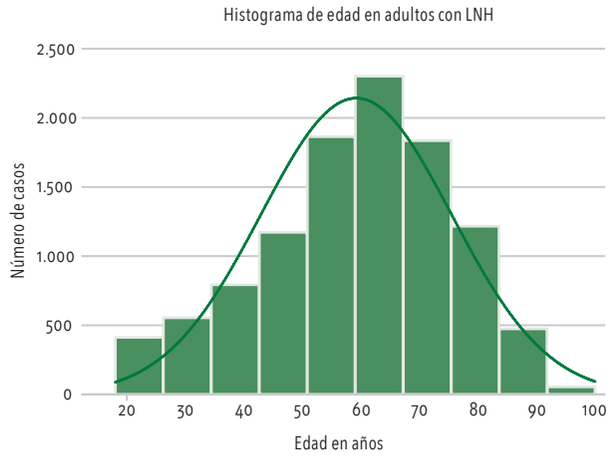
10.1 Características generales de la población adulta con LNH

Con base en la información reportada, para el 2018 el registro de LNH en la población adulta ascendió en total a 10.675 casos válidos, de los cuales 1.378 corresponden a casos nuevos (diagnosticados durante el periodo) y 734 a personas fallecidas también durante el mismo lapso de tiempo.

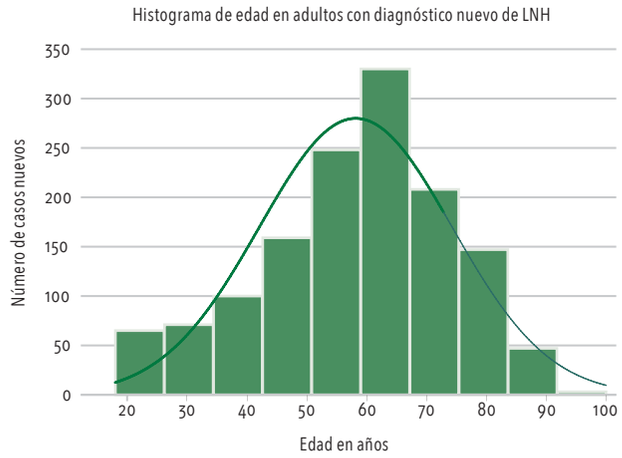
10.1.1 Edad de las personas con LNH

Los pacientes adultos con LNH presentan en promedio una edad de 59,1 años a la fecha de corte[2], los casos nuevos tienen una edad media de 58,1 años (tabla 10.11). Tal como se muestra en los dos histogramas de frecuencia, existe una distribución aproximadamente normal y la mayor cantidad de casos se concentran entre los 50 y los 70 años y (figura 10.1).

Figura 10.1. Histograma de la edad y curva de normalidad en los pacientes adultos* con LNH a la fecha de corte del periodo.



*Población mayor de 18 años



*Población mayor de 18 años

10.1.2 Sexo de las personas con LNH

Del total de los casos con LNH, 5.461 corresponden a la población femenina y 5.214 a a los hombres, con una razón de ocurrencia (mujer: hombre) de 1,04:1 (figura 10.2).

Figura 10.2. Razón de ocurrencia del LNH según el sexo

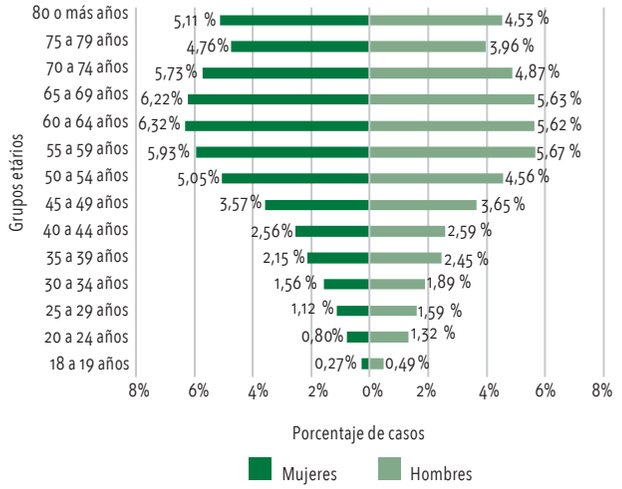
10.1.3 Distribución de los casos de LNH según el grupo etario y el sexo

En general se observa una leve superioridad en las mujeres, respecto al número de casos de LNH reportados en los hombres a la fecha de corte del periodo 2018 (en total 51,2% vs. 48,8%) (figura 10.3). La diferencia en la proporción de casos entre ambos géneros se destaca en especial en la población mayor de 50 años, donde las mujeres presentan una mayor participación porcentual. El 91% de los casos se concentran después de los 35 años, sin embargo, los rangos de 55 a 59, 60 a 64 y 65 a 69 años son los grupos que reúnen los mayores porcentajes de casos respecto a los demás grupos etarios, cada uno con más del 11%.

1 Tipos de cáncer priorizados

2 1 de enero de 2018

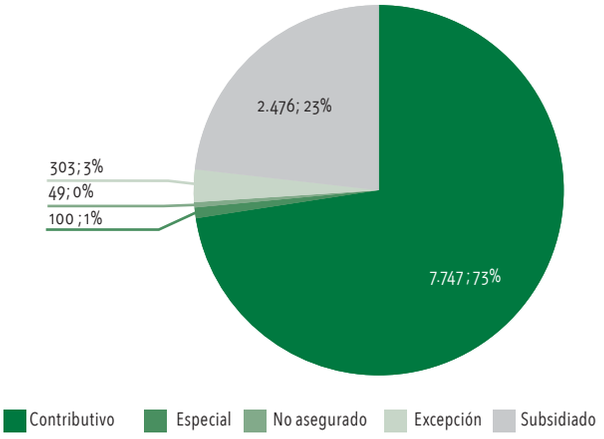
Figura 10.3. Distribución de los casos de LNH según el sexo y el grupo etario



10.1.4 Distribución de las personas con LNH según el régimen de afiliación.

El régimen de afiliación que concentra la mayor cantidad de casos de individuaos adultos con LNH es el contributivo, con el 73% de los casos, seguido del subsidiado con el 23%; el 4% restante se distribuye entre los regímenes de excepción, especial y la población no asegurada. (figura 10.4).

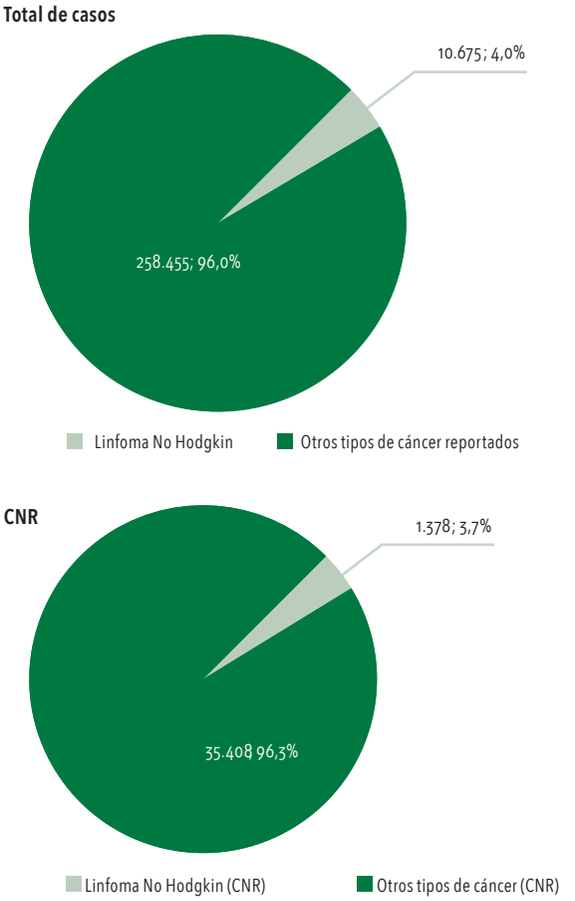
Figura 10.4. Proporción de casos de LNH en la población adulta según el régimen de afiliación



10.1.5 Representación del LNH sobre el total de casos de cáncer reportados

El LNH en población mayor de 18 años, representó el 4% del registro total de cáncer y el 3,7% del total de los casos nuevos (CNR) de cáncer diagnosticados durante el periodo de análisis (figura 10.5).

Figura 10.5. Porcentaje de casos prevalentes y casos nuevos reportados de LNH en la población adulta



10.1.6 Número de personas reportadas con LNH, 2015 - 2018).

Tal como se puede ver en la figura 10.6, el registro de LNH en la población adulta muestra un aumento progresivo en el reporte, con un incremento del 65% respecto al 2015, mientras que los casos nuevos y los fallecidos incrementaron en un 52% y 28% respectivamente respecto al mismo año de referencia (tabla 10.6).

Figura 10.6. Evolución del registro de LNH en la población adulta

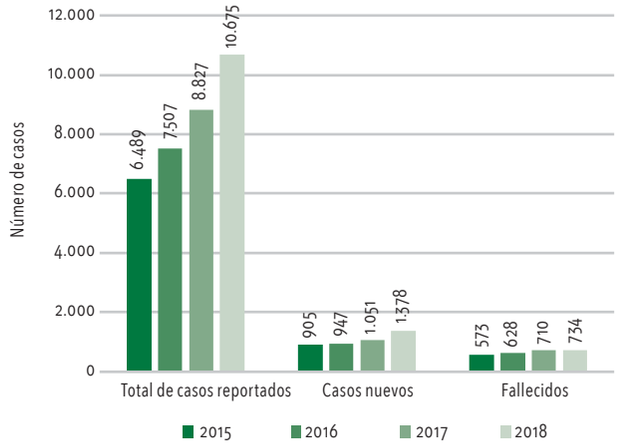
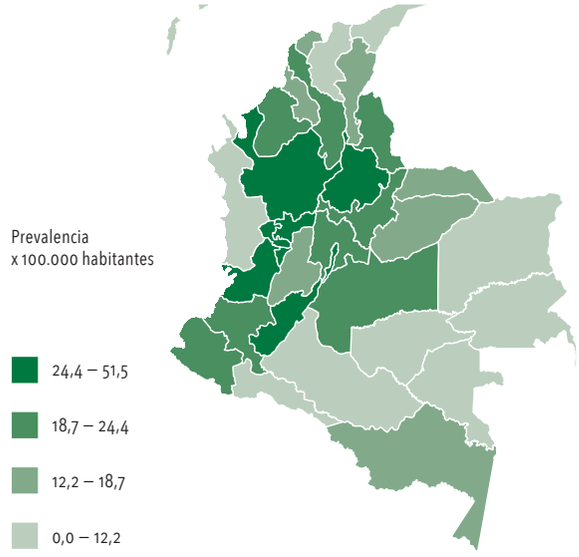


Figura 10.7. Prevalencia del LNH en Colombia



10.2 Prevalencia, PCNR y mortalidad del LNH en la población adulta

10.2.1 Prevalencia del LNH en Colombia

La prevalencia del LNH en el país para el periodo de análisis se calculó en 31,5 casos por cada 100.000 habitantes adultos (tabla 10.13).

Los departamentos con mayor prevalencia de LNH fueron: Caldas, Huila, Santander, Valle del Cauca, Quindío, Risaralda, Antioquia y Bogotá D.C. con cifras entre 24,4 y 51,5 casos por cada 100.000 habitantes adultos, mientras que, los departamentos que mostraron la menor prevalencia: Magdalena, Putumayo, Caquetá, Chocó, Guainía, La Guajira, Guaviare y Vichada con máximo 12,2 casos por cada 100.000 habitantes adultos y el único que no reportó casos fue Vaupés. (figura 10.7)

10.2.2 Prevalencia del LNH en la BDUA

El cálculo de la prevalencia del LNH en la población afiliada fue de 32,1 afectados por cada 100.000 afiliados de 18 años o más (tabla 10,1). Los aseguradores con mayores prevalencias fueron EPS001, EPS018, EPS023, EPS005, EPS017, EPS010, EAS016, EPS016 y EPS012 con valores por encima de los 50 casos por 100.000 afiliados adultos (tabla 10.9). Las entidades con menores estimaciones fueron ESS076, EPS045, EPSS41, EPSI04, EPSI06, CCF023, CCF055 y CCF102 con valores por debajo de los 10 casos por cada 100.000 afiliados adultos (tabla 10.14).

Tabla 10.1 Prevalencia del LNH según régimen

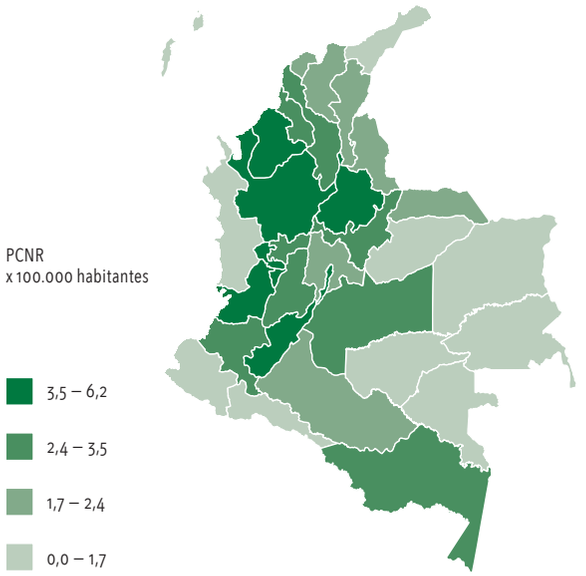
Regimen	Casos	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada
Contributivo	7747	45,1	46,7
Subsididado	2476	16,8	16,5
Total	**10223**	**32,1**	**32,1**

10.2.3 PCNR del LNH en Colombia

La PCNR del LNH a nivel nacional fue de 4,1 casos nuevos por cada 100.000 habitantes (tabla 10.13). Los departamentos con mayor PCNR fueron: Bogotá, D.C., Huila, Antioquia, Santander, Risaralda, San Andrés, Valle del Cauca y Quindío, con proporciones entre 6,2 y 3,5 casos por 100.000 habitantes adultos. Nariño, Casanare, La Guajira, Putumayo, Chocó mostraron las menores tasas (por debajo de 1,7 casos por cada

100.000 habitantes adultos). Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada no reportaron casos nuevos de LNH para el periodo (figura 10.8).

Figura 10.8. PCNR de LNH en Colombia



10.2.4 PCNR del LNH en la BDUA

La PCNR de LNH a nivel de aseguramiento fue de 4,2 casos nuevos por cada 100.000 adultos afiliados al SGSSS (tabla 10.2).Las entidades aseguradoras con mayor PCNR fueron: EPS018, EAS016, EPS005, EPS017, EPS023 y EPS010 con estimaciones por encima de los 8.0 casos nuevos por cada 100.000 adultos afiliados, mientras que las aseguradoras EPS025, CCF023, ESS133 y EPS002 mostraron una PCNR inferior a 1 caso por cada 100.000 afiliados de 18 años o más. La CCF007, CCF055, CCF102, EPS033, EPSI03, EPSI05, EPSI06 y la ESS002 no reportaron casos nuevos de LNH para el periodo de reporte (tabla 10.14).

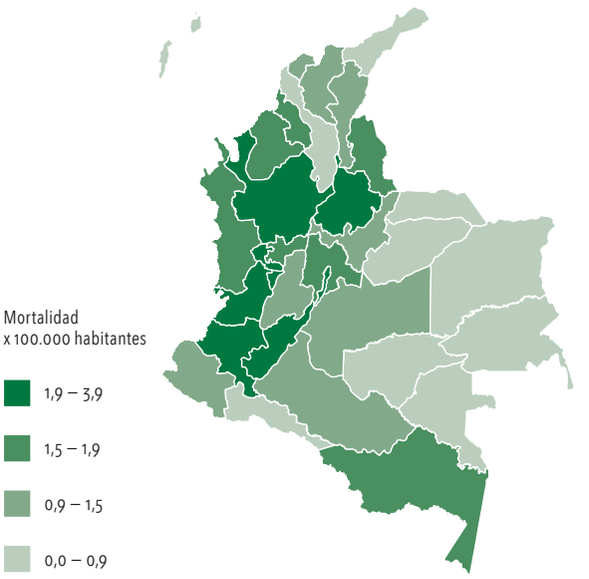
Tabla 10.2 PCNR del LNH según régimen

Régimen	Casos	PCNR Cruda	PCNR Ajustada
Contributivo	994	5,8	6,0
Subsididado	356	2,4	2,4
Total	**1350**	**4,2**	**4,2**

10.2.5 Mortalidad en las personas con LNH en Colombia

La mortalidad para LNH en el país fue de 2,2 por 100.000 habitantes adultos (tabla 10.13). los departamentos con la mayor mortalidad en los individuos adultos con LNH fueron: Huila, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá, D.C., Quindío, Antioquia, Cauca, Santander, San Andrés y Caldas, con estimaciones de 3,9 a 1,9 por 100.000 habitantes de 18 años o más, mientras que los departamentos con menor mortalidad corresponden a La Guajira, Casanare, Bolívar y Putumayo con cifras por debajo de 0,9 casos por 100.000 habitantes adultos. Arauca, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada no reportaron casos de mortalidad por LNH para el periodo en evaluación (figura 10.9).

Figura 10.9. Mortalidad en las personas con LNH en Colombia



10.2.5.1 Mortalidad en LNH en la BDUA

La mortalidad en la población afiliada al sistema de salud fue de 2,2 por 100.000 afiliados de 18 años o más (tabla 10.3). La aseguradora con mayor estimación para mortalidad las personas con LNH fue EAS016, con 7,3 casos por cada 100.000 afiliados adultos (tabla 10.14). Las entidades que obtuvieron las menores estimaciones fueron EPS001, EPS045 y EPSI03 con menos de 0.5 casos por cada 100.000 adultos afiliados. CCF007, CCF023, CCF055, CCF102, EPSI01 y EPSI06 no reportaron casos de personas con LNH fallecidos durante el periodo.

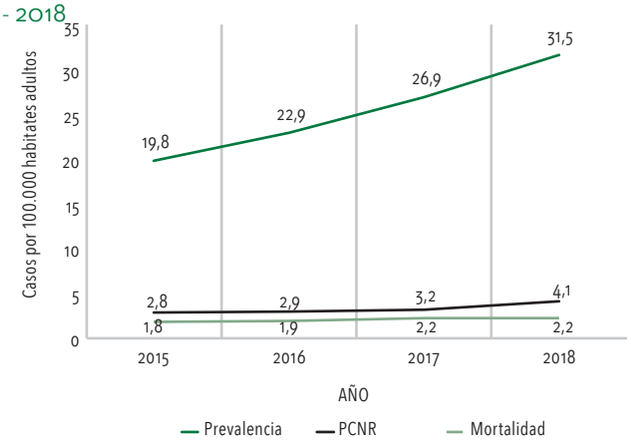
Tabla 10.3 Mortalidad del LNH según régimen

Regimen	Casos	Mortalidad Cruda	Mortalidad Ajustada
Contributivo	468,0	2,7	2,9
Subsididado	246,0	1,7	1,6
Total	**714,0**	**2,2**	**2,2**

10.2.6 Medidas de frecuencia del LNH 2015-2018 a partir de los datos reportados por las EAPB

Así como se evidencia un aumento progresivo en el reporte de casos a lo largo de los periodos de análisis, también los indicadores de morbimortalidad muestran un crecimiento continuo, siendo mucho más evidente en la prevalencia de los casos, aunque también es posible ver un leve incremento en la PCNR y en la mortalidad que pasaron de 2,8 y 1,8 casos por cada 100.000 habitantes mayores de edad en el año 2015 a 4,1 y 2,2 casos por cada por cada 100.000 habitantes en el 2018 respectivamente (figura 10.10).

Figura 10.10. Prevalencia, PCR y mortalidad de LNH, 2015 - 2018



10.3 Estadificación del LNH en la población adulta

La estadificación del LNH se lleva a cabo mediante el sistema ANN-ARBOR con las modificaciones de la reunión de Cotswolds, diseñado inicialmente para la enfermedad de Hodgkin, pero de uso universal en LNH (tabla 10.3)(10).

Dicho sistema ha tenido modificaciones debido al advenimiento de tecnologías como la tomografía por emisión de positrones (PET/CT), que detecta de forma más sensible y específica las áreas nodales comprometidas por la neoplasia (tabla 10.4) (11).

Tabla 10.4. Clasificación de Ann Arbor con modificaciones Cotswolds para los linfomas Hodgkin y No Hodgkin

Ítem	Estadio	Descripción
I	Estadio I	Compromiso en una sola región ganglionar o un solo sitio extra-linfático localizado
II	Estadio II	Compromiso en dos o más regiones ganglionares del mismo lado del diafragma
III	Recuento de plaquetas	Compromiso en regiones ganglionares a ambos lados del diafragma
A	**	Sin síntomas sistémicos
B	**	Sin síntomas sistémicos
X	**	Enfermedad voluminosa. Ganglio >10cm en el diámetro máximo o tumor mediastinal > de una tercera parte del diámetro interno del tórax en la radiografía, medido entre T5 / T6. La afección de hígado y/o MO se consideran estadio IV

Tomado de la guía de práctica clínica para la detección, tratamiento y seguimiento de linfomas Hodgkin y No Hodgkin en población mayor de 18 años (11).

Tabla 10.5. Clasificación Lugano para los Linfomas Hodgkin y No Hodgkin

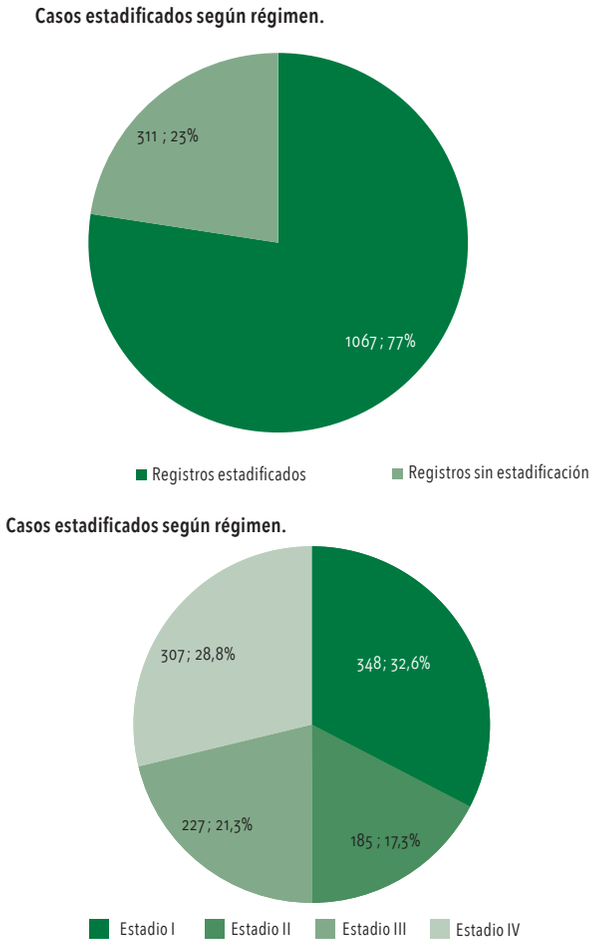
Estadio		Afectación	Afectación extra-nodal
Limitado	I	Un ganglio o un grupo de ganglios adyacentes	Una sola lesión extra-nodal
	II	Dos o más grupos nodales, del mismo lado del diafragma	Estadios ganglionares I y II con compromiso contiguo extranodal limitado
II bulky		El estadio II con la enfermedad más "voluminosa o bultosa"	No aplica
Avanzado	III	Ganglios a ambos lados del diafragma; ganglios sobre el diafragma más compromiso esplénico	No aplica
	Iv	Compromiso extra-linfático no contiguo	No aplica

Tomado de la guía de práctica clínica para la detección, tratamiento y seguimiento de linfomas Hodgkin y No Hodgkin en población mayor de 18 años (11).

10.3.1 Estadificación de los CNR de LNH en Colombia

Según los datos disponibles, el 23% de los CNR no cuentan con información válida respecto a la estadificación de la enfermedad. Del total de las observaciones con información efectiva, el 50% se ubica en estadios avanzadas y el 50% restante corresponde a estadios I y II (figura 10.11).

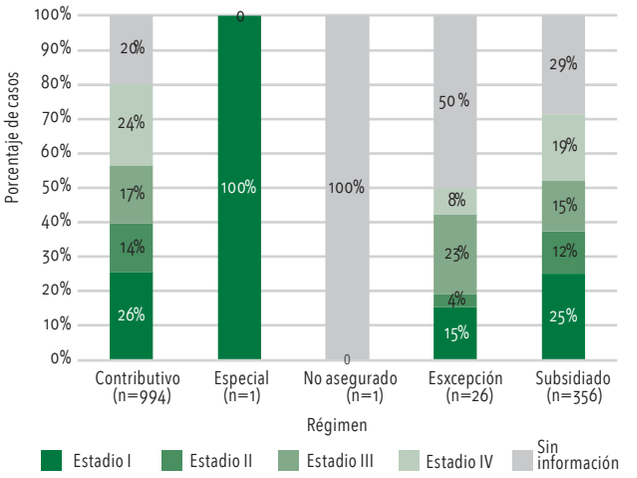
Figura 10.11. Estadificación de los CNR de LNH en Colombia



10.3.2 Estadificación de los CNR de LNH según el régimen de afiliación

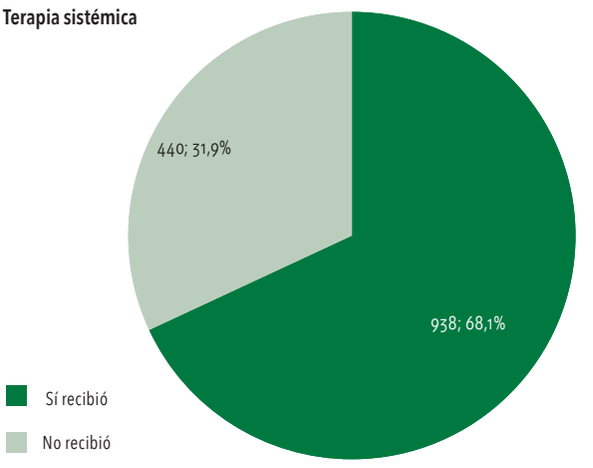
Al analizar los datos correspondientes a la estadificación de los CNR por el régimen de afiliación, se puede observar un comportamiento relativamente similar entre el subsidiado y el contributivo, mostrando diferencias de no más de 5 puntos porcentuales entre los distintos estados de la enfermedad. Los estadíos I y II muestran la menor diferencia con 2 puntos porcentuales, sin embargo, el porcentaje de casos sin información relacionada con la estadificación, es más alto en el régimen subsidiado que en el contributivo, con una diferencia de 9 puntos porcentuales en total. El régimen especial y la población no asegurada presentaron solo un caso durante el periodo y se destaca en el régimen de excepción que el 50% de los casos no tiene información concerniente al estadio del cáncer (figura 10.12).

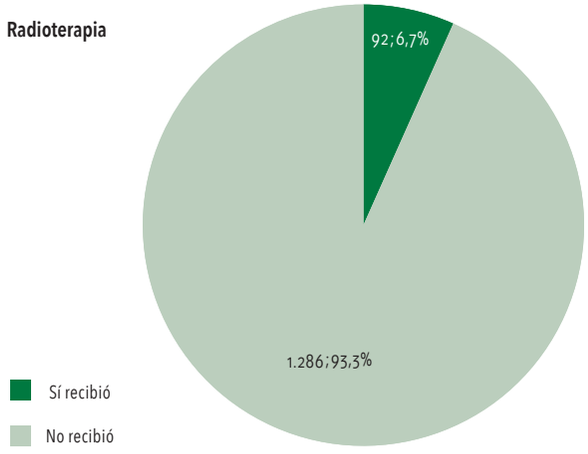
Figura 10.12. Porcentaje de LNH según el estadio y el régimen de afiliación

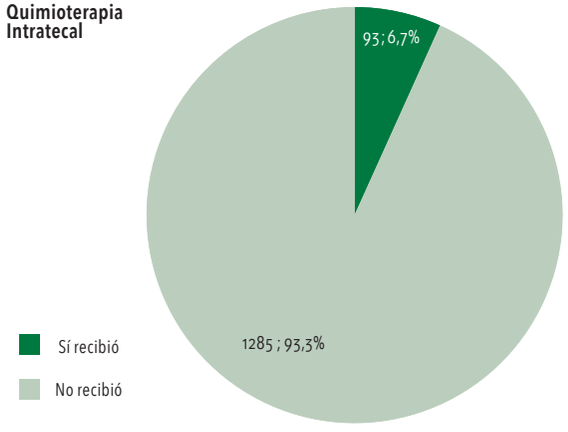


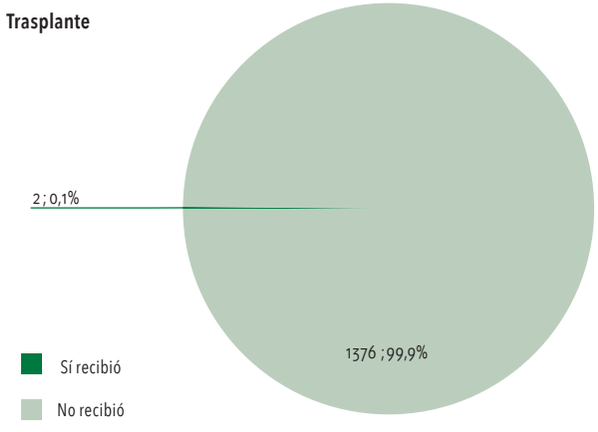
10.4 Tratamiento del LNH en la población adulta durante el periodo en evaluación

Figura 10.13. Porcentaje de uso de los tratamientos para LNH









De los 1.378 CNR, el 68,1% recibió quimioterapia durante el periodo de análisis, la quimioterapia intratecal y la radioterapia fueron administradas en el 6,7% de los casos y solo el 0,1% fue tratado mediante trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (figura 10.13). Cabe resaltar que los análisis muestran el uso no excluyente de cada alternativa terapéutica. El tratamiento de mayor uso durante el periodo de análisis fue la quimioterapia, mientras que el tipo de tratamiento de menor participación fue el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas.

10.4.1 Medicamentos utilizados en el tratamiento de la población adulta con LNH

El tratamiento farmacológico en el LNH constituye uno de las alternativas para el manejo de la enfermedad, por lo general la de mayor uso. En este sentido, del registro de datos disponibles se determinó la frecuencia de los medicamentos más comúnmente usados según el reporte de información.

En este sentido, los medicamentos usados más frecuentemente fueron: ciclofosfamida, seguido de vincristina, rituximab, doxorubicina, prednisona, pegfilgrastim y dexametazona, lo cual sugiere que el protocolo R-CHOP y otros similares siguen siendo el estándar del manejo farmacológico (tabla 10.6).

Tabla 10.6. Frecuencia de uso de los medicamentos en LNH

Medicamentos	Número de registros	Medicamentos	Número de registros
Ciclofosfamida	725	Dacarbazina	30
Vincristina	724	Interferonalfa	30
Rituximab	723	Vinblastina	30
Doxorubicina	677	Bleomicina	27
Prednisona	503	Cisplatino	21
Pegfilgrastim	370	Metilprednisolona	13
Dexametasona	281	Carboplatino	9
Etoposido	109	Ifosfamida	6
Metotrexato	76	Imatinib	6
Citarabina	57	Mesna	6
Bendamustina	54		

10.5 Oportunidad de la atención para la población adulta con LNH

La oportunidad es estimada a partir de la diferencia entre un punto temporal ulterior menos un punto temporal antecedente, generando estimaciones en días

que determinan el tiempo transcurrido entre ambos eventos para cada grupo considerado en el análisis.

El rango temporal de la sospecha hasta el diagnóstico se define como el tiempo que transcurre entre la nota de remisión o interconsulta por parte del médico o institución general, hasta el momento en el que se realiza el diagnóstico oncológico, mientras que el rango temporal del diagnóstico al tratamiento se define como el tiempo en días que transcurre entre el diagnóstico oncológico hasta el inicio del primer tratamiento.

10.5.1 Oportunidad en el diagnóstico y tratamiento inicial de LNH en los CNR

El porcentaje de CNR con la información necesaria para el cálculo del tiempo trascurrido entre la sospecha y el diagnóstico del LNH y entre el diagnóstico y el primer tratamiento es del 65%.

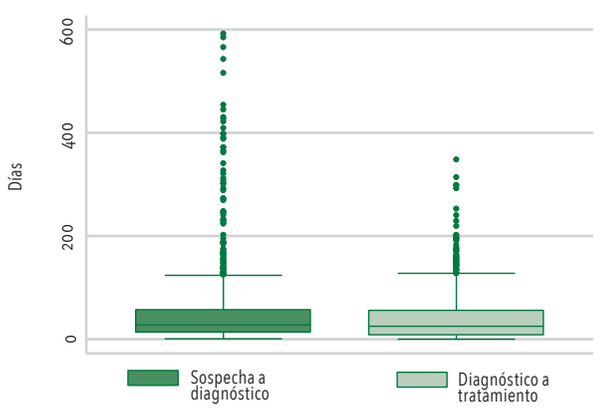
Tal como se observa en la tabla 10.7, en promedio transcurrieron 53 días entre la sospecha clínica hasta el diagnóstico con una mediana de 28 días. Con relación al tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento, la media fue de 40,7 días y la mediana de 25 días.

Tabla 10.7. Oportunidad del diagnóstico y el inicio de tratamiento en LNH

Variable	Observaciones	Media	Mediana	Desviación estándar	[95% IC]
Sospecha a diagnóstico	896	53,01	28	78	47,89 – 58,12
Diagnóstico a tratamiento	898	40,07	25	46,3	37,04 – 43,11

En ambas estimaciones, existe una diferencia significativa entre la mediana y la media debido a la dispersión de los datos y a la presencia de datos extremos, por lo cual se considera a la mediana, la medida de mejor representación en este tipo de casos (tabla 10.7 y figura 10.14).

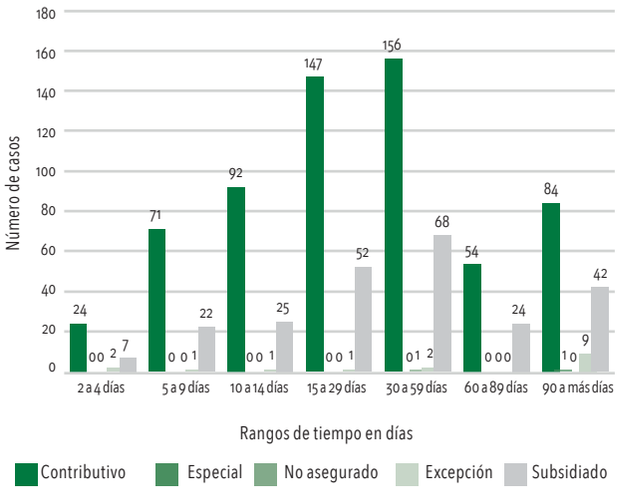
Figura 10.14. Oportunidad del diagnóstico y el inicio de tratamiento en LNH



10.5.2 Oportunidad entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico según régimen de afiliación.

Se puede observar que el rango en el que se ubica la mayor cantidad de pacientes del régimen contributivo para acceder a un diagnostico confirmado es el de 30 a 59 días, en el mismo rango se ubican los pacientes del régimen subsidiado. El régimen de excepción muestra a la mayor parte de sus pacientes ubicados en el rango de 90 días o más. (figura 10.15).

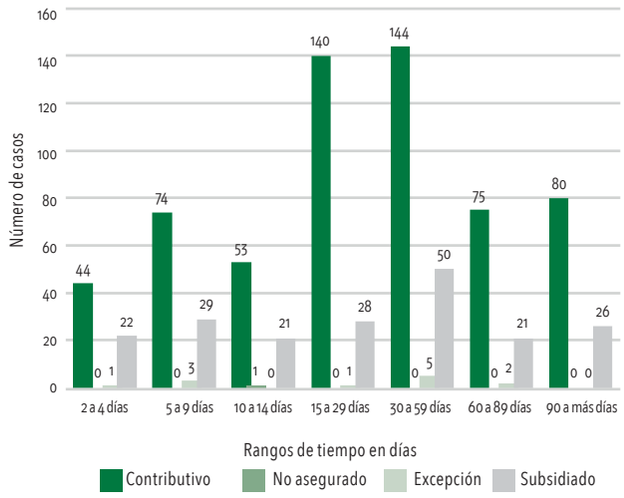
Figura 10.15. Oportunidad Sospecha - diagnóstico oncológico



10.5.3 Oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el tratamiento según régimen de afiliación.

El análisis respecto a la oportunidad entre el momento en que se hace el diagnóstico oncológico y el primer tratamiento muestra el rango de 30 a 59 días (figura 10.16) como el rango en que se ubica la mayor parte de los pacientes del régimen contributivo al igual que en el régimen subsidiado, los demás regímenes cuentan con muy pocas observaciones.

Figura 10.16. Oportunidad Diagnóstico oncológico – Tratamiento



10.6 Indicadores de la gestión del riesgo en LNH

A continuación se presentan los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo en adultos con LNH en Colombia (3):

Indicador 1. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes se le realizó biopsia escisional o aguja gruesa guiada por imágenes y cuentan con las coloraciones básicas y las coloraciones de inmunohistoquímica.
Indicador 2. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes se les realizó estadificación completa Ann Arbor con modificación de Costwolds o clasificación de Lugano.
Indicador 3. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma en estadios I y II.
Indicador 4. Proporción de pacientes diagnosticados con clasificación de riesgo: IPI, FLIPI, MIPI, IPS.
Indicador 5. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma quienes recibieron quimioterapia.
Indicador 6. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma quienes recibieron radioterapia.
Indicador 7. Proporción de pacientes con CD20+ que recibieron Rituximab (LBDCG – Folicular – Manto).
Indicador 8. Proporción de pacientes diagnosticados con linfoma en cuidados paliativos.
Indicador 9. Oportunidad de toma de biopsia (Tiempo entre la consulta o remisión para diagnóstico y la toma de la biopsia para estudio histopatológico).
Indicador 10. Oportunidad de confirmación diagnóstica (Tiempo desde la realización de la biopsia hasta la confirmación del diagnóstico).
Indicador 11. Oportunidad de tratamiento (Tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento).
Indicador 12. Oportunidad en la realización de trasplante.
Indicador 13. Tasa de remisión
Indicador 14.1. Tasa de letalidad en estadios limitados.
Indicador 14.2, Tasa de letalidad en estadios avanzados.
Indicador 15. Supervivencia global.

Los indicadores 1, 7, 12 y 15 no se midieron ya que aún no se cuenta con dicha información en el registro.

Tabla 10.8. Indicadores de la gestión del riesgo en LNH según el régimen

Régimen	2.	3.	4.	5.	6.	8.	9.	10.	11.	13.	14. 1	14. 2
	> 40 %	> 60 %	> 35 %	> 90 %	Por definir	> 25 %	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 30 días	> 35 %	Por definir	Por definir
	> 30 - ≤ 40 %	> 50 - ≤ 60 %	> 28 - ≤ 35 %	> 80 - ≤ 90 %		> 15 - ≤ 25 %	> 15 - 29 días	> 15 - 29 días	> 30 - 59 días	> 30 - ≤ 35 %		
	≤ 30 %	≤ 50 %	≤ 28 %	≤ 50 %		≤ 15 %	≥ 30 días	≥ 30 días	≥ 60 días	≤ 30 %		
Contributivo	80,4	49,3	61,5	69,9	7,1	17,3	35,4	11,3	42,2	23,6	8,6	16,8
Especial	83,3	100	33,3	50,0	0,0	***	63,0	78,8	39,5	34,8	0,0	***
No asegurado	0,0	***	0,0	100	0,0	***	29,0	8,0	14,0	0,0	***	***
Excepción	50,0	38,5	19,2	69,2	3,8	25,0	70,7	16,8	32,3	40,0	0,0	12,5
Subsidiado	71,3	52,4	43,5	62,6	5,6	14,0	40,8	10,3	40,0	23,9	9,0	19,0
Total	**77,4**	**50,1**	**55,9**	**68,0**	**6,7**	**16,7**	**37,5**	**11,4**	**41,5**	**24,4**	**8,6**	**17,2**

Tabla 10.9. Indicadores de la gestión del riesgo en LNH por renglón del aseguramiento

Renglón	2..	3.	4.	5.	6.	8.	9	10	11	13	14. 1	14. 2
	> 40 %	> 60 %	> 35 %	> 90 %	Por definir	> 25 %	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 30 días	> 35 %	Por definir	Por definir
	> 30 - ≤ 40 %	> 50 - ≤ 60 %	> 28 - ≤ 35 %	> 80 - ≤ 90 %		> 15 - ≤ 25 %	> 15 - 29 días	> 15 - 29 días	> 30 - 59 días	> 30 - ≤ 35 %		
	≤ 30 %	≤ 50 %	≤ 28 %	≤ 50 %		≤ 15 %	≥ 30 días	≥ 30 días	≥ 60 días	≤ 30 %		
CCF Contributivo	56,2	41,2	38,8	51,2	4,5	10,0	35,9	12,9	48,5	39,5	3,6	18,8
CCF Subsidiado	40,4	36,8	8,5	61,7	6,4	0,0	39,7	12,4	50,6	17,3	14,3	25,0
Comerciales Contributivo	93,6	46,6	73,1	77,5	9,7	23,3	24,6	10,6	34,0	13,8	5,7	16,1
Comerciales Subsidiado	56,4	35,5	36,9	73,8	4,1	15,5	30,3	9,8	48,6	9,9	7,7	9,9
Cooperativas Contributivo	83,7	37,9	45,2	77,9	9,6	18,5	46,3	9,2	31,7	19,8	3,0	18,5
Cooperativas Subsidiado	87,4	51,1	61,2	68,9	3,9	15,9	45,4	11,6	40,4	8,0	8,7	29,5
Indígenas y adaptadas	83,3	60,0	41,7	50,0	25,0	25,0	26,7	39,5	58,1	35,7	33,3	25,0
Públicas y Mixtas	92,0	69,3	76,0	64,1	5,9	9,9	53,3	9,5	47,0	37,9	13,1	16,0
Total	**78,0**	**50,0**	**56,7**	**68,0**	**6,7**	**16,5**	**36,9**	**11,0**	**41,7**	**23,7**	**8,7**	**17,3**

A nivel de régimen se observa un comportamiento equivalente entre los regímenes subsidiado y contributivo respecto al número de indicadores en cada uno de los parámetros de cumplimiento, siendo los indicadores número 3 y 8, los únicos en que se muestran niveles de cumplimiento diferentes. Los indicadores en que ese observa el peor desempeño obedecen a la proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma quienes recibieron quimioterapia, la oportunidad de toma de biopsia y la tasa de remisión en ambos regímenes.

Ninguno de los regímenes incluido a la población no asegurada, mostró más de 3 indicadores con un nivel de cumplimiento" alto". A nivel de reglón de aseguramiento se pueden ver resultados semejantes, siendo evidente el bajo desempeño en el indicador 5 y 9 para todos los renglones.

Tabla 10.10. Indicadores de la gestión del riesgo en LNH por EAPB

EAPB	2.	3.	4.	5.	6.	8.	9.	10.	11.	3.	14. 1.	14. 2
	> 40 %	> 60 %	> 35 %	> 90 %	Por definir	> 25 %	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 30 días	> 35 %	Por definir	Por definir
	> 30 - ≤ 40 %	> 50 - ≤ 60 %	> 28 - ≤ 35 %	> 80 - ≤ 90 %		> 15 - ≤ 25 %	> 15 - 29 días	> 15 - 29 días	> 30 - 59 días	> 30 - ≤ 35 %		
	≤ 30 %	≤ 50 %	≤ 28 %	≤ 80 %		≤ 15 %	≥ 30 días	≥ 30 días	≥ 60 días	≤ 30 %		
11001	0,0	***	0,0	100	0,0	***	29,0	8,0	14,0	***	***	***
50000	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	***	***
66000	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	***	***
76000	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	***	***
CCF007	***	***	***	***	***	***	***	***	***	25,0	***	***
CCF015	55,6	40,0	0,0	55,6	0,0	0,0	35,3	24,2	21,0	36,8	0,0	33,3
CCF023	100	0,0	0,0	100	0,0	0,0	14,0	14,0	125	0,0		0,0
CCF024	36,8	14,3	15,8	73,7	0,0	0,0	54,0	8,3	53,1	6,8	0,0	33,3
CCF027	0,0	***	0,0	60,0	20,0	***	25,0	8,6	37,0	23,1	***	***
CCF033	50,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	***	14,0	47,0	0,0	***	0,0
CCF050	75,0	66,7	0,0	75,0	25,0	0,0	***	29,0	82,7	62,5	0,0	0,0
CCF053	28,6	100	14,3	28,6	0,0	***	1,6	0,2	***	12,5	50,0	***
CCF055	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	***	***
CCF102	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***
EAS016	100	50,0	100	50,0	50,0	100	***	7,0	34,0	100	0,0	0,0
EAS027	80,0	50,0	60,0	60,0	40,0	0,0	39,0	3,4	43,3	62,5	50,0	50,0
EMP015	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***
EMP017	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***
EMP023	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	***	***
EMP028	80,0	100	20,0	40,0	0,0	***	***	6,8	39,5	53,8	0,0	***
EMP029	***	***	***	***	***	***	***	***	***	25,0	***	***
EPS001	100	9,1	90,9	100	0,0	0,0	68,6	7,5	27,6	14,0	0,0	10,0
EPS002	100	100	100	0,0	0,0	***	***	27,0	***	9,2	0,0	***
EPS005	90,6	52,1	82,2	77,8	7,8	14,1	22,8	11,8	28,8	13,4	5,9	16,7
EPS008	73,5	44,4	59,2	57,1	4,1	20,0	47,0	12,9	52,5	58,6	0,0	20,0
EPS010	99,3	45,7	64,7	77,7	12,9	40,0	20,4	9,0	38,9	0,0	6,3	16,0
EPS012	100	66,7	33,3	33,3	0,0	0,0	35,5	35,3	27,0	18,6	0,0	0,0
EPS016	83,7	37,9	45,2	77,9	9,6	18,5	46,3	9,2	31,7	19,8	3,0	18,5
EPS017	59,6	32,4	37,7	58,8	5,3	8,7	39,7	12,0	52,0	56,9	0,0	17,4
EPS018	38,2	55,2	27,6	36,8	3,9	0,0	15,8	12,9	35,9	23,5	12,5	23,1
EPS022	85,7	33,3	71,4	85,7	0,0	0,0	59,8	2,8	28,5	36,0	0,0	25,0
EPS023	82,8	29,2	48,3	69,0	10,3	5,9	40,2	12,5	46,3	40,7	0,0	17,6
EPS025	0,0	***	0,0	0,0	0,0	***	***	0,0	***	66,7	***	***
EPS033	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***
EPS037	98,8	77,1	97,1	70,3	5,8	5,1	58,4	10,6	56,3	38,2	15,3	20,5
EPS044	57,8	22,2	32,1	78,9	1,8	14,3	40,1	16,1	52,4	2,9	7,1	10,2

Tabla 10.10. Indicadores de la gestión del riesgo en LNH por EAPB (continuación)

EAPB	2.	3.	4.	5.	6.	8.	9.	10.	11.	3.	14. 1.	14. 2
	> 40 %	> 60 %	> 35 %	> 90 %	Por definir	> 25 %	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 30 días	> 35 %	Por definir	Por definir
	> 30 - ≤ 40 %	> 50 - ≤ 60 %	> 28 - ≤ 35 %	> 80 - ≤ 90 %		> 15 - ≤ 25 %	> 15 - 29 días	> 15 - 29 días	> 30 - 59 días	> 30 - ≤ 35 %		
	≤ 30 %	≤ 50 %	≤ 28 %	≤ 80 %		≤ 15 %	≥ 30 días	≥ 30 días	≥ 60 días	≤ 30 %		
EPS045	60,0	33,3	60,0	80,0	20,0	0,0	0,0	14,8	32,9	100	0,0	0,0
EPSI01	100	100	0,0	100	0,0	***	***	***	164	25,0	0,0	***
EPSI03	***	***	***	***	***	***	***	***	***	22,6	***	***
EPSI04	75,0	66,7	0,0	25,0	0,0	0,0	10,3	101	45,0	100	50,0	0,0
EPSI05	***	***	***	***	***	***	***	***	***	20,0	***	***
EPSI06	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	***	***
EPSS33	66,7	70,0	46,7	46,7	6,7	33,3	26,9	3,1	26,9	44,4	14,3	0,0
EPSS34	73,7	78,6	15,8	10,5	0,0	0,0	60,0	8,9	9,5	26,7	9,1	0,0
EPSS40	80,0	50,0	35,7	58,6	10,0	21,4	46,4	7,8	29,2	52,7	3,6	7,1
EPSS41	100	61,1	100	77,8	0,0	0,0	24,8	8,3	37,4	15,4	18,2	28,6
ESS002	***	***	***	***	***	***	***	***	***	18,2	***	***
ESS024	44,4	41,7	31,5	66,7	3,7	21,4	20,9	5,3	51,5	44,5	0,0	14,3
ESS062	85,2	34,8	63,0	51,9	3,7	26,7	65,6	9,5	28,7	8,2	37,5	40,0
ESS076	100	57,1	42,9	42,9	0,0	0,0	15,6	8,4	137	25,0	0,0	0,0
ESS091	100	85,7	100	100	14,3	0,0	28,7	3,7	35,2	40,0	16,7	0,0
ESS118	63,6	42,9	40,9	81,8	0,0	25,0	32,8	16,7	21,3	8,0	16,7	62,5
ESS133	100	100	16,7	83,3	0,0	***	8,8	3,3	31,4	3,1	0,0	***
ESS207	97,6	55,0	80,5	75,6	7,3	5,6	46,8	12,3	49,1	6,7	0,0	11,1
RES001	0,0	***	14,3	57,1	14,3	***	62,3	39,8	39,3	71,4	***	***
RES002	100	0,0	100	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	***	31,6	***	0,0
RES003	80,0	25,0	40,0	80,0	0,0	66,7	16,8	1,8	24,5	42,9	0,0	0,0
RES004	61,5	50,0	7,7	76,9	0,0	0,0	181,7	6,5	31,6	35,0	0,0	25,0
RES006	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***
RES007	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***
RES008	100	100	100	100	0,0	***	63,0	367	***	9,1	0,0	***
RES009	***	***	***	***	***	***	***	***	***	75,0	***	***
RES011	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***

10.7 Tablas complementarias

Tabla 10.11. Edad promedio de las personas con LNH en población adulta

Variable	Observaciones	Media	Desviación estándar	[95% IC]	
Edad (prevalentes)	10.675	59,18	16,3	58,87	59,49
Edad (CNR)	1.378	58,18	16	57,32	59,03

Tabla 10.12. Distribución de casos de LNH en población adulta según el sexo y el grupo etario

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
De 18 a 19 años	29	52	81
De 20 a 24 años	85	141	226
De 25 a 29 años	120	170	290
De 30 a 34 años	167	202	369
De 35 a 39 años	229	262	491
De 40 a 44 años	273	277	550
De 45 a 49 años	381	390	771
De 50 a 54 años	539	487	1.026
De 55 a 59 años	633	605	1.238
De 60 a 64 años	675	600	1.275
De 65 a 69 años	664	601	1.265
De 70 a 74 años	612	520	1.132
De 75 a 79 años	508	423	931
80 años y mas	546	484	1,03
Total	**5.461**	**5.214**	**10.675**

Tabla 10.13. Prevalencia, PCNR y mortalidad del del LNH en el país (Población adulta)

Departamento	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada	PCNR Cruda	PCNR Ajustada	Mortalidad Cruda	Mortalidad Ajustada
Amazonas	13,8	14,9	2,3	2,8	2,3	1,6
Antioquia	44,9	44,2	5,9	5,8	2,7	2,7
Arauca	15	16,7	2	1,9	0	0
Atlántico	16,5	17	2,1	2,2	1,1	1,2
Bogotá, D.C.	51,6	51,5	6,3	6,2	2,9	3
Bolívar	18,2	18,7	2,3	2,4	0,8	0,8
Boyacá	21,9	20	3	2,7	1,3	1,1
Caldas	34,2	30,7	2,7	2,5	2,3	1,8
Caquetá	7,3	8,1	1,7	1,9	1	1,2
Casanare	14,4	17,5	1,3	1,5	0,4	0,8
Cauca	21,2	21,9	2,3	2,4	2,3	2,4
Cesar	12,8	14,5	1,7	1,8	0,9	1,1
Chocó	5,2	6,8	0,3	0,4	1,4	1,8
Córdoba	17,6	18,8	2	2,2	1,6	1,7
Cundinamarca	24,2	24,3	3,5	3,5	1,7	1,7
Guainía	4,1	5,2	0	0	0	0
Guaviare	3,1	3,8	0	0	0	0

Tabla 10.13. Prevalencia, PCNR y mortalidad del LNH en el país (Población adulta) (continuación)

Departamento	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada	PCNR Cruda	PCNR Ajustada	Mortalidad Cruda	Mortalidad Ajustada
Huila	30,6	32,3	5,8	6,1	3,6	3,9
La Guajira	3,9	4,6	0,8	1,1	0,7	0,9
Magdalena	11,7	12,2	2,3	2,4	1,1	1,2
Meta	17,2	18,8	2,6	2,7	1,1	1,1
Nariño	18,6	19	1,6	1,7	1,5	1,5
Norte de Santander	23,1	23,8	2	2	1,5	1,6
Putumayo	7,4	8,4	0,5	0,6	0,5	0,5
Quindío	42,1	37,8	3,7	3,5	3,2	2,7
Risaralda	45,1	41,3	5,5	5,1	3,6	3,3
San Andrés	23,7	21,6	5,5	4,8	1,8	1,9
Santander	34	32,6	6	5,8	2,2	2
Sucre	16,3	16,6	2,5	2,5	1,6	1,6
Tolima	20,3	18,2	3,3	3	1,8	1,5
Valle del Cauca	38,1	36,6	4,8	4,7	3,3	3,1
Vaupés	0	0	0	0	0	0
Vichada	2,4	1,8	0	0	0	0
Total	**31,5**	**31,5**	**4,1**	**4,1**	**2,2**	**2,2**

x 100.000 habitantes adultos

Tabla 10.14 Prevalencia, PCNR y mortalidad del LNH según la BDUA (Población adulta)

EAPB	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada	PCNR Cruda	PCNR Ajustada	Mortalidad Cruda	Mortalidad Ajustada
CCF007	12	11,5	0	0	0	0
CCF015	15,4	15,9	2,4	2,4	1,4	1,3
CCF023	4,4	4,8	0,7	0,8	0	0
CCF024	31,7	30,6	5,1	4,8	4,8	4,4
CCF027	21,8	22,6	3,9	4	3,9	4,1
CCF033	13,3	11,9	2,4	1,8	2,4	1,6
CCF050	19,3	17,9	4,8	4,3	2,4	2,4
CCF053	30,3	28,8	7,3	7,4	1	0,9
CCF055	3	3,4	0	0	0	0
CCF102	2,1	2,3	0	0	0	0
EAS016	124,3	55,5	22,6	11,3	11,3	7,3
EAS027	86,2	18,4	13,1	2,5	15,7	2,7
EPS001	87,7	75,4	6,5	5,4	0,6	0,5
EPS002	13	17,7	0,1	0,1	0,4	0,7
EPS005	54,9	59,1	10,4	11,1	4,3	4,9
EPS008	41,2	46,5	4,5	5,1	1,7	2,1
EPS010	44,7	55,9	6,5	8	2,6	3,8
EPS012	47,9	50,7	1,6	1,6	2,7	3,4
EPS016	51,9	55,4	5,7	6	3,7	4,2

Tabla 10 14 Prevalencia, PCNR y mortalidad del LNH según la BDUA (Población adulta)(continuación)

EAPB	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada	PCNR Cruda	PCNR Ajustada	Mortalidad Cruda	Mortalidad Ajustada
EPS017	45,3	58,8	7,6	9,6	2,5	3,7
EPS018	56,5	67,1	11,1	12,9	4,4	6
EPS022	22,5	18,6	1,8	1,3	2,3	1,6
EPS023	55	62,4	8,1	9,6	4,4	5,7
EPS025	13,2	13	0,9	0,9	0,9	0,9
EPS033	30,4	38,7	0	0	1,5	1,1
EPS037	55,2	38,4	5,9	4,3	4,5	2,8
EPS044	40,3	43,4	4,2	4,6	0,7	0,8
EPS045	10,3	8,9	1,3	1,2	0,5	0,4
EPSI01	9,9	13,4	1	1,5	0	0
EPSI03	13,2	14,5	0	0	0,3	0,4
EPSI04	5,7	6,5	3,8	4,5	2,8	3,4
EPSI05	11,1	11,9	0	0	1	1
EPSI06	6,1	5,8	0	0	0	0
EPSS33	17,3	16,9	1,9	1,8	1,8	1,7
EPSS34	29,4	25,6	2,3	2,1	1,4	1,2
EPSS40	32,8	30,2	5,8	5,3	2,7	2,3
EPSS41	8,3	7,7	2,8	2,8	0,8	0,8
ESS002	11,7	12,1	0	0	0,7	0,6
ESS024	15,3	15,6	4	4,1	1,5	1,5
ESS062	18,4	17,9	2,1	2	3,2	3
ESS076	9,6	9,8	1,3	1,3	1,8	1,9
ESS091	30,6	26,5	3,4	2,8	2,4	1,9
ESS118	13,7	13,9	1,6	1,6	2,5	2,5
ESS133	10,4	10,3	0,5	0,5	0,9	0,9
ESS207	19,3	20,1	4	4,3	1	1,1
Total	**32,1**	**32,1**	**4,2**	**4,2**	**2,2**	**2,2**

x 100.000 afiliados adultos

Lista de tablas

Lista de figuras

11 LINFOMA HODGKIN (LH) EN POBLACIÓN ADULTA CIE10: C81.9 CIE-O-3: C42 C77

En términos de frecuencia, y teniendo en cuenta todas las edades y ambos sexos, el LH ocupó el décimo lugar entre los tipos de cáncer priorizados y el tercero entre las neoplasias hematológicas.

Los análisis presentados a continuación se llevaron a cabo en las personas de 18 años de edad o más; el LH en los niños será objeto de análisis en la publicación orientada a describir la situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia.

11.1 Características generales de la población adulta con LH

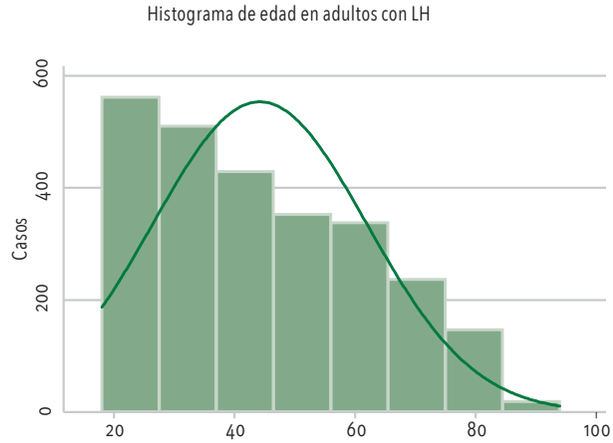
Según los datos disponibles, el registro de Linfoma Hodgkin en la población adulta para el 2018 alcanzó los 2.595 casos, de los cuales 270 son CNR (diagnosticados durante el periodo), 114 personas fallecieron durante el periodo de reporte.

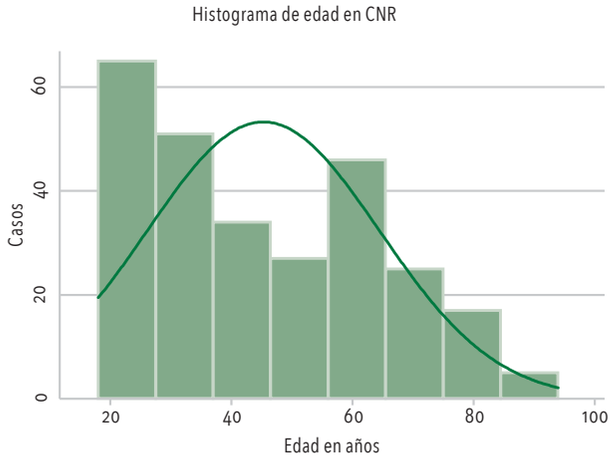
11.1.1 Edad de las personas con LH

La media de edad a la fecha de corte[1] del total de los pacientes adultos con LH es de 44,1, mientras que los casos nuevos tienen en promedio 45,2 años (tabla 11.8)

Como puede verse en el histograma del total casos, la mayor cantidad se concentra entre los 18 y los 50 años, contrario a lo sucedido con el LNH en donde la concentración de casos se ubica después de los 50 años. En el caso de los CNR, el histograma muestra la misma concentración, sin embargo, existe un pico de incidencia entre los 55 y los 65 años (figura 11.1).

Figura 11.1. Histograma de edad y curva de normalidad de los pacientes adultos con LH a la fecha de corte del periodo de reporte





11.1.2 Distribución de las personas con LH según el sexo

Del total de los casos con LH, 1.187 corresponden a la población femenina y 1.408 a los hombres, lo cual quiere decir que este tipo de cáncer muestra una razón de ocurrencia mujer: hombre de 0,84:1, Lo que significa que por cada 100 casos diagnosticados en los hombres se diagnosticas 84 en la población femenina (figura 11.2).

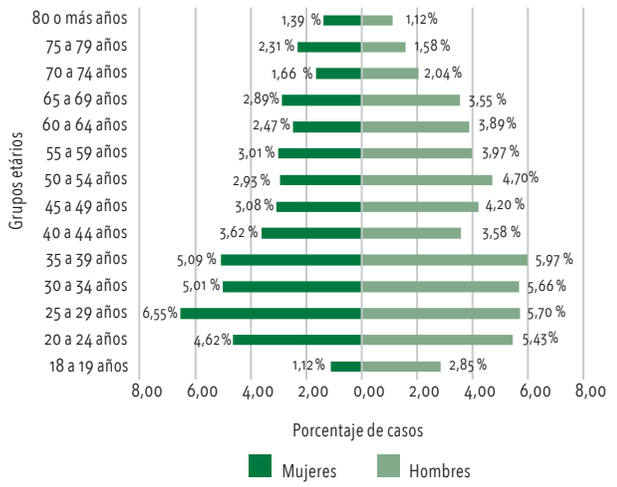
Figura 11.2. Razón de ocurrencia del LH según el sexo

11.1.3 Distribución de los casos de LH según el grupo etario y el sexo

Los datos de LH reportados muestran una cifra superior en la población masculina con respecto a las mujeres (54% vs. 45%). Existen sin embargo cuatro quinquenios de edad en los que las mujeres superan a los hombres con una diferencia máxima de 0,85 puntos porcentuales. Por otra parte, 10 grupos etarios mostraron superioridad en hombres con una diferencia máxima de 1,77 puntos porcentuales, que corresponde al quinquenio de 50 a 54 años. Es importante anotar que el rango de edad de 18 a 69 años concentra el 90% de los casos, y la mayor proporción (más del 12%) corresponde al grupo de 25 a 29 años (figura 11.3).

1 Fecha de corte: 1 de enero del 2018

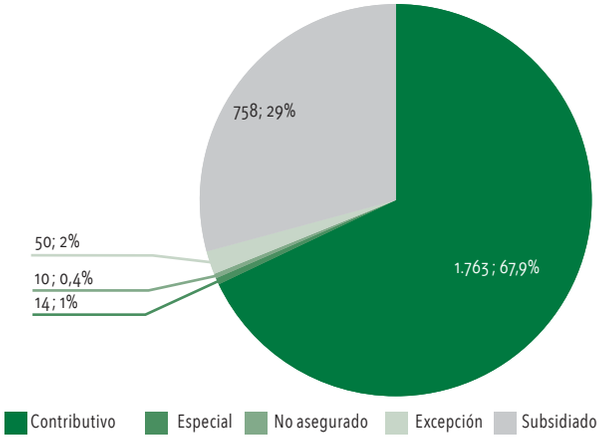
Figura 11.3. LH según sexo y grupo etario



11.1.4 Distribución de las personas con LH según el régimen de afiliación.

El régimen de afiliación que concentra la mayor cantidad de casos de individuaos adultos con LH es el contributivo con el 67,9%, seguido del régimen subsidiado con el 29%. El 4% restante se distribuye entre los regímenes de excepción, especial y la población no asegurada (figura 11.4).

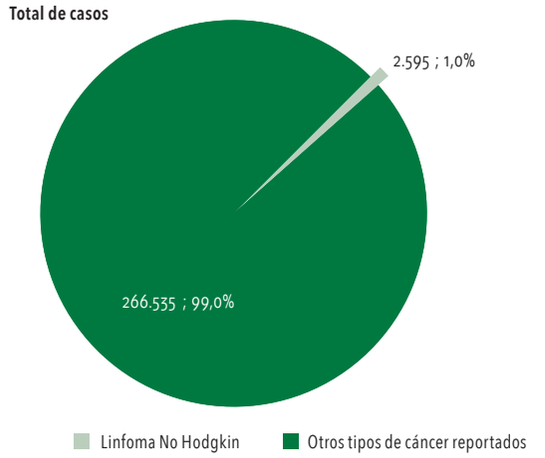
Figura 11.4. Proporción de casos de LH en población adulta según el régimen de afiliación

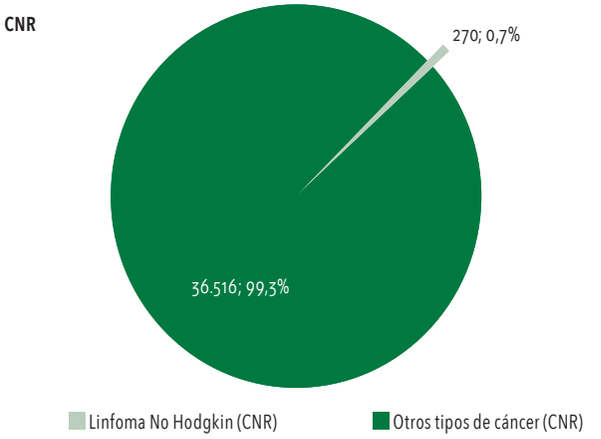


11.1.5 Representación del LH sobre el total de casos de cáncer reportados

El LH en mayores de 18 años, agrupó el 1% de todos los casos de cáncer reportados a la CAC y el 0,7% de los casos diagnosticados durante el periodo o Casos Nuevos Reportados (CNR) (figura 11.5).

Figura 11.5. Porcentaje de casos prevalentes y casos nuevos reportados de LH en la población adulta





11.1.6 Número de casos reportados, 2015 - 2018

El registro de LH, tal como puede verse en la figura 11.6, muestra un aumento progresivo en el reporte de casos. A la fecha de corte del periodo de análisis, el LH presentó un incremento del 68% respecto al 2015, mientras que los casos nuevos y los fallecidos incrementaron en un 45% y 65% respectivamente.

Figura 11.6. Evolución del registro de LH en la población adulta

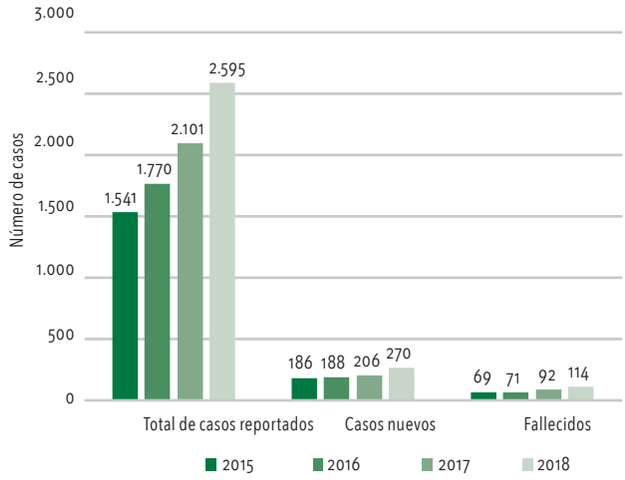
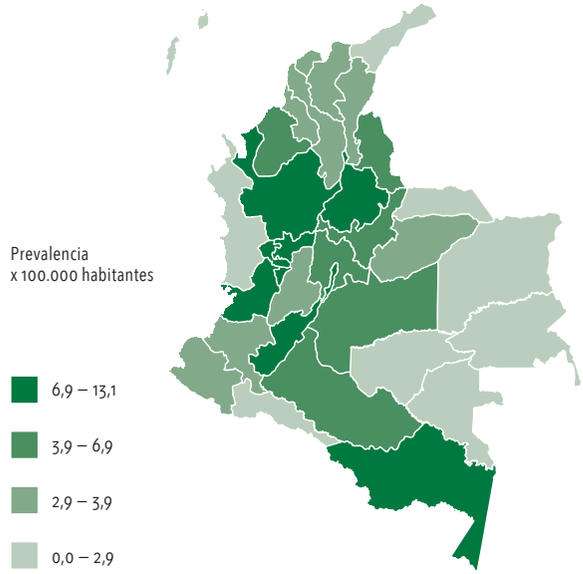


Figura 11.7. Prevalencia del LH en Colombia



11.2 Prevalencia, PCNR y mortalidad del LH en población adulta

11.2.1 Prevalencia del LH en Colombia

La prevalencia del LH en Colombia para el periodo de análisis se calculó en 7,7 casos por cada 100.000 habitantes adultos[2] (tabla 11.10). Los departamentos con mayor prevalencia de LH fueron:

Amazonas, Santander, Huila, Valle del Cauca, Caldas, Bogotá, D.C., Risaralda, Quindío y Antioquia con cifras entre 6,9 y 13,01 casos por cada 100.000 habitantes adultos (figura 11.7).

Los departamentos que mostraron la menor prevalencia fueron: Arauca, Chocó, Putumayo, La Guajira, Vichada y Magdalena con cálculos entre 0,6 y 2,9 casos por cada 100.000 habitantes adultos. Guainía, Guaviare y Vaupés no presentan casos de LH en la población adulta (figura 11.7).

11.2.2 Prevalencia del LH en la BDUA

El cálculo de la prevalencia del LH en la población afiliada fue de 7,9 afectados por cada 100.000 afiliados de 18 años o más (tabla 11.1). Los aseguradores con más prevalencia fueron EPS037, EPS023, EPS010, EPS016, EPS018, EPS017, EPSS40, EPS012, EAS016 con valores por encima de los 10 casos por cada 100.000 afiliados adultos (tabla 11.11). Las entidades con menores estimaciones fueron EPSI06, CCF023, CCF102, CCF055 con valores por debajo de 1 caso por cada 100.000 afiliados adultos (tabla 11.11).

Tabla 11.1 Prevalencia del LH según régimen

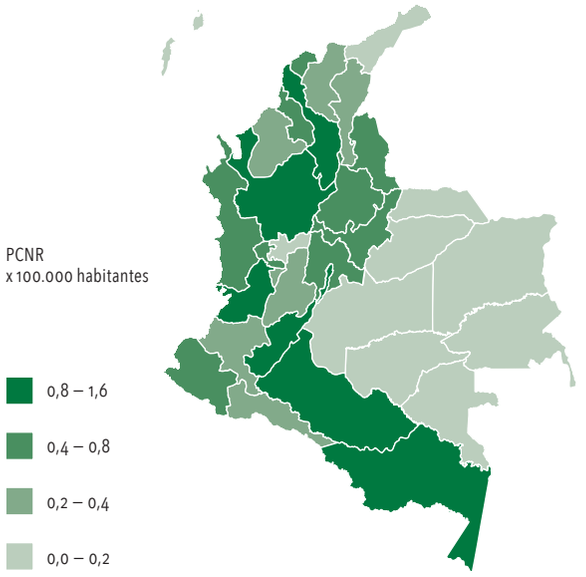
Regimen	Casos	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada
Contributivo	1763	10,3	10,3
Subsididado	758	5,2	5,1
Total	**2521**	**7,9**	**7,9**

11.2.3 PCNR del LH en Colombia

Para el periodo de análisis, el LH presento una PCNR a nivel nacional de 0,8 casos nuevos por 100.000 habitantes[2] (tabla 11.10). Los departamentos con mayor PCNR fueron: Risaralda, Santander, Valle del Cauca, Bolívar, Bogotá, D.C., Caquetá, San Andrés, Antioquia, Huila y Amazonas con valores entre 0,8 y 1,6 casos por 100.000 habitantes adultos (figura 11.8). Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Meta, Vaupés y Vichada no reportaron casos nuevos de LH para el periodo (figura 11.8).

2 Datos país, observados en el SGSSS

Figura 11.8. PCNR de LH en Colombia



11.2.4 PCNR del LH en la BDUA

La PCNR de LH en el aseguramiento fue de 0,8 casos nuevos por cada 100.000 adultos afiliados al SGSSS (tabla 11.2). Las entidades aseguradoras con mayor PCNR fueron: EPS023, EPS017, EPS005, EAS016 y EPS010 EPS018 con estimaciones por encima de los 8 casos nuevos por cada 100.000 adultos afiliados, mientras que las aseguradoras EPS033, EPSI03, ESS002, EPSI05, CCF007, EPSI06, CCF055 y CCF102 no reportaron casos nuevos para el periodo de reporte (tabla 11.11).

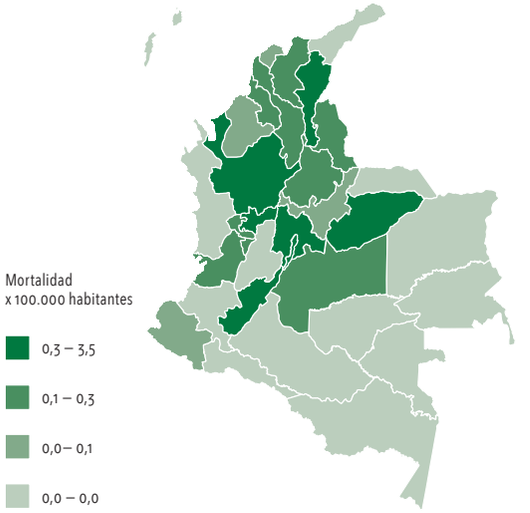
Tabla 11.2 PCNR del LH según régimen

Regimen	Casos	PCNR Cruda	PCNR Ajustada
Contributivo	171	1,0	1,0
Subsididado	92	0,6	0,6
Total	**263**	**0,8**	**0,8**

11.2.5 Mortalidad en las personas con LH en Colombia

La mortalidad para LH en el país fue de 0,3 por 100.000 habitantes adultos[3] (tabla 11.10). Los departamentos con mayor mortalidad por LH fueron: San Andrés, Antioquia, Huila, Cesar, Caldas, Bogotá, D.C., Casanare, Córdoba, Valle del Cauca, Risaralda, Quindío, Santander con estimaciones 0,3 a 3,5 casos por 100.000 habitantes de 18 años o más, mientras que los departamentos con menor mortalidad corresponden a: Meta, Bolívar, Magdalena, Boyacá, Cundinamarca, Nariño y Atlántico con 0,1 casos por 100.000 habitantes (figura 11.9).

Figura 11.9. Mortalidad en las personas con LH en Colombia



11.2.6 Mortalidad en LH en la BDUA

La mortalidad por el LH en la población afiliada al sistema de salud fue de 0,3 por 100.000 afiliados de 18 años o más (tabla 11.3). La aseguradora con mayor estimación para mortalidad por LH fue la EPSI01, con 1,8 casos por cada 100.000 afiliados adultos (tabla 11.11). Las entidades que reportaron cados, las menores estimaciones fueron: EPS018 y EPS045 con 0,1 casos por cada 100.000 adultos afiliados.

Tabla 11.3 Mortalidad del LH según régimen

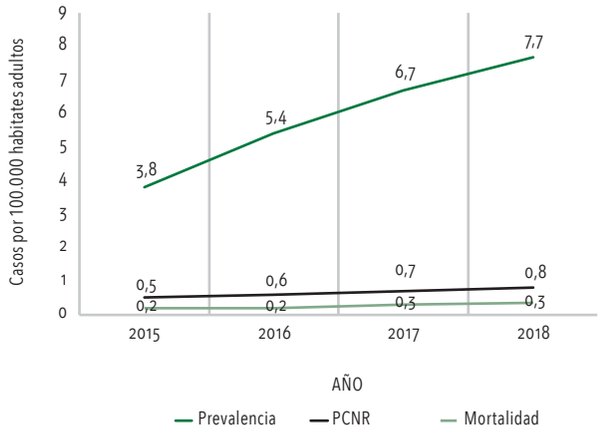
Regimen	Casos	Mortalidad Cruda	Mortalidad Ajustada
Contributivo	70	0,4	0,4
Subsididado	41	0,3	0,3
Total	**111**	**0,3**	**0,3**

11.2.7 Morbimortalidad en LH, 2015 - 2018

Al igual que se evidencia un incremento en el número de casos reportados, en el número de casos nuevos y en el número de fallecidos,los indicadores de morbimortalidad muestran también un aumento progresivo, siendo la prevalencia el indicador en que se presenta el mayor cambio pasando de 3,8 en el 2015 a 7,7 en el 2018 (figura 11.10).

3 Datos país, observados en el SGSSS

Figura 11.10. Prevalencia, PCR y mortalidad de LH, 2015- 2018



11.3 Estadificación del LH en la población adulta

La estadificación del LH se lleva a cabo mediante el sistema Ann Arbor con las modificaciones de la reunión de Cotswolds, su utilidad en el manejo del LH ha sido evidente por mostrar diferencias en la sobrevida de acuerdo al estado clínico de las personas (tabla 11.4.) (1).

Dicho sistema ha tenido modificaciones debido al advenimiento de tecnologías como la tomografía por emisión de positrones (PET/CT), que detecta de forma más sensible y específica las áreas nodales comprometidas por la neoplasia (tabla 11.5) (2).

Tabla 11.4. Clasificación de ANN-ARBOR con modificaciones Cotswolds para los linfomas Hodgkin y No Hodgkin

Ítem	Estadio	Descripción
I	Estadio I	Compromiso en una sola región ganglionar o un solo sitio extra-linfático localizado
II	Estadio II	Compromiso en dos o más regiones ganglionares del mismo lado del diafragma
III	Recuento de plaquetas	Compromiso en regiones ganglionares a ambos lados del diafragma
A	**	Sin síntomas sistémicos
B	**	Sin síntomas sistémicos
X	**	Enfermedad voluminosa. Ganglio >10cm en el diámetro máximo o tumor mediastinal > de una tercera parte del diámetro interno del tórax en la radiografía, medido entre T5 / T6. La afección de hígado y/o MO se consideran estadio IV

Tomado de la guía de práctica clínica para la detección, tratamiento y seguimiento de linfomas Hodgkin y No Hodgkin en población mayor de 18 años (2)

Tabla 11.5. Clasificación Lugano para los Linfomas Hodgkin y No Hodgkin

Estadio		Afectación	Afectación extra-nodal
Limitado	I	Un ganglio o un grupo de ganglios adyacentes	Una sola lesión extra-nodal
	II	Dos o más grupos nodales, del mismo lado del diafragma	Estadios ganglionares I y II con compromiso contiguo extranodal limitado
II bulky		El estadio II con la enfermedad más "voluminosa o bultosa"	No aplica
Avanzado	III	Ganglios a ambos lados del diafragma; ganglios sobre el diafragma más compromiso esplénico	No aplica
	IV	Compromiso extra-linfático no contiguo	No aplica

Tomado de la guía de práctica clínica para la detección, tratamiento y seguimiento de linfomas Hodgkin y No Hodgkin en población mayor de 18 años (2).

11.3.1 Estadificación de los CNR de LH

Según los datos disponibles, el 74% de los casos nuevos reportados cuentan con información válida respecto a la estadificación de la enfermedad. De los casos estadificados, el estadio IV es el de menor concentración con el 19,6%, el resto se distribuye de forma similar, aunque según lo esperado aquellos en los estadios I y II deberían ser los de mayor representación (figura 11.11).

Figura 11.11. Distribución de los casos nuevos de LH según el estadio de la enfermedad.

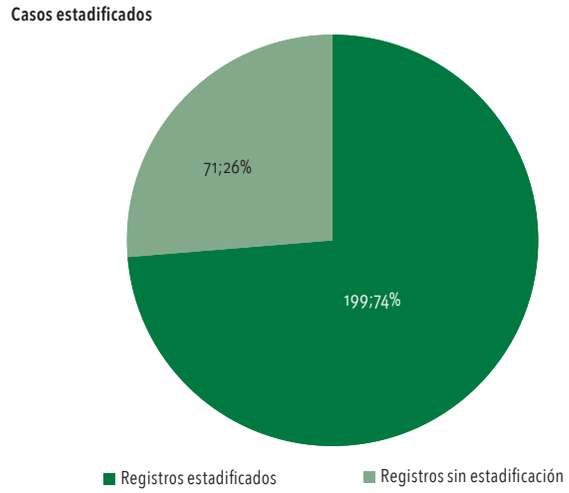
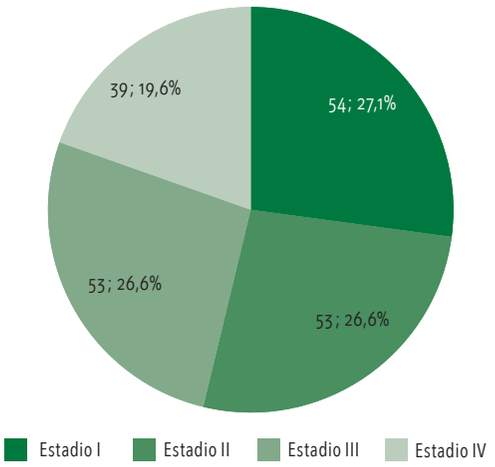


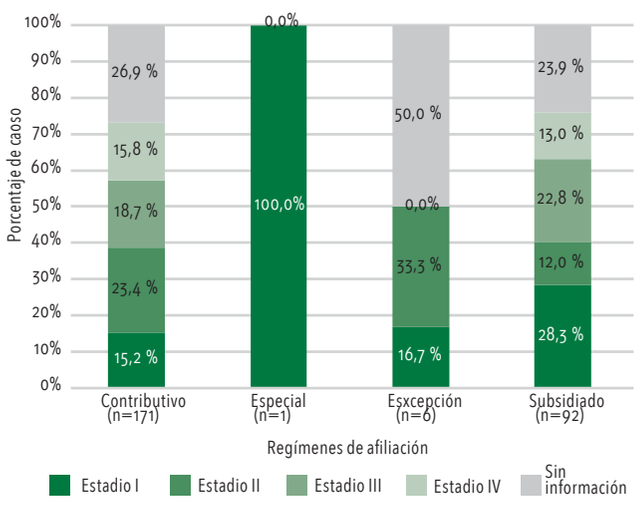
Figura 11.11. Distribución de los casos nuevos de LH según el estadio.



11.3.2 Estadificación de los CNR del LH según el régimen de afiliación

El análisis de la estadificación en los CNR por el régimen de afiliación revela una distribución similar en el subsidiado y el contributivo con una diferencia de máximo 4,1 puntos porcentuales entre los dos regímenes respecto a la concentración de los estadios III y IV, mientras que el estadio I presenta la diferencia más grande entre ambos regímenes con más de 13 puntos porcentuales. A pesar de una evidente mejora en el porcentaje de casos estadificados comparado con el periodo de análisis anterior, sigue presentándose un número no despreciable de casos que carecen de dicha información (27% en el régimen contributivo y 24% en el subsidiado) (figura 11.12).

Figura 11.12. Porcentaje de casos de LH según el estadio y el régimen de afiliación

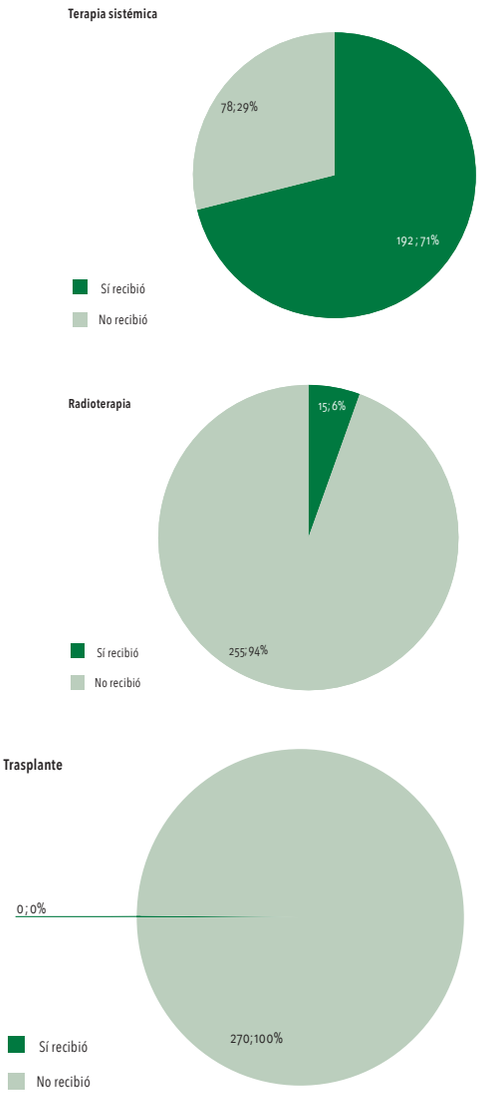


11.4 Tratamiento del LH en la población adulta durante el periodo en evaluación

En total, el 71% de los CNR recibió quimioterapia como tratamiento durante el periodo, y el 6% recibió radioterapia. Según la información reportada, durante el periodo no se reportaron personas con LH que recibieran trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (figura 11.13).

Cabe resaltar que los análisis muestran el uso no excluyente de cada tipo de tratamiento. Al igual que en el periodo anterior, el tratamiento de mayor uso durante el periodo de análisis fue la terapia sistémica, mientras que el tipo de tratamiento de menor participación fue el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas.

Figura 11.13. Porcentaje de uso de los tratamientos para LH



11.4.1 Medicamentos utilizados en el tratamiento de la población adulta con LH

El tratamiento farmacológico en LH constituye una de las alternativas para el manejo de la enfermedad, por lo general la de mayor uso. En este sentido, a partir del registro de datos disponibles se determinó la frecuencia de reporte de los medicamentos sugeridos por el instructivo para el reporte de información, así como los notificados por las diferentes entidades durante el periodo, sin que ello refleje el uso de esquemas específicos.

A partir de dicha información, se pudo observar que los medicamentos más frecuentemente usados fueron: Doxorubicina, dacarbazina, vinblastina, bleomicina y dexametasona, lo que podría corresponder al uso del protocolo AVBD como el esquema estándar de manejo (tabla 11.6).

Tabla 11.6. Frecuencia de uso de los medicamentos en LH

Medicamentos	Frecuencia de uso
Doxorubicina	185
Dacarbazina	181
Vinblastina	181
Bleomicina	178
Dexametasona	93
Pegfilgrastim	38
Vincristina	9
Ciclofosfamida	5
Interferón alfa	5
Prednisona	5
Etopósido	3
Rituximab	3
Citarabina	2

11.5 Oportunidad de la atención para población adulta con LH

El valor de la oportunidad se obtuvo a partir de la diferencia entre un punto temporal ulterior menos un punto temporal antecedente, generando estimaciones en días que determinan el tiempo transcurrido entre los eventos, para cada grupo considerado en el análisis.

El rango temporal de la sospecha hasta el diagnóstico fue definido como el tiempo que transcurre entre la nota de remisión o interconsulta por parte del médico o institución general, hasta el momento en el que se realiza el diagnóstico oncológico, mientras que el rango temporal del diagnóstico al tratamiento fue definido como el tiempo que transcurre entre el diagnóstico oncológico hasta el inicio del primer tratamiento.

11.5.1 Oportunidad del diagnóstico y el tratamiento inicial de LH en los casos nuevos reportados

El 45,2% de los CNR proporcionaron datos para establecer el tiempo entre la sospecha y la confirmación diagnóstica en los pacientes con LH, mientras que el 63,33% de los casos contó con información para establecer el tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento.

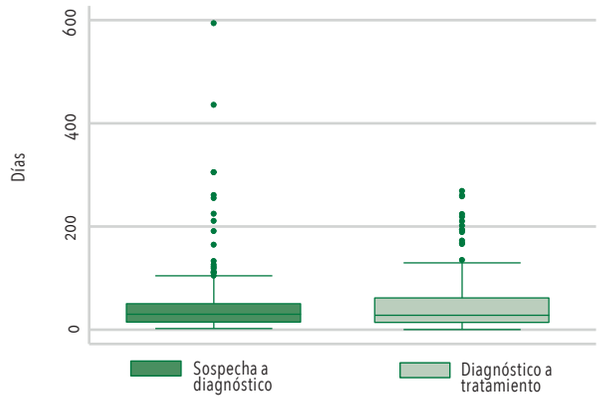
El análisis revela que en promedio trascurren 54,4 días entre la sospecha clínica y la confirmación diagnóstica, con una mediana de 29,5 días. La oportunidad entre el diagnóstico y el primer tratamiento mostró una media de 49,2 días y una mediana de 28 días.

Tal como se puede observar en ambas estimaciones, existe una diferencia significativa entre la mediana y la media debido a la dispersión de los datos y a la presencia de datos extremos, por lo cual se recomienda dar prioridad a la mediana que, en este tipo de casos, representa la mejor alternativa (tabla 11.7 y figura 11.14).

Tabla 11.7. Oportunidad de la atención en los CNR de LH

Variable	Observaciones	Media	Mediana	Desviación estándar	[95% IC]
Sospecha al diagnóstico	122	54,4	29,5	85,3	39,1 – 69,7
Diagnóstico al tratamiento	171	49,2	28	56,1	40,8 – 57,7

Figura 11.14. Oportunidad de la atención en los CNR de LH

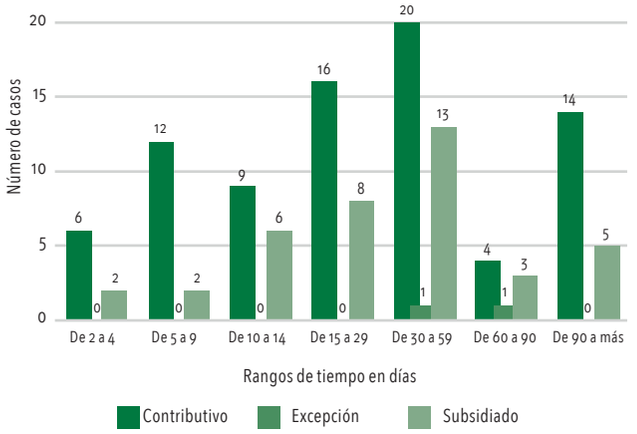


11.5.2 Oportunidad entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico según el régimen de afiliación

La oportunidad entre la sospecha clínica y el diagnóstico para los regímenes contributivo y subsidiado ubicó al mayor número de personas en el rango de los 30 a los 59 días (figura 11.15). Los demás regímenes

muestran resultados para pocas observaciones por lo que no se hacen comparables.

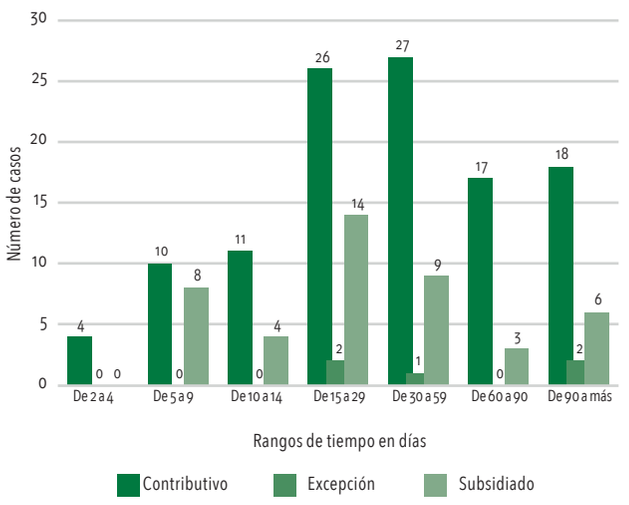
Figura 11.15. Oportunidad entre la sospecha y el diagnóstico oncológico



11.5.3 Oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el tratamiento según el régimen de afiliación

La oportunidad entre el momento en que se hace el diagnóstico y el primer tratamiento muestra, para el régimen contributivo, el rango de 30 a 59 días como aquel en que se ubica el mayor número de personas (figura 11.16), mientras que el subsidiado se ubica en el rango de 15 a 29 días. Al igual que en la oportunidad de la sospecha al diagnóstico oncológico, los demás regímenes cuentan con muy pocas observaciones.

Figura 11.16. Oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el primer tratamiento



11.6 Indicadores de la gestión del riesgo en LH

A continuación se presentan los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo en adultos con LH en Colombia (3):

Indicador 1. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes se le realizó biopsia escisional o aguja gruesa guiada por imágenes y cuentan con las coloraciones básicas y las coloraciones de inmunohistoquímica.
Indicador 2. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes se les realizó estadificación completa Ann Arbor con modificación de Costwolds o clasificación de Lugano.
Indicador 3. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma en estadios I y II.
Indicador 4. Proporción de pacientes diagnosticados con clasificación de riesgo: IPI, FLIPI, MIPI, IPS.
Indicador 5. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma quienes recibieron quimioterapia.
Indicador 6. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma quienes recibieron radioterapia.
Indicador 7. Proporción de pacientes con CD20+ que recibieron Rituximab (LBDCG – Folicular – Manto).
Indicador 8. Proporción de pacientes diagnosticados con linfoma en cuidados paliativos.
Indicador 9. Oportunidad de toma de biopsia (Tiempo entre la consulta o remisión para diagnóstico y la toma de la biopsia para estudio histopatológico).
Indicador 10. Oportunidad de confirmación diagnóstica (Tiempo desde la realización de la biopsia hasta la confirmación del diagnóstico).
Indicador 11. Oportunidad de tratamiento (Tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento).
Indicador 12. Oportunidad en la realización de trasplante.
Indicador 13. Tasa de remisión
Indicador 14.1. Tasa de letalidad en estadios limitados.
Indicador 14.2, Tasa de letalidad en estadios avanzados.
Indicador 15. Supervivencia global.

Los indicadores 1, 7, 12 y 15 no se midieron ya que aún no se cuenta con dicha información en el registro.

Tabla 11.8. Indicadores de la gestión del riesgo en LH según el régimen

Régimen	2.	3.	4.	5.	6.	8.	9.	10.	11.	13.	14.	14. 2
	> 40 %	> 60 %	> 35 %	> 90 %	Por definir	> 25 %	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 30 días	> 35 %	Por definir	Por definir
	> 30 - ≤ 40 %	> 50 - ≤ 60 %	> 28 - ≤ 35 %	> 80 - ≤ 90 %		> 15 - ≤ 25 %	> 15 - 29 días	> 15 - 29 días	> 30 - 59 días	> 30 - ≤ 35 %		
	≤ 30 %	≤ 50 %	≤ 28 %	≤ 50 %		≤ 15 %	≥ 30 días	≥ 30 días	≥ 60 días	≤ 30 %		
Contributivo	73,1	52,8	33,9	75,4	7,6	15,3	42,2	10,0	50,9	22,0	9,1	5,1
Especial	100	100	0,0	100	0,0	***	***	***	0,0	44,4	0,0	***
No asegurado	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***
Excepción	50,0	100	0,0	83,3	0,0		26,7	10,5	60,6	68,0	33,3	***
Subsidiado	76,1	52,9	30,4	62,0	2,2	12,1	40,7	10,8	44,0	24,6	5,4	6,1
Total	73,7	53,8	31,9	71,1	5,6	14,1	41,4	10,3	49,0	24,1	8,4	5,4

Tabla 11.9. Indicadores de la gestión del riesgo en LH por renglón del aseguramiento

Renglón	2.	3.	4.	5.	6.	8.	9.	10.	11.	13.	14. 1	14. 2.
	> 40 %	> 60 %	> 35 %	> 90 %	Por definir	> 25 %	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 30 días	> 35 %	Por definir	Por definir
	> 30 - ≤ 40 %	> 50 - ≤ 60 %	> 28 - ≤ 35 %	> 80 - ≤ 90 %		> 15 - ≤ 25 %	> 15 - 29 días	> 15 - 29 días	> 30 - 59 días	> 30 - ≤ 35 %		
	≤ 30 %	≤ 50 %	≤ 28 %	≤ 50 %		≤ 15 %	≥ 30 días	≥ 30 días	≥ 60 días	≤ 30 %		
CCF Contributivo	37,8	21,4	18,9	54,1	8,1	9,1	23,7	16,8	46,2	42,2	0,0	0,0
CCF Subsidiado	37,5	33,3	12,5	37,5	0,0	0,0	2,8	4,0	95,7	26,2	0,0	0,0
Comerciales Contributivo	94,6	56,6	55,4	85,7	10,7	26,1	29,9	8,3	34,1	4,2	10,0	4,3
Comerciales Subsidiado	38,5	73,3	10,3	74,4	5,1	0,0	41,5	12,7	67,2	11,1	18,2	0,0
Cooperativas Contributivo	89,7	46,2	24,1	72,4	10,3	7,1	156,9	0,8	50,6	16,5	16,7	7,1
Cooperativas Subsidiado	91,3	38,1	60,9	82,6	4,3	0,0	39,3	9,6	43,8	6,4	0,0	0,0
Indígenas y adaptadas	75,0	0,0	25,0	75,0	0,0	33,3	7,0	2,3	23,0	40,0	***	33,3
Públicas y Mixtas	89,6	63,3	31,3	64,2	0,0	18,2	51,4	13,9	55,5	38,2	2,6	9,1
Total	**74,1**	**52,8**	**32,7**	**70,7**	**5,7**	**14,1**	**41,7**	**10,3**	**48,9**	**22,9**	**7,8**	**5,4**

El régimen contributivo y el régimen subsidiado mostraron resultados similares, con el cumplimiento "alto" de dos indicadores: la proporción de personas a quienes se les realizó estadificación completa (Ann Arbor o Lugano) y la oportunidad de confirmación diagnóstica (el tiempo desde la realización de la biopsia hasta la confirmación del diagnóstico). Por otra parte, la clasificación del riesgo, la oportunidad de toma de biopsia y la atención por cuidados paliativos fueron aquellos indicadores con los niveles más bajos de cumplimiento por parte de todos los regímenes.

En cuanto a los sectores o renglones del aseguramiento, se observó un mejor desempeño por parte del renglón "indígenas y adaptadas" con 6 indicadores ubicados en el nivel de cumplimiento "alto".

Tabla 11.10. Indicadores de la gestión del riesgo en LH por EAPB

EAPB	2.	3.	4.	5.	6.	8.	9.	10.	11.	13.	14. 1	14. 2
	> 40 %	> 60 %	> 35 %	> 90 %	Por definir	> 25 %	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 30 días	> 35 %	Por definir	Por definir
	> 30 - ≤ 40 %	> 50 - ≤ 60 %	> 28 - ≤ 35 %	> 80 - ≤ 90 %		> 15 - ≤ 25 %	> 15 - 29 días	> 15 - 29 días	> 30 - 59 días	> 30 - ≤ 35 %		
	≤ 30 %	≤ 50 %	≤ 28 %	≤ 50 %		≤ 15 %	≥ 30 días	≥ 30 días	≥ 60 días	≤ 30 %		
11001	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***
CCF007	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***
CCF015	***	***	***	***	***	***	***	***	***	37,5	***	***
CCF023	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	***	***
CCF024	40,0	0,0	20,0	40,0	0,0	0,0	4,7	6,7	140	11,8		0,0
CCF027	***	***	***	***	***	***	***	***	***	33,3	***	***
CCF033	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	***	***
CCF050	0,0	***	0,0	100	0,0	***	***	***	7,0	***	***	***
CCF053	50,0	100	0,0	0,0	0,0	***	0,0	0,0	***	0,0	0,0	***
CCF055	***	***	***	***	***	***	***	***	***	33,3	***	***
CCF102	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***
EAS016	100	0,0	0,0	100	0,0	50,0	10,5	3,5	18,5	100		0,0
EMP017	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	***	***
EMP023	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	***	***
EMP028	100	100	0,0	100	0,0	***	***	***	0,0	0,0	0,0	***
EMP029	***	***	***	***	***	***	***	***	***	66,7	***	***
EPS001	100	0,0	100	100	0,0	0,0	29,0	7,0	51,0	20,0		0,0
EPS002	***	***	***	***	***	***	***	***	***	8,6	***	***
EPS005	89,3	72,0	57,1	75,0	7,1	0,0	50,1	8,8	22,5	0,9	11,1	14,3
EPS008	100	0,0	50,0	100	0,0	50,0	45,0	32,0	38,5	57,9		0,0
EPS010	100	42,3	53,8	96,2	15,4	40,0	15,6	7,7	41,0	10,0	9,1	0,0
EPS012	***	***	***	***	***	***	***	***	***	11,1	***	***
EPS016	89,7	46,2	24,1	72,4	10,3	7,1	156,9	0,8	50,6	16,5	16,7	7,1
EPS017	31,0	33,3	17,2	48,3	10,3	0,0	22,7	17,1	57,7	62,5	0,0	0,0
EPS018	50,0	0,0	16,7	66,7	0,0	0,0	14,0	5,0	15,8	36,6		0,0
EPS022	***	***	***	***	***	***	***	***	***	46,2	***	***
EPS023	100	100	0,0	100	0,0	***	***	10,0	77,0	0,0	0,0	***
EPS025	***	***	***	***	***	***	***	***	***	50,0	***	***
EPS033	100	100	100	0,0	0,0	***	30,0	0,0	***	0,0	0,0	***
EPS037	86,2	68,0	41,4	79,3	0,0	0,0	41,5	8,7	59,7	38,7	5,9	12,5
EPS044	23,5	75,0	0,0	88,2	5,9	0,0	2,0	27,3	104,6	0,0	0,0	0,0
EPS045	50,0	33,3	0,0	100	0,0	0,0	8,0	4,6	16,0	***	100,0	0,0
EPSI01	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	***	***	***	***	***	100,0
EPSI03	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***
EPSI04	0,0	***	100	100	0,0	***	0,0	0,0	32,0	100	***	***
EPSI05	***	***	***	***	***	***	***	***	***	14,3	***	***
EPSS33	75,0	100	25,0	75,0	0,0	***	30,0	0,0	19,3	0,0	0,0	***

Tabla 11.10. Indicadores de la gestión del riesgo en LH por EAPB (continuación)

EAPB	2.	3.	4.	5.	6.	8.	9.	10.	11.	13.	14. 1	14. 2
	> 40 %	> 60 %	> 35 %	> 90 %	Por definir	> 25 %	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 30 días	> 35 %	Por definir	Por definir
	> 30 - ≤ 40 %	> 50 - ≤ 60 %	> 28 - ≤ 35 %	> 80 - ≤ 90 %		> 15 - ≤ 25 %	> 15 - 29 días	> 15 - 29 días	> 30 - 59 días	> 30 - ≤ 35 %		
	≤ 30 %	≤ 50 %	≤ 28 %	≤ 50 %		≤ 15 %	≥ 30 días	≥ 30 días	≥ 60 días	≤ 30 %		
EPSS34	60,0	100	0,0	0,0	0,0	***	23,5	0,0	***	20,0	0,0	***
EPSS40	96,6	57,1	20,7	55,2	0,0	33,3	75,8	4,8	35,8	46,7	0,0	8,3
EPSS41	100	50,0	75,0	100	0,0	0,0	20,0	100,3	122,7	0,0	0,0	0,0
ESS002	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	***	***
ESS024	36,4	75,0	18,2	45,5	9,1	0,0	112,7	5,7	21,3	47,5	33,3	0,0
ESS062	100	16,7	66,7	50,0	0,0	0,0	44,8	3,7	99,0	0,0	0,0	0,0
ESS076	100	0,0	100	100	0,0	0,0	9,0	5,0	21,0	0,0		0,0
ESS091	***	***	***	***	***	***	***	***	***	50,0	***	***
ESS118	75,0	66,7	0,0	75,0	25,0	0,0	0,0	16,5	40,7	13,0	0,0	0,0
ESS133	***	***	***	***	***	***	***	***	***	3,3	***	***
ESS207	91,7	45,5	75,0	100	0,0	0,0	43,9	11,8	35,9	13,6	0,0	0,0
RES001	0,0	***	0,0	0,0	0,0	***	30,0	31,0	***	100	***	***
RES002	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***
RES003	50,0	100	0,0	100	0,0	***	25,0	0,0	24,0	62,5	0,0	***
RES004	66,7	100	0,0	100	0,0	***	***	10,7	85,0	44,4	50,0	***
RES006	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***
RES009	***	***	***	***	***	***	***	***	***	100	***	***
Total	**73,7**	**53,8**	**31,9**	**71,1**	**5,6**	**14,1**	**41,4**	**10,3**	**49,0**	**24,1**	**8,4**	**142,3**

11.7 Tablas complementarias

Tabla 11.11. Edad promedio de las personas de 18 años o más con LH

Variable	Observaciones	Media	Desviación estándar	[95% IC]
Edades (prevalentes)	2.595	44,18	17,765	43,49 – 44,86
Edades (CNR)	270	45,27	19,209	42,97 – 47,57

Tabla 11.12. Distribución de los casos de LH en la población de 18 años o más, según el sexo y el grupo etario

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
De 18 a 19 años	29	74	103
De 20 a 24 años	120	141	261
De 25 a 29 años	170	148	318
De 30 a 34 años	130	147	277
De 35 a 39 años	132	155	287
De 40 a 44 años	94	93	187
De 45 a 49 años	80	109	189
De 50 a 54 años	76	122	198
De 55 a 59 años	78	103	181
De 60 a 64 años	64	101	165
De 65 a 69 años	75	92	167
De 70 a 74 años	43	53	96
De 75 a 79 años	60	41	101
80 años y mas	36	29	65
Total	**1.187**	**1.408**	**2.595**

Tabla 11.13. Prevalencia, PCNR y mortalidad en LH en la población adulta en Colombia

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Amazonas	6,9	6,9	2,3	1,6	0	0
Antioquia	13,2	13,1	1,5	1,5	0,7	0,7
Arauca	0,7	0,6	0	0	0	0
Atlántico	3,7	3,7	0,5	0,5	0,1	0,1
Bogotá, D.C.	11,2	11,2	1,2	1,2	0,5	0,5
Bolívar	4	3,9	0,8	0,8	0,1	0,1
Boyacá	6,2	6,2	0,8	0,7	0,1	0,1
Caldas	11,3	11,2	0,1	0,2	0,7	0,6
Caquetá	5,3	5,4	1,3	1,4	0	0
Casanare	3	3,2	0	0	0,4	0,5
Cauca	3,9	3,9	0,2	0,2	0	0
Cesar	3,8	3,8	0,3	0,3	0,6	0,6
Chocó	0,7	0,7	0,3	0,4	0	0
Córdoba	6,1	6	0,4	0,4	0,4	0,4
Cundinamarca	4,2	4,3	0,2	0,2	0,1	0,1

Tabla 11.13. Prevalencia, PCNR y mortalidad en LH en la población adulta en Colombia (continuación)

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Guainía	0	0	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0
Huila	8,4	8,5	1,5	1,6	0,6	0,7
La Guajira	1,5	1,5	0,2	0,2	0	0
Magdalena	2,9	2,9	0,4	0,4	0,1	0,1
Meta	4,2	4,3	0	0	0,2	0,1
Nariño	3,8	3,9	0,4	0,4	0,1	0,1
Norte de Santander	5,6	5,7	0,7	0,7	0,2	0,2
Putumayo	0,9	0,8	0,5	0,4	0	0
Quindio	12,5	12,4	0,2	0,2	0,2	0,3
Risaralda	12,6	12,3	0,9	0,8	0,3	0,3
San Andrés	7,3	6,8	1,8	1,5	3,6	3,5
Santander	7,5	7,5	0,8	0,8	0,3	0,3
Sucre	3,3	3,4	0,5	0,5	0,2	0,2
Tolima	3,4	3,4	0,2	0,2	0	0
Valle del Cauca	8,6	8,6	0,8	0,8	0,4	0,3
Vaupés	0	0	0	0	0	0
Vichada	2,4	2,5	0	0	0	0
Total	**7,7**	**7,7**	**0,8**	**0,8**	**0,3**	**0,3**

Por 100.000 habitantes de 18 años o más

Tabla 11.14. Prevalencia, PCNR y mortalidad en LH en la población adulta según la BDUA

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
CCF007	4,3	4,1	0	0	0	0
CCF015	4,9	4,7	0	0	0	0
CCF023	0,7	0,5	0	0	0	0
CCF024	10,7	10,4	1,3	1,3	0,5	0,5
CCF027	3,9	3,7	0	0	0	0
CCF033	4,8	5,2	0	0	0	0
CCF050	1,2	1	1,2	1	1,2	1
CCF053	8,4	8,5	2,1	2	0	0
CCF055	0,9	0,9	0	0	0	0
CCF102	1	0,8	0	0	0	0
EAS016	33,9	16,2	22,6	8,8	0	0
EAS027	5,2	1,1	0	0	0	0
EPS001	8,9	9,6	0,6	0,6	0,6	0,5
EPS002	5,6	5,4	0	0	0,2	0,2

Tabla 11.14. Prevalencia, PCNR y mortalidad en LH en la población adulta según la BDUA (continuación)

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
EPS005	8,9	9,1	1,6	1,6	0,4	0,4
EPS008	7,8	7,8	0,2	0,2	0,4	0,5
EPS010	12,3	12,7	1,2	1,3	0,2	0,3
EPS012	15,1	14,7	0	0	0,5	0,5
EPS016	13,9	13,9	1,6	1,6	0,6	0,6
EPS017	13,9	14,3	1,9	2,1	0,5	0,6
EPS018	13,6	14	0,9	0,8	0,1	0,1
EPS022	6,1	6	0	0	0	0
EPS023	10,8	12,1	0,3	0,3	0,8	1,2
EPS025	3,5	3,4	0	0	0	0
EPS033	6,1	6,3	1,5	1,1	0	0
EPS037	11,2	10,9	1	1	0,8	0,5
EPS044	7,2	7,2	0,7	0,7	0,2	0,2
EPS045	3,6	3,4	0,8	0,8	0,1	0,1
EPSI01	2	2,6	1	1,8	1	1,8
EPSI03	1	1,2	0	0	0	0
EPSI04	2,8	2,7	0,9	1	0	0
EPSI05	4,8	4,8	0	0	0	0
EPSI06	0	0	0	0	0	0
EPSS33	4,7	4,8	0,5	0,5	0,3	0,3
EPSS34	6,6	6,8	0,6	0,6	0,2	0,2
EPSS40	14,8	14,5	2,4	2,3	1,2	1,2
EPSS41	1,7	1,9	0,6	0,7	0,3	0,4
ESS002	6,7	6,7	0	0	0,7	0,7
ESS024	5	5,1	0,8	0,8	0,4	0,5
ESS062	6,3	6,2	0,5	0,5	0	0
ESS076	1,7	1,7	0,2	0,2	0	0
ESS091	2,4	2,4	0	0	0	0
ESS118	3,4	3,3	0,3	0,3	0,2	0,2
ESS133	3,1	3,3	0	0	0,3	0,4
ESS207	5,4	5,3	1,2	1,1	0	0
Total	**7,9**	**7,9**	**0,8**	**0,8**	**0,3**	**0,3**

Por 100.000 afiliados de 18 años o más

Referencias bibliográficas

1. Mejía Freire S, Molina Calderón A, Duque Proaño G, Arias Maldonado F. Estudio Descriptivo: Características Clínicas, Demográficas e Histopatológicas de Pacientes con Diagnóstico de Linfoma no Hodgkin. Rev Médica HJCA. 2015;7(3):230–5.
2. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Instituto Nacional de Cancerología ESE. Guía de práctica clínica para la detección, tratamiento y seguimiento de linfomas Hodgkin y No Hodgkin en población mayor de 18 años. 2017.
3. Cuenta de alto costo. Indicadores de gestión del riesgo en adultos con linfoma no Hodgkin y linfoma Hodgkin en Colombia [En línea]. 2018. 1-114 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Indicadores_de_gestion_del_riesgo_en_adultos_con_Linfoma_no_Hodgkin_y_Linfoma_Hodgkin_en_Colombia.pdf

Lista de figuras

Lista de tablas

12 LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA (LLA) EN POBLACIÓN ADULTA CIE10: C91.0; CIE-O-3 C42 Y C77

En términos de frecuencia, y teniendo en cuenta todas las edades y ambos sexos, la LLA ocupó el noveno lugar entre los 11 tipos de cáncer priorizados para la CAC y el segundo entre las neoplasias hematológicas.

Los análisis presentados a continuación se llevaron a cabo en las personas de 18 años o más; la LLA en niños será objeto de análisis en la publicación orientada a describir la situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia

12.1 Características generales de la población adulta con LLA

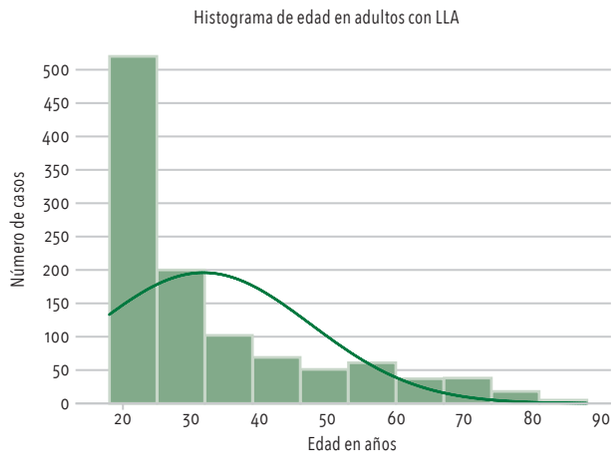
En el año 2018 se reportaron un total de 1.101 individuos mayores de 18 años con diagnóstico de LLA, de los cuales 158 corresponden a casos nuevos durante en el periodo evaluado y 142 a fallecimientos por LLA durante el mismo lapso.

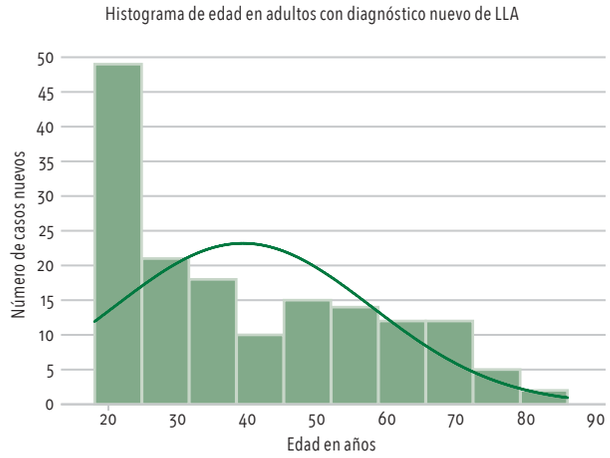
12.1.1 Edad de las personas con LLA

A la fecha de corte[1], la media de edad del total de los pacientes mayores de 18 años con LLA fue de 31,7, mientras que los casos nuevos tienen en promedio 39,3 años (tabla 12.9)

Al analizar los histogramas de frecuencia, se observa, en ambas poblaciones, una distribución asimétrica con cola a la derecha, que concentra la mayor parte de los casos en los adultos jóvenes, de entre 18 y 35 años aproximadamente (figura 12.1).

Figura 12.1. Histograma de edad y curva de normalidad de las personas adultas con LLA a la fecha de corte del periodo de reporte





12.1.2 Distribucion de las personas con LLA según el sexo

La ocurrencia de la LLA en la población mayor de 18 años revela una razón (mujer: hombre) de 0,92:1, con un total de 527 casos diagnosticados en la población femenina, frente a 574 casos entre los hombres mayores de 18 años (figura 12.2).

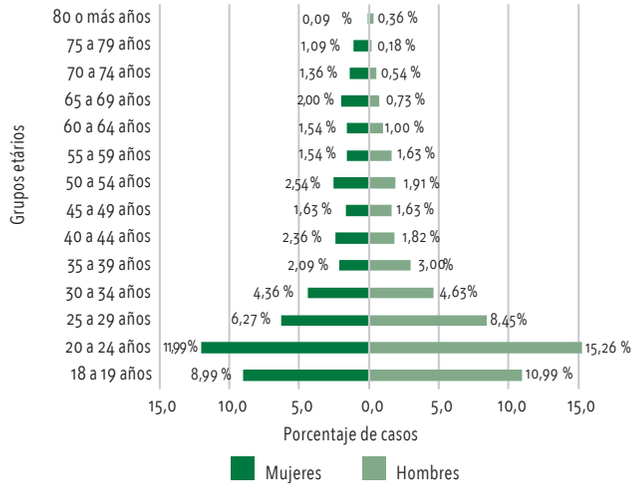
Figura 12.2. Razón de ocurrencia de la LLA según el sexo

12.1.3 Distribución de los casos de LLA según el grupo etario y el sexo

El 90% de los casos se concentran entre los 18 y los 59 años, siendo el rango de 20 a 24 años el que agrupa la mayor proporción de casos (más del 27%). En este grupo etario se hace más evidente la superioridad de los hombres, con una diferencia de 3,27 puntos porcentuales entre ambas poblaciones.

1 1 de enero de 2018

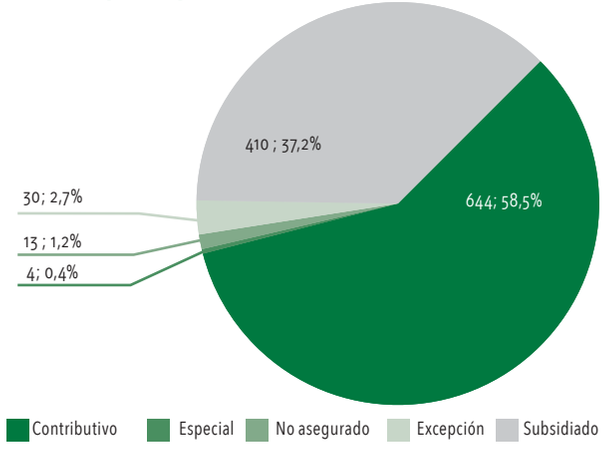
Figura 12.3. LLA por sexo y grupo etario



12.1.4 Distribución de las personas con LLA según el régimen de afiliación.

El 95,7% de los casos de LLA se agrupan en los regímenes contributivo y subsidiado, cada uno con un 58,5 y 37% de los casos respectivamente. El 4,3% restante se distribuye entre los regímenes de excepción, especial y en la población no asegurada (figura 12.4).

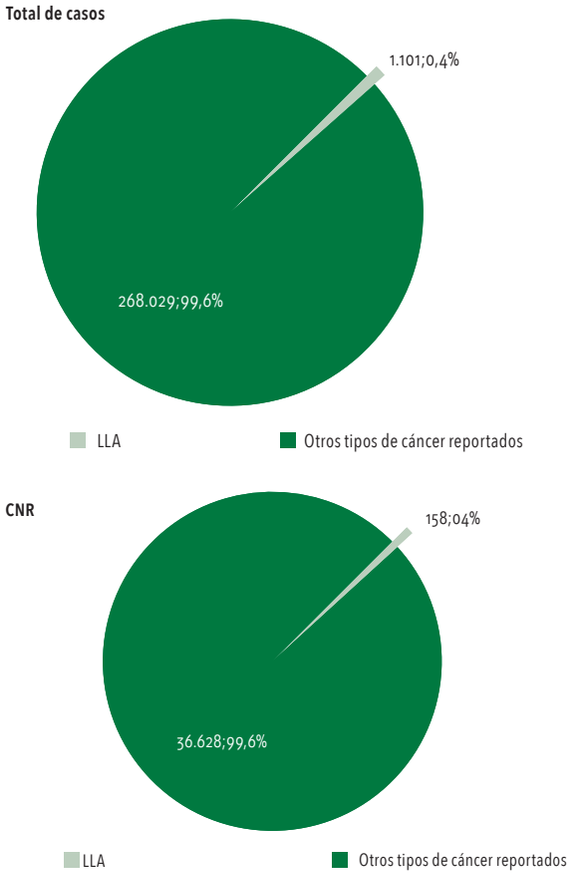
Figura 12.4. Proporción de casos de LLA en la población adulta según régimen de afiliación



12.1.5 Representación de la LLA sobre el total de casos de cáncer reportados

La LLA concentra en total el 0,4% de todos los casos de cáncer reportados a la CAC y el 0,4% de los nuevos diagnósticos durante el periodo evaluado (CNR) (figura 12.5).

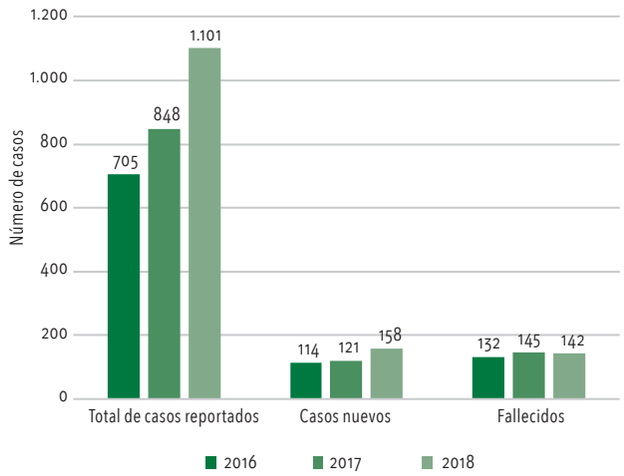
Figura 12.5. Porcentaje de casos prevalentes y casos nuevos reportados de LLA en población adulta



12.1.6 Número de casos de LLA reportados, 2016 -2018

Al igual que en los demás tipos de neoplasias, se registra un aumento progresivo del número de casos de LLA. A la fecha de corte del periodo, el reporte total de personas con LLA presentó un incremento del 56% respecto al 2015, mientras que los casos nuevos y los fallecidos aumentaron en un 39% y 8% respectivamente (figura 12.6).

Figura 12.6. Evolución del registro de la LLA en población adulta



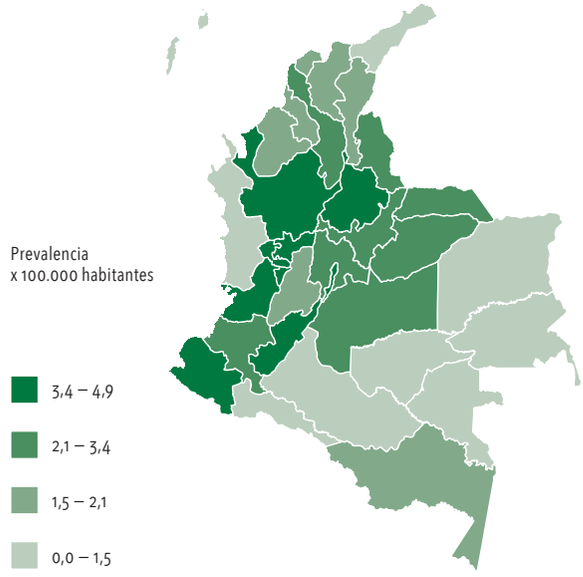
12.2 Prevalencia, PCNR y mortalidad de la LLA en población adulta

12.2.1 Prevalencia de la LLA en Colombia

La prevalencia de la LLA calculada para el periodo de análisis es de 3,3 casos por cada 100.000 habitantes de 18 años o más[2] (tabla 12.11). Los departamentos con mayor prevalencia de LLA fueron: Santander, Bogotá, D.C., Nariño, Caldas, Antioquia, Valle del Cauca, Risaralda, Huila y Quindío con resultados entre 2,9 y 4,9 casos por cada 100.000 habitantes adultos (figura 12.7).

Los departamentos que mostraron la menor prevalencia fueron: Arauca, Chocó, Atlántico, Putumayo, La Guajira, Caquetá y Chocó con cálculos entre 0,2 y 1,5 casos por cada 100.000 habitantes de 18 años o más. Guainía, Guaviare, Vaupés y vichada no reportaron casos de LLA en adultos (figura 12.7).

Figura 12.7. Prevalencia de la LLA en Colombia



12.2.2 Prevalencia de la LLA en la BDUA

El cálculo de la prevalencia de la LLA en la población afiliada fue de 3,3 afectados por cada 100.000 afiliados de 18 años o más (tabla 12.1). Los aseguradores con mayor prevalencia de LLA fueron: CCF027, EPS023, ESS091, EPS012 y EPS001 con valores por encima de los 6 casos por cada 100.000 afiliados adultos (tabla 12.9). Las entidades con menores estimaciones fueron EPSS41, CCF023, CCF102 y CCF055 con valores por debajo de 1 caso por cada 100.000 afiliados adultos (tabla 12.12)

Tabla 12.1 Prevalencia de LLA según régimen

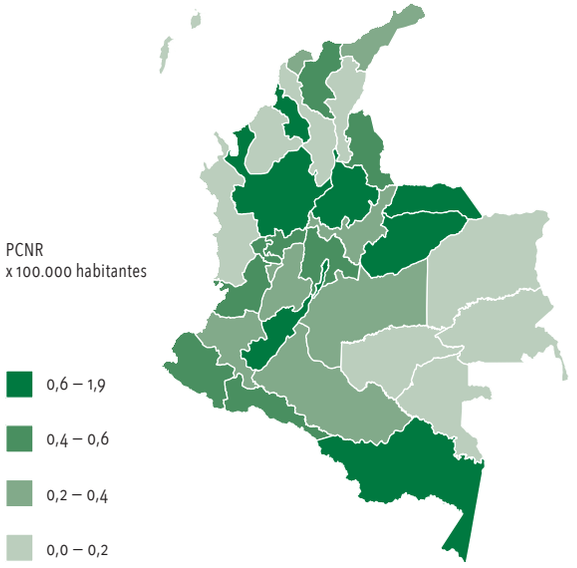
Régimen	Casos	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada
Contributivo	644	3,75	3,94
Subsididado	410	2,79	2,66
Total	**1054**	**3,31**	**3,31**

12.2.3 PCNR de la LLA en el país

Para el periodo de análisis, la LLA presentó una PCNR a nivel nacional de 0,5 casos nuevos por 100.000 de habitantes (tabla 12.11). Los departamentos con mayor PCNR fueron: San Andrés, Amazonas, Casanare, Arauca, Sucre, Huila, Antioquia, Santander, Bogotá, D.C., Putumayo y Valle del Cauca con valores entre 0,6 y 1,9 casos por 100.000 habitantes de 18 años o más (figura 12.8). Chocó, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada no reportaron casos nuevos de LLA para el periodo. (figura 12.8) Cesar y Bolívar son los departamentos con menor PCNR de LLA.

2 Datos país, observados en el SGSSS

Figura 12.8. PCNR de la LLA en Colombia



12.2.4 PCNR de la LLA en la BDUA

La PCNR de la LLA a nivel del aseguramiento fue de 0,5 casos nuevos por cada 100.000 adultos afiliados al SGSSS (tabla 12.2). Las entidades aseguradoras con mayor PCNR fueron: CCF053, EPS023, EPS018, EPS005 y CCF007, con estimaciones por encima de 1 caso nuevos por cada 100.000 adultos afiliados. (tabla 12.12). De las entidades que reportaron casos en el periodo, EPSS34 y EPSS41 son las entidades con menor PCNR.

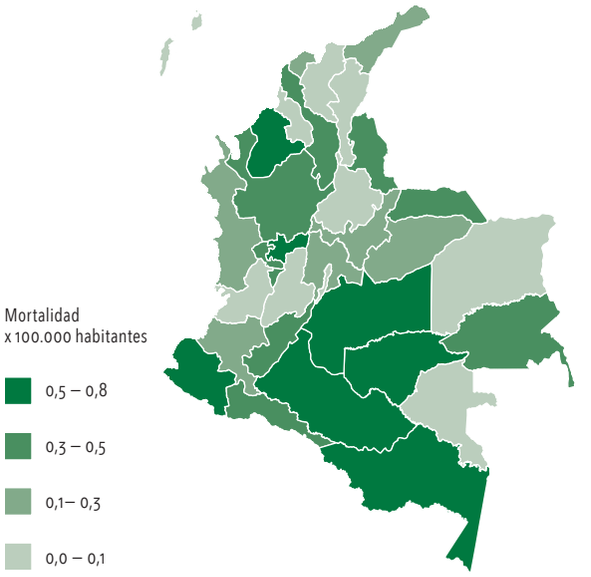
Tabla 12.2 PCNR de LLA según régimen

Régimen	Casos	PCNR Cruda	PCNR Ajustada
Contributivo	103	0,60	0,62
Subsididado	53	0,36	0,35
Total	**156**	**0,49**	**0,49**

12.2.5 Mortalidad en las personas con LLA en Colombia

La mortalidad en LLA en el país fue de 0,4 casos por cada 100.000 habitantes de 18 años o más[3] (tabla 12.11). Los departamentos con mayor mortalidad para LLA fueron: Santander, Cesar, Magdalena, Cauca, Nariño, Antioquia, Putumayo, Sucre, Arauca y Casanare con estimaciones 0,5 a 0,8 casos por 100.000 habitantes de 18 años o más, mientras que los departamentos con menor mortalidad son: Meta, La Guajira, Bolívar y Risaralda con 0,1 casos por 100.000 habitantes (figura 12.9). Chocó, San Andrés, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada no reportaron casos para el periodo.

Figura 12.9. Mortalidad en las personas con LH en Colombia



12.2.6 Mortalidad en las personas con LLA en la BDUA

La mortalidad por el LLA en la población afiliada al sistema de salud fue de 0,4 por 100.000 afiliados de 18 años o más (tabla 12.3). Las aseguradoras con mayor estimación para mortalidad por LLA fueron EPS033, CCF027 y EPSS33, con al menos 1 caso por cada 100.000 afiliados adultos (tabla 12.12). De las entidades que reportaron datos, las menores estimaciones fueron para EPS002, EPSS34 y EPS008 con 0,2 casos por cada 100.000 adultos afiliados.

Tabla 12.3 Mortalidad de LLA según régimen

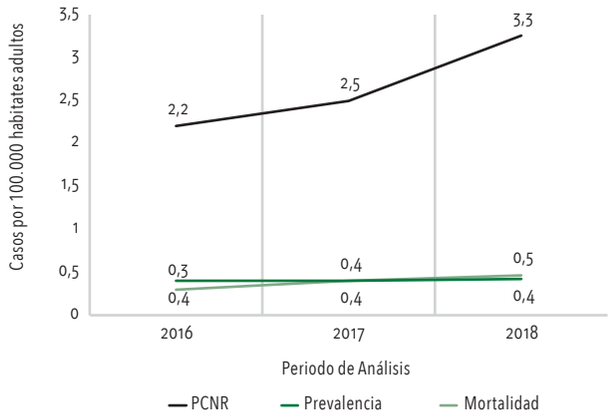
Régimen	Casos	Mortalidad Cruda	Mortalidad Ajustada
Contributivo	84	0,49	0,51
Subsididado	54	0,37	0,36
Total	**138**	**0,43**	**0,43**

12.2.7 Prevalencia, PCNR y mortalidad de LLA, 2016 – 2018

Como es posible observar en la figura 12.10, la LLA en la población mayor de 18 años muestra un incremento en los tres indicadores de morbimortalidad, especialmente en lo relacionado con la prevalencia de la enfermedad, pasando de 2,2 en el 2016 a 3,3 en el 2018 (figura 12.10).

3 Datos país, observados en el SGSSS

Figura 12.10. Prevalencia, PCNR y mortalidad de LLA, 2016 – 2018

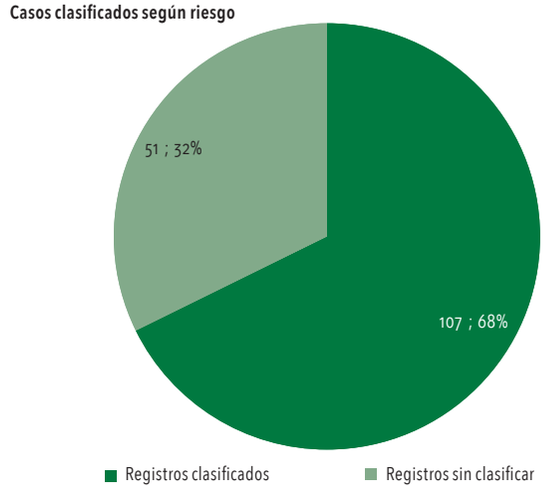


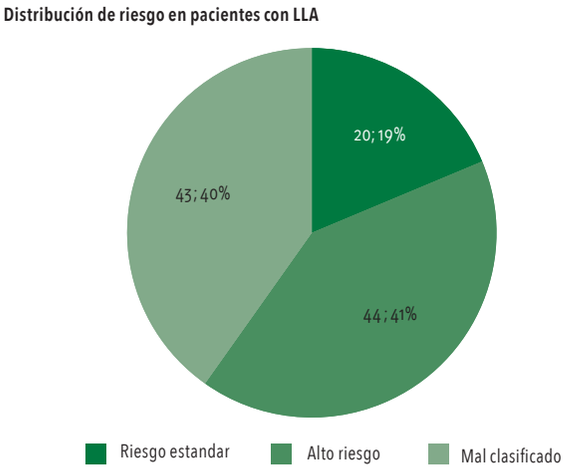
12.3 Clasificación del riesgo de la LLA en población adulta

12.3.1 Clasificación del riesgo en los CNR de la LLA en Colombia

Del total de registros, el 32% carece de información relacionada con la clasificación del riesgo. De aquellos clasificados, el 41% corresponde a los casos de alto riesgo, el 19% obedece a los de riesgo estándar y el 40% corresponde a los casos mal clasificados, es decir, aquellos que reportan niveles de riesgo no aplicables a LLA (figura 12.11).

Figura 12.11. Clasificación del riesgo de los CNR de LLA en Colombia

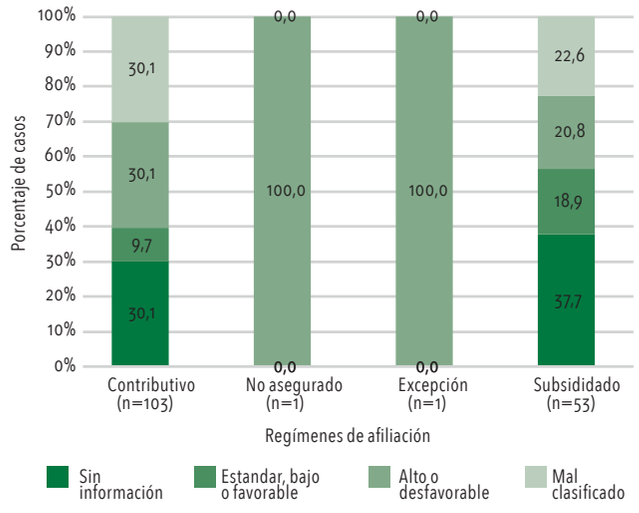




12.3.2 Clasificación del riesgo de los CNR de la LLA según el régimen de afiliación

Tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado se observa al nivel de "alto riesgo" como el de mayor representación, con una diferencia entre ambos regímenes de 9,7 puntos porcentuales, siendo el régimen subsidiado el que muestra el menor porcentaje. En este mismo sentido, el nivel de riesgo "estándar" presenta una diferencia similar entre ambos regímenes, pero en esta ocasión es el contributivo el que muestra el menor porcentaje de casos clasificados en dicho nivel de riesgo. Llama la atención el elevado porcentaje de casos sin información relacionada, así como el porcentaje de casos mal clasificados en ambos regímenes (figura 12.12).

Figura 12.12. Porcentaje de casos de LLA según la etapa y el régimen de afiliación

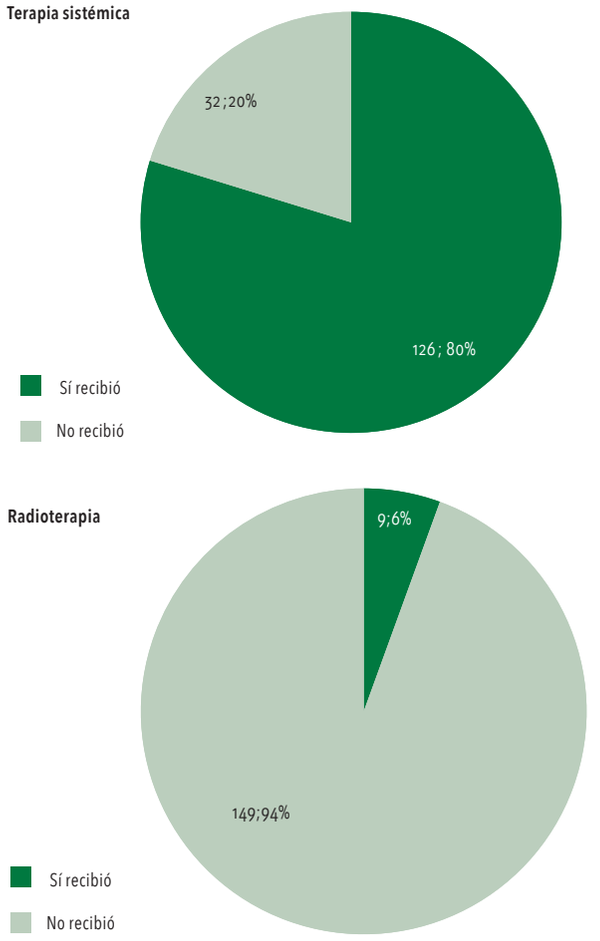


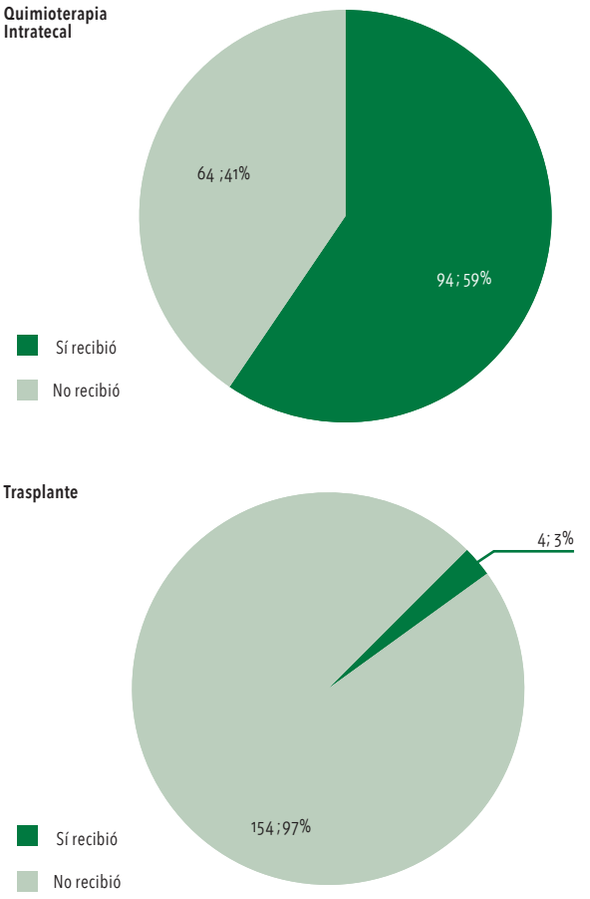
12.4 Tratamiento de los CNR con LLA en la población adulta durante el periodo en evaluación

Durante el periodo, en el 80% de los casos se reportó la administración de quimioterapia sistémica como tratamiento, el 6% recibió radioterapia y el 59% quimioterapia intratecal. En el 3% de los casos reportados se realizó un trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TPH) (figura 12.13).

Los tratamientos para la LLA son combinados, por lo tanto, en el análisis estos no son excluyentes. El tratamiento con mayor representación durante el periodo de análisis según los datos reportados fue la quimioterapia sistémica, mientras que el porcentaje de pacientes llevados a un TPH es muy bajo.

Figura 12.13. Porcentaje de uso de los tratamientos para CNR de LLA





12.4.1 Medicamentos utilizados en el tratamiento de población adulta con LLA

Del registro de datos disponibles se determinó la frecuencia de uso de los medicamentos sugeridos por el instructivo para el reporte de la información, así como los notificados por las diferentes entidades durante el periodo, sin que ello refleje el uso de esquemas específicos.

A partir de dicha información, se pudo observar que los medicamentos más frecuentemente usados fueron: vincristina, metrotexato, citarabina, dexametasona, ciclofosfamida y prednisona (tabla 12.4).

Tabla 12.4. Frecuencia de uso de medicamentos en LLA

Medicamentos	Frecuencia	Medicamentos
Vincristina	96	Idarrubicina
Metotrexato	83	Etoposido
Citarabina	66	Imatinib
Dexametasona	57	Rituximab
Ciclofosfamida	51	Metilprednisolona
Prednisona	50	Tioguanina
Daunorubicina	38	Fludarabina
Doxorubicina	31	Interferonalfa
Asparaginasa	31	Vinblastina
Pegfilgrastim	22	Dasatinib
Mercaptopurina	21	Leucovorina

12.5 Oportunidad de la atención en la población adulta con LLA

La oportunidad en la atención se calculó a partir de la diferencia entre un punto temporal ulterior menos un punto temporal antecedente, generando estimaciones en días que determinan el tiempo transcurrido entre los eventos, para cada grupo considerado en el análisis.

El rango temporal de la sospecha hasta el diagnóstico fue definido como el tiempo que transcurre entre la nota de remisión o interconsulta por parte del médico o institución general, hasta el momento en el que se realiza el diagnóstico, mientras que el rango temporal del diagnóstico al tratamiento fue definido como el tiempo que transcurre entre el diagnóstico de leucemia hasta el inicio del primer tratamiento.

12.5.1 Oportunidad del diagnóstico y tratamiento inicial de la LLA en los casos nuevos reportados

En el 54,3% de los CNR se proporcionó información para establecer el tiempo entre la sospecha y diagnóstico del LLA. Por su parte, en el 72,7% se contó con información para establecer el tiempo desde diagnóstico al primer tratamiento.

En promedio, el tiempo desde la sospecha clínica hasta el diagnóstico fue 35,4 días con una mediana de 10,5 días. Respecto al tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento la media fue de 21,9 días y la mediana de 7 días (tabla 12.5).

En ambas estimaciones, existe una diferencia significativa entre la mediana y la media debido a la dispersión de los datos y a la presencia de datos extremos, por lo cual se recomienda dar prioridad a la mediana que, que en este tipo de casos representa la mejor alternativa (tabla 12.5 y figura 12.14).

Figura 12.14. Oportunidad de atención en los CNR de LLA

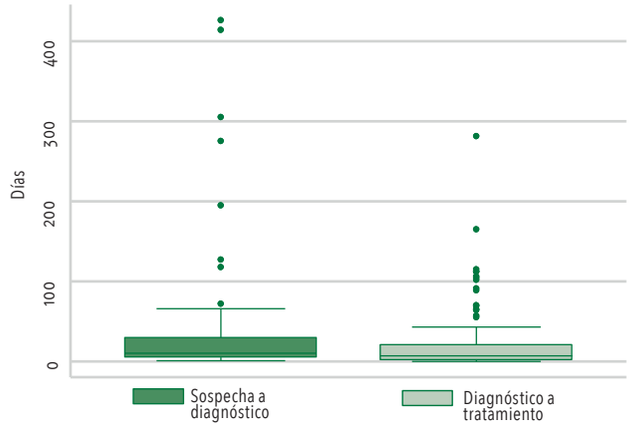


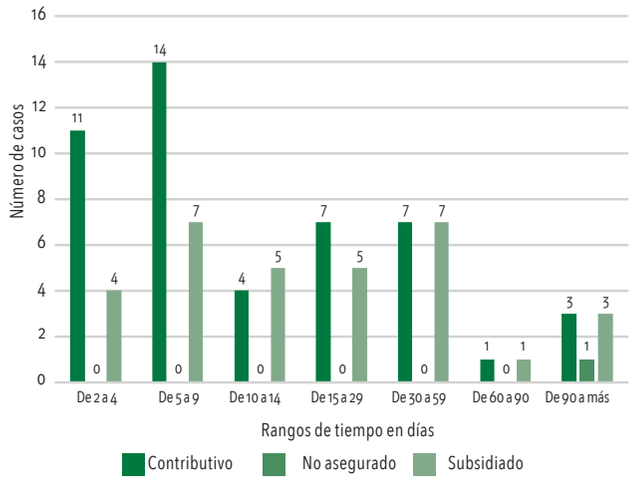
Tabla 12.5. Oportunidad entre el diagnóstico y el tratamiento inicial para la LLA

Variable	Observaciones	Media	Mediana	Desviación estándar	[95% IC]
Sospecha - Diagnóstico	86	35,4	10,5	78	18,7 – 52,1
Diagnóstico - Tratamiento	115	21,9	7	39,7	14,5 – 29,2

12.5.2 Oportunidad entre la sospecha clínica y el diagnóstico de la LLA según el régimen de afiliación

Al examinar la oportunidad entre la sospecha clínica y el diagnóstico por el régimen de afiliación se puede observar que, para el contributivo, el rango de tiempo con la mayor cantidad de casos fue el de 5 a 9 días (figura 12.15). En el caso del régimen subsidiado se observa un resultado bimodal que comprende a los rangos de 5 a 9 días y 30 a 59 días. Los demás regímenes no presentan datos o muestran resultados para muy pocas observaciones por lo que no se hacen comparables.

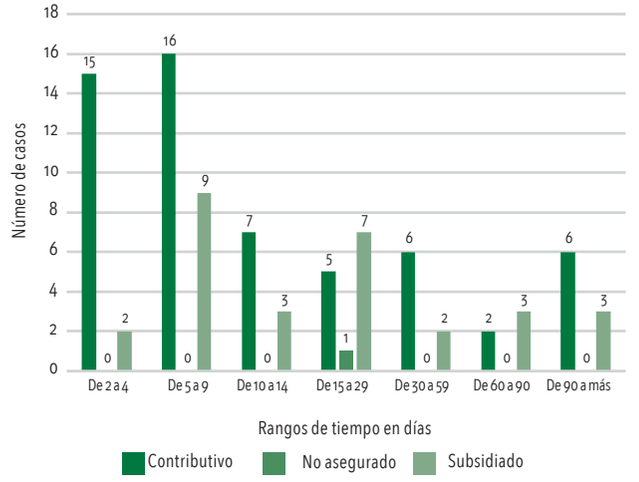
Figura 12.15. Oportunidad entre la sospecha y el diagnóstico oncológico



12.5.3 Oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el primer tratamiento según el régimen de afiliación

El análisis respecto de la oportunidad entre el momento en que se hace el diagnóstico y el primer tratamiento muestra para el régimen contributivo y el subsidiado el rango de 5 a 9 días como aquel en el que se ubica el mayor número de casos (figura 12.16), los demás regímenes cuentan con muy pocas observaciones o no presentan datos válidos.

Figura 12.16. Oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el primer tratamiento



12.6 Indicadores de la gestión del riesgo en LLA

A continuación se presentan los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo en adultos con LLA en Colombia (1):

Indicador 1. Oportunidad de remisión a diagnóstico
Indicador 2. Oportunidad de diagnóstico a tratamiento
Indicador 3. Oportunidad de trasplante
Indicador 4. Proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunotipificación y estudios genéticos.
Indicador 5. Proporción de pacientes a quienes se realizó pruebas moleculares (FISH o PCR)
Indicador 6. Proporción de pacientes con clasificación del riesgo
Indicador 7. Calidad del reporte de la biopsia de médula ósea
Indicador 8. Proporción de consolidación
Indicador 9. Tasas de remisión
Indicador 10. Supervivencia relativa

Se midieron los indicadores 1, 2 y 6, los demás indicadores no fueron calculados debido a que aún no se cuenta con dicha información en el registro.

Tabla 12.6. Indicadores de la gestión del riesgo en LLA según el régimen de afiliación

Régimen	1.	2.	6.
	≤ 5 días	≤ 5 días	≥ 67,2 %
			≥ 57 - <67,2 %
	> 5 días	> 5 días	< 57 %
Contributivo	● 27,5	● 19,0	● 41,7
Especial	***	***	***
No asegurado	● 127	● 26,0	● 100
Excepción	***	● 0,0	● 100
Subsidiado	● 45,6	● 27,9	● 47,2
Total	● **35,4**	● **22,0**	● **44,3**

Tabla 12.7. Indicadores de la gestión del riesgo en LLA por renglón de afiliación

Renglón	1.	2.	6.
	≤ 5 días	≤ 5 días	≥ 67,2 %
			≥ 57 - <67,2 %
	> 5 días	> 5 días	< 57 %
CCF Contributivo	● 19,4	● 18,5	● 0,0
CCF Subsidiado	● 91,7	● 9,0	● 0,0
Comerciales Contributivo	● 12,0	● 13,0	● 54,5
Comerciales Subsidiado	● 93,4	● 28,2	● 43,3
Cooperativas Contributivo	● 2,5	● 8,1	● 60,0
Cooperativas Subsidiado	● 19,7	● 21,8	● 60,0
Indígenas y adaptadas	● 21,0	● 70,0	● 0,0
Públicas y Mixtas	● 36,9	● 37,8	● 57,1
Total	● **34,3**	● **22,1**	● **43,6**

De los indicadores que actualmente son posibles de medir, se presentaron resultados críticos, con un bajo cumplimiento de las metas establecidas. De los sectores o renglones del aseguramiento, se observó un mejor desempeño por parte del renglón "cooperativas contributivo" con un indicador ubicados en el nivel de cumplimiento "alto" y uno en nivel "medio".

Tabla 12.8. Indicadores de la gestión del riesgo en LLA por EAPB

EAPB	1.	2.	6.
	≤ 5 días	≤ 5 días	≥ 67,2 %
			≥ 57 - <67,2 %
	> 5 días	> 5 días	< 57 %
19000	127	26,0	100
CCF007	72,0	19,0	0,0
CCF024	101,5	4,0	0,0
CCF027	***	***	0,0
CCF053	***	***	0,0
EPS002	7,7	4,6	75,0
EPS005	9,2	6,0	33,3
EPS010	21,3	24,6	61,5
EPS016	2,5	8,1	60,0
EPS017	30,0	19,2	0,0
EPS018	14,2	17,8	0,0
EPS023	***	21,0	80,0
EPS025	***	1,0	100
EPS037	17,7	30,0	50,0
EPS044	190	36,4	40,0
EPS045	***	45,0	60,0
EPSI04	21,0	70,0	0,0
EPSS33	9,0	30,8	25,0
EPSS34	43,0	***	100
EPSS40	3,0	96,0	50,0
EPSS41	275	1,0	100
ESS024	66,9	12,9	44,4
ESS062	26,7	21,7	33,3
ESS091	3,0	1,5	50,0
ESS118	11,3	39,8	50,0
ESS207	24,7	7,4	83,3
RES004	***	0,0	100
Total	35,4	22,0	44,3

12.7 Tablas complementarias

Tabla 12.9. Edad promedio de las personas con LLA en la población adulta

Variable	Observaciones	Media	Desviación estándar	[95% IC]
Edades prevalentes	1.101	31,79	15,7	30,9 – 32,7
Edades CNR	158	39,32	18,5	36,4 – 42,2

Tabla 12.10. Distribución de casos de LLA en la población adulta según el sexo y el grupo etario

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
De 15 a 19 años	99	121	220
De 20 a 24 años	132	168	300
De 25 a 29 años	69	93	162
De 30 a 34 años	48	51	99
De 35 a 39 años	23	33	56
De 40 a 44 años	26	20	46
De 45 a 49 años	18	18	36
De 50 a 54 años	28	21	49
De 55 a 59 años	17	18	35
De 60 a 64 años	17	11	28
De 65 a 69 años	22	8	30
De 70 a 74 años	15	6	21
De 75 a 79 años	12	2	14
80 años y mas	1	4	5
Total	**527**	**574**	**1.101**

Tabla 12.11. Prevalencia, PCNR y mortalidad en LLA en la población mayor de 18 años en Colombia

Departamento	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada	PCNR Cruda	PCNR Ajustada	Mortalidad Cruda	Mortalidad Ajustada
Antioquia	4,1	4,2	0,6	0,6	0,6	0,6
Atlántico	1,5	1,5	0,2	0,2	0,3	0,4
Bogotá, DC	4,5	4,7	0,6	0,6	0,4	0,4
Bolívar	2,5	2,4	0,1	0,1	0,1	0,1
Boyacá	2,7	2,9	0,2	0,2	0,3	0,4
Caldas	4	4,2	0,4	0,5	0,4	0,4
Caquetá	1	0,8	0,3	0,3	0,3	0,3
Cauca	2,9	2,8	0,3	0,3	0,6	0,6
Cesar	2,1	2	0,2	0,1	0,8	0,7
Córdoba	1,9	1,9	0,2	0,2	0,3	0,3
Cundinamarca	2,8	2,8	0,5	0,5	0,3	0,3
Chocó	0,3	0,2	0	0	0	0
Huila	3,6	3,4	0,6	0,6	0,3	0,3
La Guajira	1	0,8	0,3	0,3	0,2	0,1
Magdalena	1,8	1,8	0,5	0,5	0,6	0,6
Meta	2,4	2,3	0,3	0,3	0,2	0,1

Tabla 12.11. Prevalencia, PCNR y mortalidad en LLA en la población mayor de 18 años en Colombia (continuación)

Departamento	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada	PCNR Cruda	PCNR Ajustada	Mortalidad Cruda	Mortalidad Ajustada
Nariño	4,4	4,3	0,4	0,4	0,6	0,6
Norte de Santander	2,2	2,1	0,4	0,4	0,3	0,3
Quindío	3,2	3,4	0,2	0,3	0,2	0,2
Risaralda	3,5	3,6	0,6	0,5	0,1	0,1
Santander	4,7	4,9	0,6	0,6	0,8	0,8
Sucre	2,1	2,1	0,7	0,7	0,5	0,5
Tolima	1,7	1,7	0,3	0,3	0,4	0,4
Valle del Cauca	3,7	3,8	0,6	0,6	0,4	0,4
Arauca	2,6	2,2	0,7	0,7	0,7	0,5
Casanare	2,5	2,7	0,8	0,8	0,4	0,5
Putumayo	0,9	0,9	0,5	0,6	0,5	0,6
San Andrés	1,8	1,9	1,8	1,9	0	0
Amazonas	2,3	1,6	2,3	1,6	0	0
Guainía	0	0	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0
Vaupés	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0
Total	**3,3**	**3,3**	**0,5**	**0,5**	**0,4**	**0,4**

Por 100.000 habitantes de 18 años o más

Tabla 12.12 Prevalencia, PCNR y mortalidad en LLA en la población mayor de 18 años en la BDUA

Entidad	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada	PCNR Cruda	PCNR Ajustada	Mortalidad Cruda	Mortalidad Ajustada
CCF007	3,4	3	0,9	1	0	0
CCF015	1,1	1	0	0	0,3	0,2
CCF023	0,7	0,7	0	0	0	0
CCF024	4,8	4,4	0,8	0,8	0,3	0,3
CCF027	8,6	8,1	0,8	0,7	1,6	1,5
CCF033	0	0	0	0	0	0
CCF050	3,6	3,7	0	0	0	0
CCF053	5,2	5	2,1	2,4	0	0
CCF055	0,2	0,2	0	0	0,2	0,2
CCF102	1	0,6	0	0	0	0
EAS016	0	0	0	0	0	0
EAS027	0	0	0	0	0	0
EPS001	4,7	6	0	0	0,6	0,5
EPS002	1,7	1,6	0,4	0,5	0,2	0,1
EPS005	3,3	3,6	1	1,1	0,5	0,6
EPS008	2,4	2,4	0	0	0,1	0,1

Tabla 12.12 Prevalencia, PCNR y mortalidad en LLA en la población mayor de 18 años en la BDUA (continuación)

Entidad	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada	PCNR Cruda	PCNR Ajustada	Mortalidad Cruda	Mortalidad Ajustada
EPS010	3,4	3,5	0,6	0,5	0,4	0,4
EPS012	5,4	6,5	0	0	0	0
EPS016	4,2	4,5	0,6	0,6	0,6	0,6
EPS017	4,7	4,6	0,9	0,9	0,7	0,7
EPS018	4,2	4,3	1,2	1,2	0,6	0,7
EPS022	3	3	0	0	0	0
EPS023	7,2	7,1	1,4	1,4	0,6	0,5
EPS025	2,6	2,3	0,9	0,6	0	0
EPS033	1,5	1,6	0	0	1,5	1,6
EPS037	3,9	4,6	0,6	0,6	0,8	0,9
EPS044	4,7	5,1	0,4	0,4	0,4	0,4
EPS045	1,2	1,2	0,7	0,6	0,3	0,2
EPSI01	2	1,4	0	0	0	0
EPSI03	1,4	1,1	0	0	0	0
EPSI04	1,9	1,4	0,9	0,7	0	0
EPSI05	3,4	3	0	0	0,5	0,4
EPSI06	2	1,3	0	0	0	0
EPSS33	3,5	3,2	0,5	0,5	1,3	1,3
EPSS34	2,9	3,1	0,2	0,2	0,1	0,1
EPSS40	4,7	4,7	0,5	0,5	0,5	0,5
EPSS41	0,8	0,8	0,2	0,1	0	0
ESS002	3	2,7	0	0	0	0
ESS024	2,7	2,5	0,7	0,7	0,5	0,5
ESS062	2,7	2,5	0,2	0,3	0,5	0,5
ESS076	1,8	1,7	0	0	0	0
ESS091	6,3	6,6	1	0,8	1	0,9
ESS118	3,8	3,6	0,4	0,4	0,7	0,6
ESS133	1,8	1,6	0	0	0,3	0,3
ESS207	3,3	3,2	0,6	0,6	0,2	0,2
Total	**3,3**	**3,3**	**0,5**	**0,5**	**0,4**	**0,4**

Por 100.000 afiliados de 18 años o más

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Indicadores de gestión del riesgo en adultos con leucemia linfoide y leucemia mieloide aguda en Colombia [En línea]. 2018. 1-74 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Libro_Consenso_Leucemias_2018.pdf

Lista de tablas

Lista de figuras

13 LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA (LMA) EN LA POBLACIÓN ADULTA CIE10: C920, C924, C925, CIE-0-3:42

En términos de frecuencia, la LMA ocupó el último lugar entre los 11 tipos de cáncer priorizados de la CAC y el cuarto entre los tipos de cáncer hematológico, teniendo en cuenta todas las edades y ambos sexos. Los análisis presentados a continuación se llevaron a cabo exclusivamente en las personas de 18 años o más.

13.1 Características generales de la población adulta con LMA

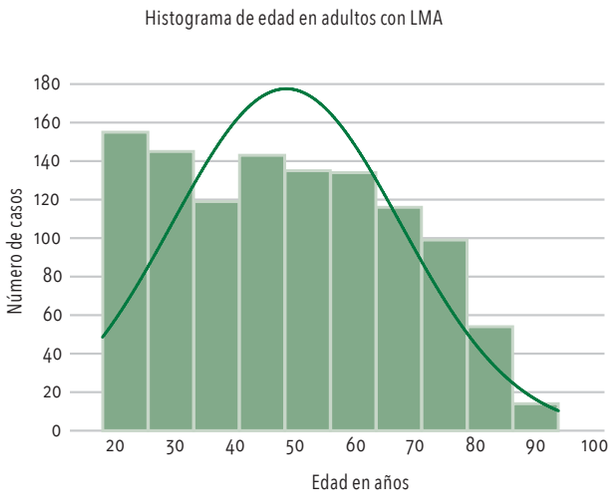
Al 2018 el registro de LMA alcanza los 1.114 individuos de 18 años o más, de los cuales 213 fueron reportados como casos nuevos durante el periodo evaluado y 198 fueron reportados como fallecidos durante el mismo lapso.

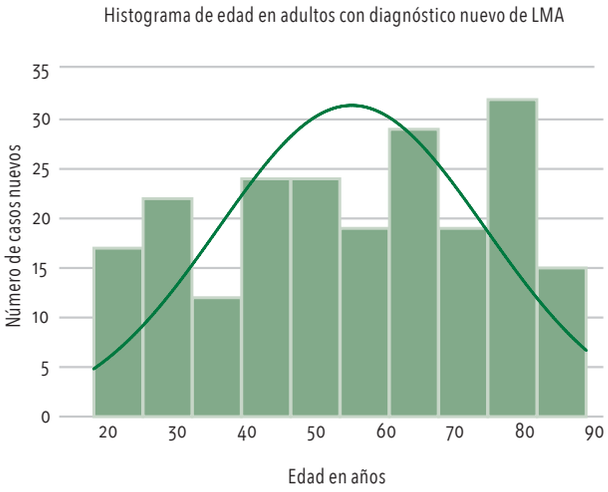
13.1.1 Edad de las personas con LMA

A la fecha de corte[1], la media de edad del total de las personas adultas con LMA fue de 48,6, mientras que los casos nuevos tienen en promedio 55,2 años (tabla 13.9).

Al observar los datos en los histogramas, se puede ver una distribución asimétrica con un leve sesgo a la derecha, mostrando una concentración de datos similar en adultos entre los 18 y los 65 años; mientras que, en los CNR, la distribución no sigue un comportamiento normal, siendo evidentes varios picos de incidencia en diferentes momentos. El pico más pronunciado se observa en la poblacion de mayor edad (figura 13.1).

Figura 13.1 Histograma de la edad y curva de normalidad de las personas adultas con LMA a la fecha de corte del periodo de reporte





13.1.2 Sexo de las personas con LMA

La LMA en la población de 18 años o más, muestra una razón de ocurrencia (mujer: hombre) de 1,07:1, con un total de 575 casos diagnosticados en la población femenina, frente a 539 casos en los hombres de 18 años o más (figura 13.2).

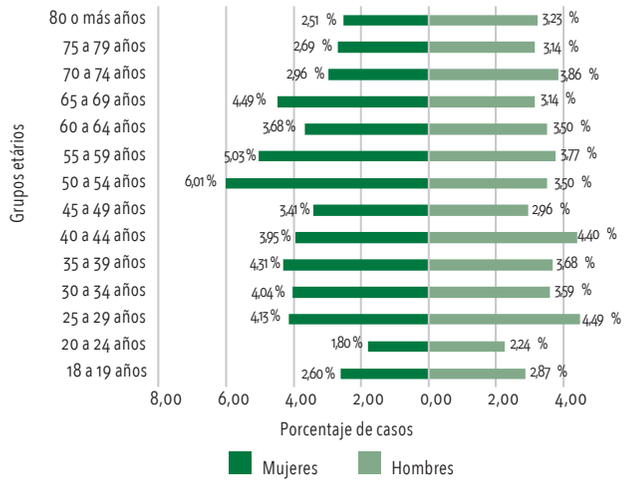
Figura 13.2. Razón de ocurrencia del LMA según el sexo

13.1.3 Distribución de las personas con LMA según el grupo etario y el sexo

La LMA muestra un leve predominio en la población femenina, (51,62 vs. 48,38). Como se puede observar en la figura 13.3, en el rango de 50 a 54 años se concentra la mayor cantidad de observaciones (9,5%) y donde se evidencia una mayor diferencia entre ambos géneros (figura 13.3)

1 Datos país, observados en el SGSSS

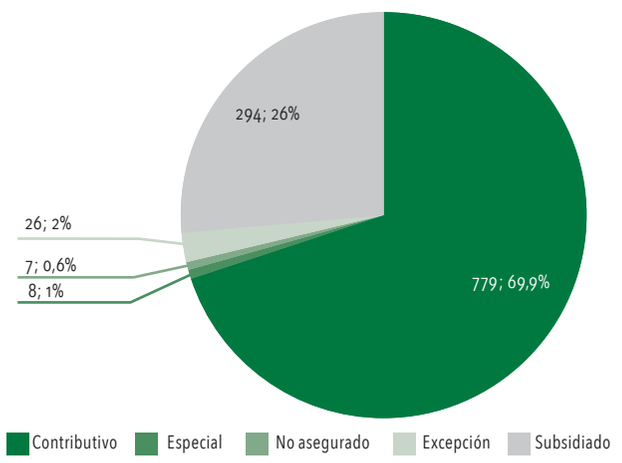
Figura 13.3. LMA según el sexo y el grupo etario



13.1.4 Distribución de las personas con LMA según el régimen de afiliación

El 96,3% de los casos de LMA se agrupan en los regímenes contributivo y subsidiado, cada uno con un 69,9 y 26% de los casos respectivamente. El 3,7% restante se distribuyen se distribuye entre los regímenes de excepción, especial y la población no asegurada (figura 13.4).

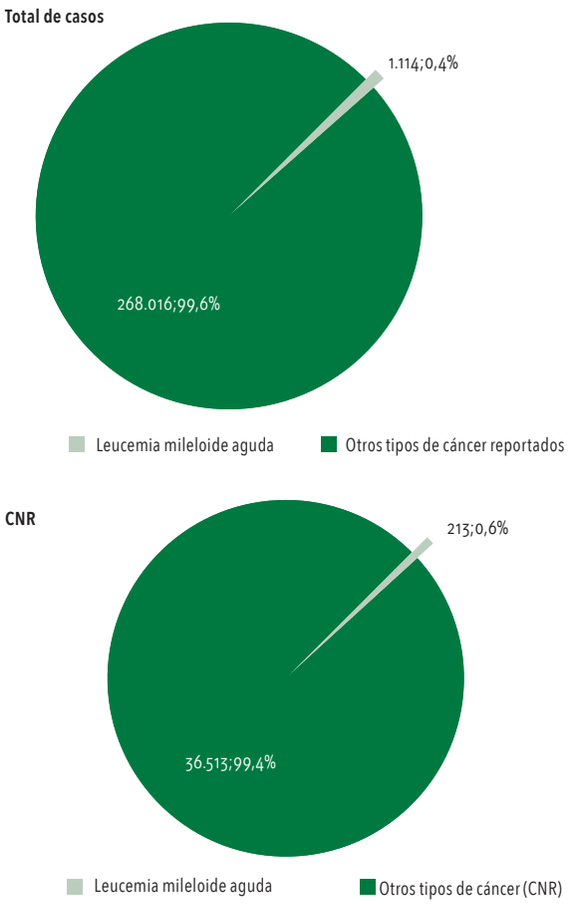
Figura 13.4. Proporción de los casos de LMA en población adulta según el régimen de afiliación



13.1.5 Representación del LMA sobre el total de casos de cáncer reportados

Del total de casos de cáncer, la LMA representa el 0,4%, y el 0.6% de los casos nuevos reportados (CNR) durante el periodo (figura 13.5).

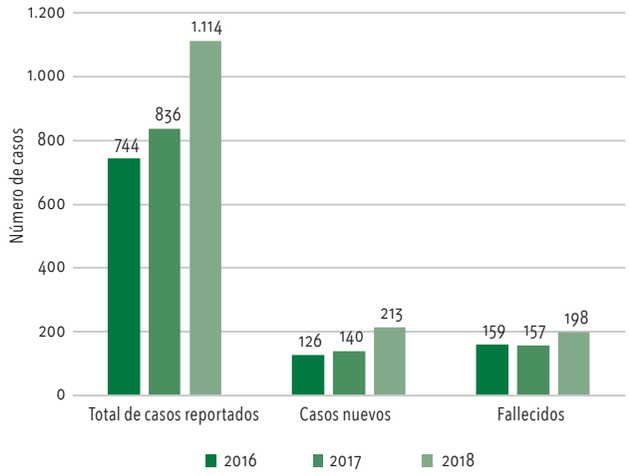
Figura 13.5. Porcentaje de casos prevalentes y casos nuevos reportados de LMA en población adulta



13.1.6 Número de casos reportados de LMA, 2016 – 2018

El registro de LMA ha evolucionado a través de los años, mostrando un aumento progresivo en el reporte de casos. A la fecha de corte del periodo de análisis, la LMA presentó un incremento en el número de casos del 50% respecto al 2016, mientras que los casos nuevos y los fallecidos incrementaron en un 69% y 25% respectivamente (figura 13.6).

Figura 13.6. Evolución del registro de LMA en la población adulta



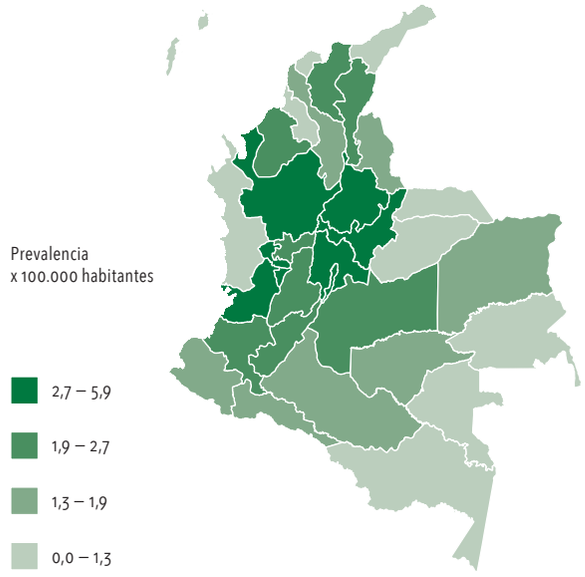
13.2 Prevalencia, PCNR y mortalidad de la LMA en población adulta

13.2.1 Prevalencia de la LMA en Colombia

A partir de los datos reportados se calculó la prevalencia del LMA en el país para el periodo de análisis en 3,3 casos por cada 100.000 habitantes de 18 años o más[2] (tabla 13.8). Los departamentos con mayor prevalencia de LMA fueron: Bogotá, D.C., Santander, Quindío, Antioquia, Valle del Cauca, Risaralda, San Andrés, Córdoba y Boyacá con cálculos entre 2,7 y 5,9 casos por cada 100.000 habitantes adultos (figura 13.7).

Los departamentos que mostraron la menor prevalencia fueron: Atlántico, Sucre, Arauca Y La Guajira con cálculos entre 0,5 y 1,3 casos por cada 100.000 habitantes de 18 años o más. Amazonas, Guainía y Vaupés no reportaron casos de LMA en esta población (figura 13.7).

Figura 13.7. Prevalencia de la LLA en Colombia



13.2.2 Prevalencia de la LMA en la BDUA

El cálculo de la prevalencia de la LMA en la población afiliada fue de 3,4 afectados por cada 100.000 afiliados de 18 años o más(tabla13.1). Los aseguradores que reportaron mayor prevalencia fueron: EAS016 y EPS017, con valores por encima de los 10 casos por cada 100.000 afiliados adultos (tabla 13.9).

Tabla 13.1 Prevalencia del LMA según régimen

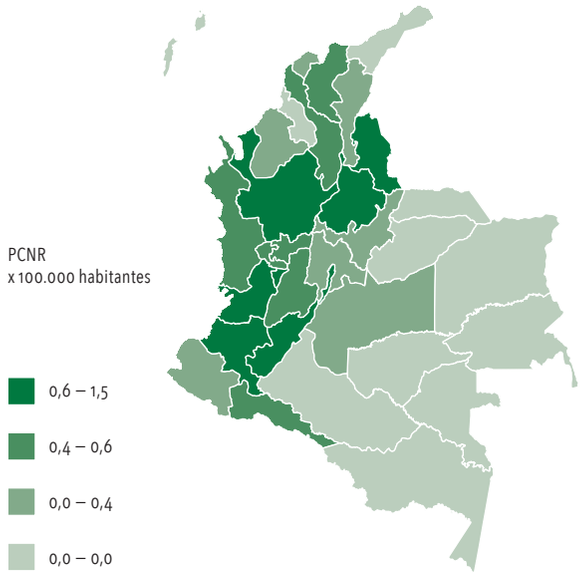
Régimen	Casos	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada
Contributivo	779	4,54	4,63
Subsididado	294	2,00	1,99
Total	**1073**	**3,37**	**3,37**

13.2.3 PCNR de LMA en Colombia

Para el periodo de análisis, el LMA presento una PCNR a nivel nacional de 0,7 casos nuevos por 100.000 habitantes (tabla 13.8). Los departamentos con mayor PCNR fueron: San Andrés, Santander, Antioquia, Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Huila, Quindío y Cauca, con valores entre 0,6 y 1,5 casos por 100.000 habitantes de 18 años o más (figura 13.8). Caquetá, La Guajira, Sucre, Arauca, Casanare, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada, no reportaron casos nuevos de LMA para el periodo (figura 13.8); Atlántico y Cundinamarca constituyen los departamentos con menor PCNR de LMA.

2 Datos país, observados en el SGSSS

Figura 13.8. PCNR de la LMA en Colombia



13.2.4 PCNR de la LMA en la BDUA

La PCNR de la LMA en el aseguramiento fue de 0,7 casos nuevos por cada 100.000 adultos afiliados al SGSSS (tabla13.2). Las entidades aseguradoras que reportaron mayor PCNR fueron: EPS018, EPS017, CCF024, EPS023, CCF050 y EPS010, con estimaciones por encima de 1 caso por cada 100.000 adultos afiliados. (tabla 13.9). De las entidades que reportaron casos en el periodo, la EPS045 constituye la entidad con menor PCNR.

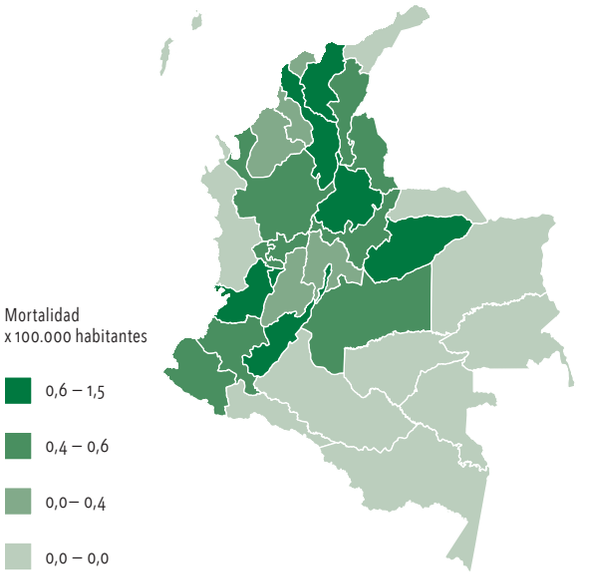
Tabla 13.2 PCNR del LMA según régimen

Régimen	Casos	PCNR Cruda	PCNR Ajustada
Contributivo	143	0,83	0,86
Subsididado	65	0,44	0,44
Total	**208**	**0,65**	**0,65**

13.2.5 Mortalidad en las personas con LMA en Colombia

La mortalidad en LMA en el país fue de 0,6 casos por cada 100.000 habitantes adultos[3] (tabla 13.8). Los departamentos con mayor mortalidad para LMA fueron: Quindío, Bogotá, D.C., Huila, Valle del Cauca, Casanare, Santander, Bolívar, Magdalena y Meta con estimaciones entre 0,6 y 1,5 casos por 100.000 habitantes de 18 años o más, mientras que los departamentos de Córdoba, Sucre, Tolima, Cundinamarca y Atlántico mostraron los cálculos más bajos con menos de 0,4 casos por 100.000 habitantes (figura 13.9). Caquetá, Chocó, La Guajira, Arauca, Putumayo, San Andrés, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada no reportaron casos para el periodo.

Figura 13.9. Mortalidad en las personas con LMA en Colombia



13.2.6 Mortalidad en las personas con LMA en la BDUA

La mortalidad por la LMA en la población afiliada al sistema de salud fue de 0,6 por 100.000 afiliados de 18 años o más (tabla 13.3). Las aseguradoras con mayor estimación para mortalidad por LMA fueron: EPS017, CCF027, EPS005, CCF033, EPS033, EPS018, CCF050 con más de 1 caso por cada 100.000 afiliados adultos (tabla 13.9). De las entidades que reportaron datos, las menores estimaciones fueron: EPS022, EPS002 y EPS044 con 0,2 casos por cada 100.000 adultos afiliados o menos.

Tabla 13.3 Mortalidad del LMA según régimen

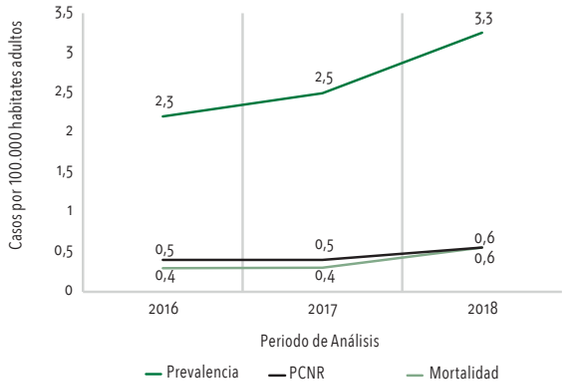
Régimen	Casos	Mortalidad Cruda	Mortalidad Ajustada
Contributivo	124	0,72	0,76
Subsididado	66	0,45	0,44
Total	**190**	**0,60**	**0,60**

3 Datos país, observados en el SGSSS

13.2.7 Prevalencia, PCNR y mortalidad de la LMA, 2016 – 2018

Según los datos, la LMA en la población de 18 años o mayor ha evidenciado un aumento progresivo en la prevalencia de la enfermedad; mientras que la PCNR y la mortalidad permanecen estables con un leve cambio en ambos indicadores respecto al periodo inmediatamente anterior (figura 13.10).

Figura 13.10. Prevalencia, PCNR y mortalidad de la LMA, 2016 – 2018



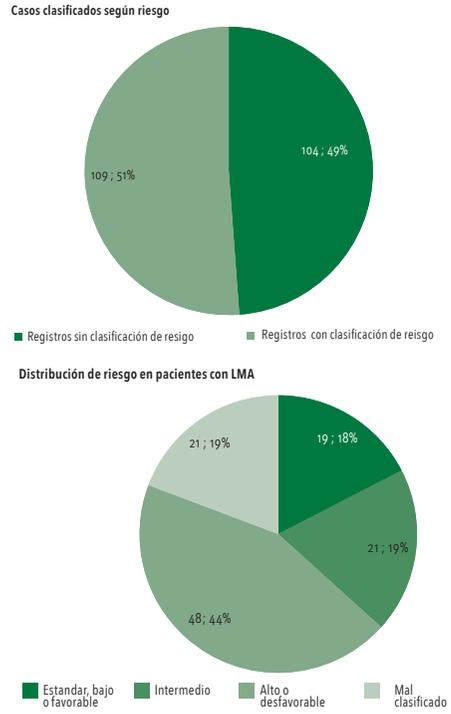
13.3 Clasificación del riesgo de la LMA en población adulta

13.3.1 Clasificación del riesgo en los CNR de la LMA en Colombia

El 49% de los casos no reportó la clasificación de riesgo; no obstante, según el análisis, el 19% del total de casos clasificados muestra un nivel de riesgo que no corresponde a la escala indicada para LMA.

Tal como se muestra en gráfica, el 18% de los casos corresponde a LMA de riesgo estándar, bajo o favorable, el 19% un nivel intermedio y un 44% se ubica clasificado como alto o desfavorable (figura 13.11).

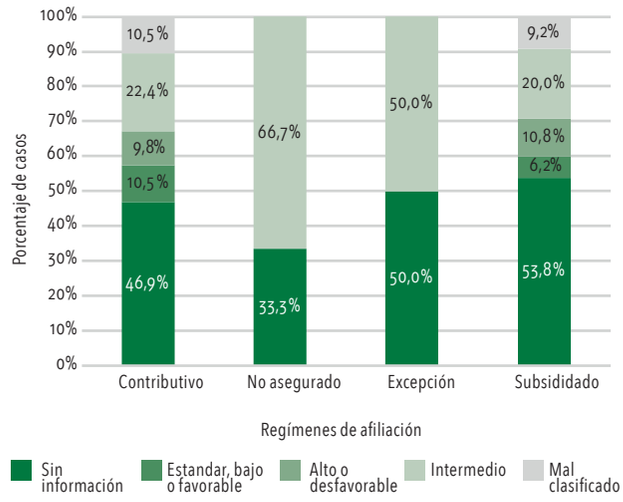
Figura 13.11. Clasificación de los CNR de LMA en Colombia



13.3.2 Clasificación del riesgo de los CNR de la LMA según el régimen de afiliación

Según los datos reportados, en todos los regímenes se observa una elevada proporción de casos sin clasificación de riesgo. El nivel de mayor representación en los regímenes subsidiado y contributivo es "alto o desfavorable" con un porcentaje de casos similar en ambos regímenes (figura 13.12).

Figura 13.12. Porcentaje de LMA según la etapa y el régimen de afiliación

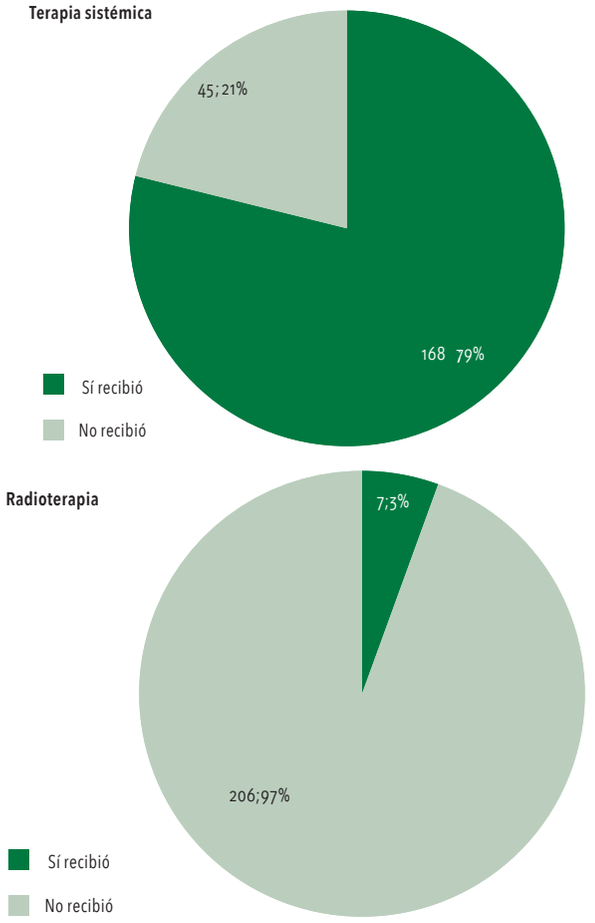


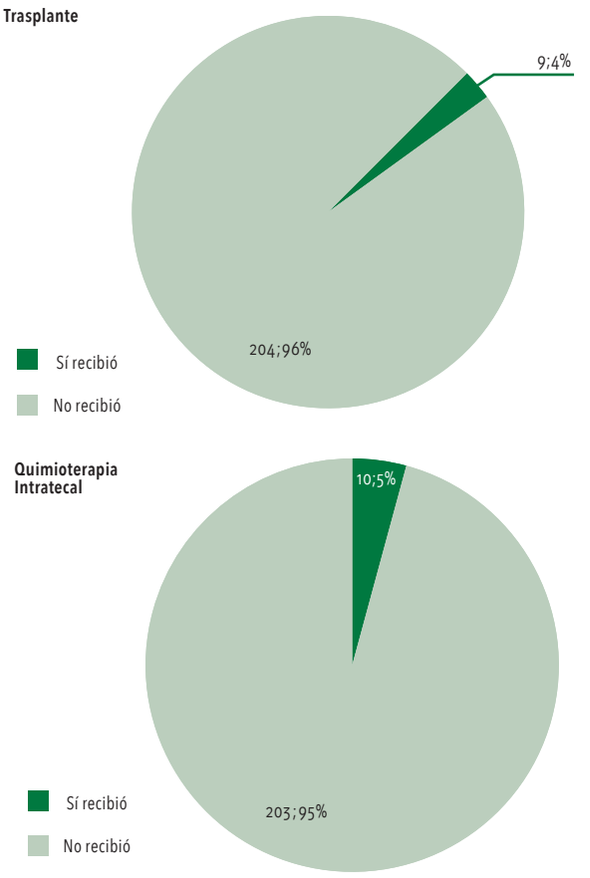
13.4 Tratamiento de la LMA en la población adulta durante el periodo en evaluación

En total, el 79% de los CNR recibió quimioterapia u otra terapia sistémica como tratamiento durante el periodo de análisis, y el 3% recibió radioterapia. El 5% de las personas recibieron quimioterapia intratecal durante el periodo y en el 4% de los casos se llevó a cabo trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (figura 13.13).

Es importante resaltar que como lo muestran los análisis, durante el tratamiento de la LMA un mismo individuo puede recibir varios tipos de tratamiento. El tratamiento más frecuente durante el periodo de análisis según los datos reportados, fue la terapia sistémica, mientras que un porcentaje muy bajo de personas recibió un trasplante de células progenitoras hematopoyéticas.

Figura 13.13. Porcentaje de uso de los tratamientos para la LMA





13.4.1 Medicamentos utilizados en el tratamiento de la población adulta con LMA

Con base en los datos reportados se determinó la frecuencia de uso de los medicamentos sugeridos por el instructivo para el reporte de información, así como los notificados por las diferentes entidades durante el periodo, sin que ello refleje el uso de esquemas específicos.

A partir de dicha información, se pudo observar que los medicamentos más frecuentemente usados fueron: Citarabina, Idarrubicina, Dexametasona, Daunorubicina, Pegfilgrastim, Atra, Doxorubicina y Prednisona (tabla 13.4).

Tabla 13.4. Frecuencia de uso de medicamentos en LMA

Medicamentos	Número de registros	Medicamentos	Número de registros
Citarabina	97	Etopósido	6
Idarrubicina	48	Vincristina	6
Dexametasona	40	Fludarabina	6
Daunorubicina	32	Mercaptopurina	4
Pegfilgrastim	24	Ciclofosfamida	3
ATRA	14	Imatinib	2
Doxorubicina	10	Metilprednisolona	2
Prednisona	10	Nilotinib	1
Metotrexato	7		

13.5 Oportunidad de la atención para población adulta con LMA

El valor de la oportunidad se obtuvo a partir de la diferencia entre un punto temporal ulterior menos un punto temporal antecedente, generando estimaciones en días que determinan el tiempo transcurrido entre los eventos, para cada grupo considerado en el análisis. El rango temporal de la sospecha hasta el diagnóstico fue definido como el tiempo que transcurre entre la nota de remisión o interconsulta por parte del médico o institución general, hasta el momento en el que se realiza el diagnóstico oncológico, mientras que el rango temporal del diagnóstico al tratamiento fue definido como el tiempo que transcurre entre el diagnóstico oncológico hasta el inicio del primer tratamiento.

13.5.1 Oportunidad del diagnóstico y tratamiento inicial de la LMA en los casos nuevos reportados

El 61,3% de los CNR proporcionaron datos para establecer el tiempo entre la sospecha y el diagnóstico de la LMA, mientras que el 76,5% contó con información para establecer el tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento.

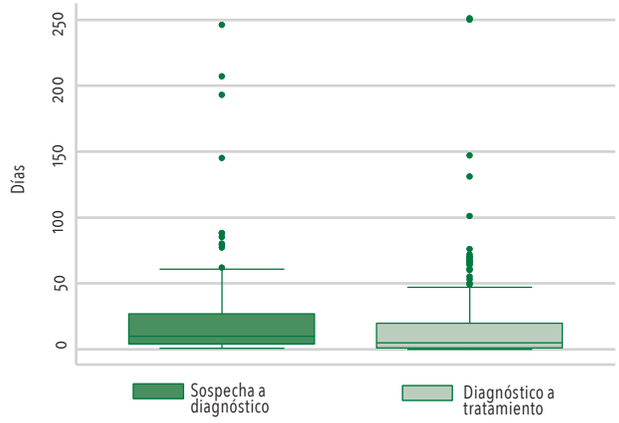
Según el análisis, en promedio transcurrieron 23 días entre la sospecha clínica hasta el diagnóstico con una mediana de 10 días. Con relación al tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento, la media fue de 18,4 días y la mediana de 5 días (tabla 13.5).

Tal como se puede observar en ambas estimaciones, existe una diferencia significativa entre la mediana y la media debido a la dispersión de los datos y a la presencia de datos extremos, por lo cual se recomienda dar prioridad a la mediana que, en este tipo de casos, representa la mejor alternativa (tabla 13.2 y figura 13.14).

Tabla 13.5. Oportunidad entre el diagnóstico y el tratamiento inicial en LMA

Variable	Observaciones	Media	Mediana	Desviación estándar	[95% IC]	
Sospecha al diagnóstico	130	23	10	37,8	16,4	29,5
Diagnóstico al primer tratamiento	163	18,4	5	35,7	12,9	24

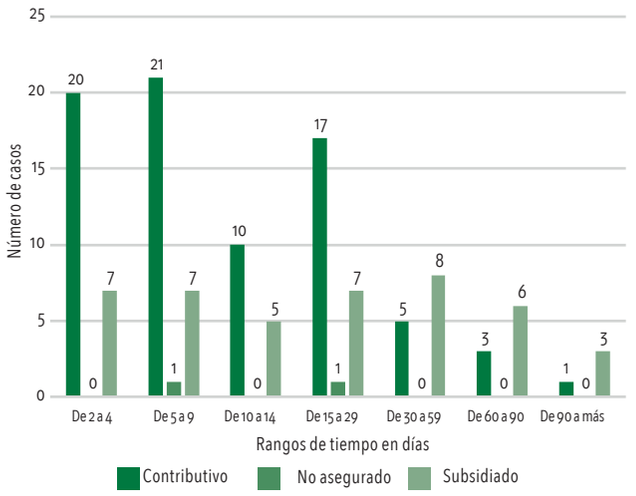
Figura 13.14. Oportunidad de la atención en los CNR de LMA



13.5.2 Oportunidad entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico según el régimen de afiliación

La oportunidad entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico en los regímenes contributivo se ubica en el rango de los 5 a los 9 días (figura 13.15), mientras que en el régimen subsidiado el rango que reúne el mayor número de casos es el de 30 a 59 días, aunque la diferencia es mínima respecto a otros rangos de mejor oportunidad. Los demás regímenes muestran resultados para muy pocas observaciones o no presentan datos por lo que no se hacen comparables.

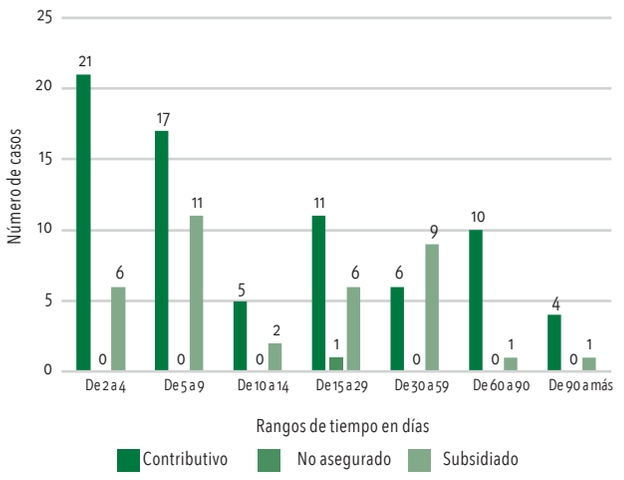
Figura 13.15. Oportunidad entre la sospecha y el diagnóstico oncológico



13.5.3 Oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el tratamiento inicial según el régimen de afiliación

El análisis respecto a la oportunidad entre el momento en que se hace el diagnóstico oncológico y el primer tratamiento muestra para el régimen contributivo el rango de 2 a 4 días (figura 13.16), mientras que el régimen subsidiado se ubica en el rango de 5 a 9 días. Al igual que en la oportunidad de la sospecha al diagnóstico oncológico, los demás regímenes cuentan con muy pocas observaciones o no presentan casos válidos.

Figura 13.16. Oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el tratamiento inicial



13.6 Indicadores de la gestión del riesgo en LMA

A continuación se presentan los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo en adultos con LMA en Colombia (1):

Indicador 1. Oportunidad de remisión a diagnóstico
Indicador 2. Oportunidad de diagnóstico a tratamiento
Indicador 3. Oportunidad de trasplante
Indicador 4. Proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunotipificación y estudios genéticos.
Indicador 5. Proporción de pacientes a quienes se realizó pruebas moleculares (FISH o PCR)
Indicador 6. Proporción de pacientes con clasificación del riesgo
Indicador 7. Calidad del reporte de la biopsia de médula ósea
Indicador 8. Proporción de consolidación
Indicador 9. Tasas de remisión
Indicador 10. Supervivencia relativa

Se midieron los indicadores 1, 2 y 6, los demás indicadores no fueron calculados debido a que aún no se cuenta con dicha información en el registro.

Tabla 13.6. Indicadores de la gestión del riesgo en LMA según el régimen de afiliación

Régimen	1.	2.	6.
	≤ 5 días	≤ 5 días	≥ 48,3 %
			≥ 32,7 - <48,3 %
	> 5 días	> 5 días	< 32,7 %
Contributivo	● 15,4	● 17,3	● 42,7
Especial	***	***	***
No asegurado	● 13,5	● 2,0	● 66,7
Excepción	***	● 20,0	● 50,0
Subsidiado	● 37,8	● 18,5	● 36,9
Total	● **23,0**	● **17,4**	● **41,3**

Tabla 13.7. Indicadores de la gestión del riesgo en LMA por renglón del aseguramiento

Renglón	1.	2.	6.
	≤ 5 días	≤ 5 días	≥ 48,3 %
			≥ 32,7 - <48,3 %
	> 5 días	> 5 días	< 32,7 %
CCF Contributivo	● 12,9	● 35,8	● 46,7
CCF Subsidiado	● 25,4	● 34,1	● 22,2
Comerciales Contributivo	● 13,0	● 12,8	● 46,6
Comerciales Subsidiado	● 48,4	● 13,3	● 37,5
Cooperativas Contributivo	● 22,0	● 5,2	● 41,2
Cooperativas Subsidiado	● 43,7	● 17,6	● 44,0
Indígenas y adaptadas	***	***	***
Públicas y Mixtas	● 24,0	● 14,7	● 28,9
Total	● **23,1**	● **17,7**	● **40,9**

Los indicadores relacionados con la oportunidad de remisión a diagnóstico y de este a tratamiento presentan resultados de cumplimiento "bajo" en los diferentes regímenes y renglones del aseguramiento, indicando que es imperativo trabajar por mejorar los tiempos que transcurren para la atención de los pacientes con este tipo de cáncer. Respecto a la proporción de casos que cuentan con clasificación de riesgo el resultado es "medio" en los regímenes contributivo y subsidiado y así mismo en los renglones que los componen, mientras en el régimen de excepción y los no asegurados el resultado es de cumplimiento "alto".

Tabla 13.8. Indicadores de la gestión del riesgo en LMA por EAPB

EAPB	Indicador 1.	Indicador 2.	Indicador 6.
	≤ 5 días	≤ 5 días	≥ 48,3 %
			≥ 32,7 - <48,3 %
	> 5 días	> 5 días	< 32,7 %
11001	***	1,0	0,0
54000	18,0	4,0	100
68000	9,0	1,0	100
CCF007	***	***	0,0
CCF015	***	27,0	0,0
CCF024	25,4	10,3	20,0
CCF027	***	144	0,0
CCF050	***	27,0	100
EPS001	12,0	27,8	100
EPS002	17,0	3,6	44,4
EPS005	11,2	13,6	41,7
EPS008	38,7	21,0	100
EPS010	14,8	8,8	47,4
EPS016	22,0	5,2	41,2
EPS017	4,0	48,2	16,7
EPS018	5,3	27,1	53,8
EPS022	***	8,0	0,0
EPS023	9,5	35,0	25,0
EPS037	29,9	15,3	26,3
EPS044	1,0	6,0	25,0
EPS045	***	9,0	100
EPSS33	9,0	15,3	33,3
EPSS34	39,5	35,0	0,0
EPSS40	9,6	10,1	50,0
EPSS41	***	8,0	0,0
ESS024	62,8	15,5	37,5
ESS062	54,3	14,7	50,0
ESS076	6,0	10,0	0,0
ESS118	56,3	8,8	50,0
ESS133	43,3	41,8	0,0
ESS207	12,5	12,8	100
RES003	***	20,0	0,0
RES004	***	***	100
Total	**23,0**	**17,4**	**41,3**

13.7 Tablas complementarias

Tabla 13.9. Edad promedio de las personas con LMA en población adulta

Variable	Observaciones	Media	Desviación estándar	[95% IC]
Edad (prevalentes)	1.114	48,63	19,2	47,5 – 49,8
Edad (CNR)	213	55,21	19,2	52,61 – 57,8

Tabla 13.10. Distribución de los casos de LMA en población adulta según el sexo y el grupo etario

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
De 18 a 19 años	29	32	61
De 20 a 24 años	20	25	45
De 25 a 29 años	46	50	96
De 30 a 34 años	45	40	85
De 35 a 39 años	48	41	89
De 40 a 44 años	44	49	93
De 45 a 49 años	38	33	71
De 50 a 54 años	67	39	106
De 55 a 59 años	56	42	98
De 60 a 64 años	41	39	80
De 65 a 69 años	50	35	85
De 70 a 74 años	33	43	76
De 75 a 79 años	30	35	65
80 años y más	28	36	64
Total	**575**	**539**	**1.114**

Tabla 13.11. Prevalencia, PCNR y mortalidad de la LMA en población adulta en el Colombia

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Amazonas	0	0	0	0	0	0
Antioquia	4,2	4,2	1	1	0,6	0,6
Arauca	0,7	0,7	0	0	0	0
Atlántico	1,3	1,3	0,2	0,2	0,1	0,1
Bogotá, D.C.	5,9	5,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Bolívar	1,8	1,8	0,4	0,4	0,7	0,7
Boyacá	2,7	2,7	0,3	0,3	0,5	0,5
Caldas	2,5	2,5	0,4	0,4	0,6	0,5
Caquetá	1,3	1,4	0	0	0	0
Casanare	1,3	1,3	0	0	0,8	0,8
Cauca	1,9	1,9	0,6	0,6	0,4	0,4

Tabla 13.11. Prevalencia, PCNR y mortalidad de la LMA en población adulta en Colombia (continuación)

Departamento	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
Cesar	2	2,1	0,3	0,4	0,5	0,5
Chocó	1	1,3	0,3	0,4	0	0
Córdoba	1,9	1,9	0,3	0,3	0,4	0,4
Cundinamarca	3,1	3,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Guainía	0	0	0	0	0	0
Guaviare	1,5	1,6	0	0	0	0
Huila	2,4	2,5	0,8	0,8	0,8	0,8
La Guajira	0,5	0,5	0	0	0	0
Magdalena	1,9	2	0,5	0,5	0,6	0,7
Meta	2	2	0,3	0,3	0,6	0,6
Nariño	1,3	1,4	0,3	0,3	0,4	0,4
Norte de Santander	1,5	1,5	0,5	0,6	0,5	0,6
Putumayo	1,9	1,6	0,5	0,4	0	0
Quindío	4,9	4,7	0,7	0,7	1,7	1,5
Risaralda	3,6	3,5	0,6	0,5	0,6	0,5
San Andrés	3,6	3,2	1,8	1,5	0	0
Santander	4,9	4,7	1,2	1,2	0,8	0,8
Sucre	0,9	0,9	0	0	0,4	0,4
Tolima	2,3	2,1	0,4	0,4	0,3	0,3
Valle del Cauca	3,8	3,7	0,9	0,9	0,8	0,8
Vaupés	0	0	0	0	0	0
Vichada	2,4	1,8	0	0	0	0
Total	**3,3**	**3,3**	**0,7**	**0,7**	**0,6**	**0,6**

Por 100.000 habitantes de 18 años o más

Tabla 13.12 Prevalencia, PCNR y mortalidad de la LMA en población adulta según la BDUA

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
CCF007	0,9	0,8	0,9	0,8	0,9	0,8
CCF015	1,6	1,6	0,3	0,3	0,5	0,6
CCF023	0	0	0	0	0	0
CCF024	4	3,9	1,3	1,2	0,8	0,8
CCF027	3,1	3,3	0,8	0,8	1,6	1,6
CCF033	2,4	2,4	0	0	1,2	1,4
CCF050	2,4	2,3	1,2	1,1	1,2	1,1
CCF053	4,2	4,1	0	0	0	0
CCF055	0,2	0,2	0	0	0	0
CCF102	1	1,1	0	0	0	0
EAS016	11,3	18,8	0	0	0	0

Tabla 13.12 Prevalencia, PCNR y mortalidad de la LMA en población adulta según la BDUA (continuación)

Entidad	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	PCNR cruda	PCNR ajustada	Mortalidad cruda	Mortalidad ajustada
EAS027	5,2	1,1	0	0	2,6	0,6
EPS001	7,7	7,6	3	2,5	0,6	0,6
EPS002	1,6	1,6	0,5	0,5	0,2	0,2
EPS005	5,4	5,7	2,1	2,3	1,4	1,5
EPS008	3,2	3,3	0,5	0,5	0,3	0,3
EPS010	3,8	4,2	0,9	1	0,6	0,8
EPS012	4,3	4,1	0	0	0,5	0,5
EPS016	5,7	5,8	0,9	1	0,8	0,9
EPS017	10,8	14,8	0,8	1,3	1,5	2,1
EPS018	6,3	6,3	1,9	1,9	0,9	1,1
EPS022	2,5	2,6	0,3	0,4	0,3	0,2
EPS023	5,8	5,6	1,1	1,1	0,8	1
EPS025	1,8	2	0	0	0,9	1
EPS033	6,1	5,6	0	0	1,5	1,4
EPS037	3,6	3,1	0,7	0,4	1	0,7
EPS044	3	3	0,2	0,2	0,1	0,1
EPS045	0,7	0,7	0,1	0,1	0	0
EPSI01	0	0	0	0	0	0
EPSI03	0,7	0,7	0	0	0	0
EPSI04	0,9	1	0	0	0	0
EPSI05	0,5	0,5	0	0	0	0
EPSI06	2	1,9	0	0	0	0
EPSS33	1,7	1,7	0,4	0,4	0,6	0,6
EPSS34	4,1	4	0,6	0,5	0,9	0,8
EPSS40	4,4	4,3	1	0,9	0,6	0,5
EPSS41	1,4	1,4	0,2	0,2	0,3	0,3
ESS002	1	1,1	0	0	0,3	0,4
ESS024	2,2	2,2	0,6	0,6	0,4	0,5
ESS062	1,9	1,8	0,5	0,5	0,6	0,5
ESS076	1,1	1,2	0,4	0,4	0,4	0,4
ESS091	1	1	0	0	0,5	0,6
ESS118	1,9	1,9	0,6	0,6	0,4	0,4
ESS133	1,5	1,6	0,4	0,5	0,3	0,3
ESS207	2	2	0,4	0,4	0,7	0,7
Total	**3,4**	**3,4**	**0,7**	**0,7**	**0,6**	**0,6**

Por 100.000 afiliados de 18 años o más

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Indicadores de gestión del riesgo en adultos con leucemia linfoide y leucemia mieloide aguda en Colombia [En línea]. 2018. 1-74 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Libro_Consenso_Leucemias_2018.pdf

Lista de tablas

Lista de figuras

14 OTROS TIPOS DE CÁNCER

En este capítulo se hace referencia a los otros tipos de cáncer que no están contemplados por la Resolución 3974 de 2009, pero que son reportados por las entidades al registro de la Cuenta de Alto Costo. Se presenta su frecuencia y se detalla la información para los cinco primeros tipos de cáncer con más casos.

Esta denominación hace referencia a 14 grupos de cáncer establecidos según el CIE-10, que así mismo contienen diferentes subtipos de tumores. Estos 14 grupos son:

1. Otros tumores de la piel (no incluye melanoma)
2. Neoplasias de las glándulas tiroides y endocrinas
3. Neoplasias de otros órganos genitales femeninos
4. Otras neoplasias hematológicas
5. Neoplasias de las vías urinarias
6. Neoplasias de otros órganos digestivos
7. Neoplasias del sistema nervioso y el ojo
8. Neoplasias del labio, la cavidad bucal y la faringe
9. Tumores de tejidos mesoteliales (excepto pulmón)
10. Neoplasias de otros órganos genitales masculinos
11. Neoplasias de otros órganos respiratorios e intratorácicos
12. Otros sitios, sitios mal definidos
13. Tumores óseos y articulares
14. Tumores de sitio primario desconocido

14.1 Generalidades de los otros tipos de cáncer

El número total de personas reportadas con "otro tipo de cáncer" fue de 110.350 incluyendo ambos sexos y todas las edades, de los cuales, los casos nuevos fueron 16.388, con un total de 7.587 personas fallecidas durante el periodo de análisis.

Los tipos de cáncer con más casos, incluyendo ambos sexos, fueron: los tumores de la piel (no incluye melanoma), las neoplasias de las glándulas tiroides y endocrinas, las neoplasias de otros órganos genitales femeninos, otras neoplasias hematológicas y los tumores malignos del riñón y otros órganos urinarios. Al hacer el análisis por sexo se encontró que en las mujeres el tipo de cáncer más frecuente fue el de tumores de las glándulas tiroides y endocrinas, mientras que en los hombres fueron los tumores de la piel (excluyendo melanoma).

Con relación a los casos nuevos (diagnosticados durante el periodo de análisis), se obtuvo que los tipos de cáncer más frecuentes teniendo en cuenta ambos sexos fueron: los tumores de la piel (excluyendo melanoma), las neoplasias de las glándulas tiroides y endocrinas, las neoplasias de otros órganos genitales femeninos, los tumores de otros órganos digestivos y los tumores malignos del riñón y otros órganos urinarios. Al realizar el análisis por sexo se encontró que el tumor más frecuente tanto en hombres como en mujeres fueron: los tumores de piel no melanoma, en segundo lugar, para las mujeres se presentaron los tumores de las glándulas tiroides y endocrinas y para los hombres los tumores de órganos digestivos.

Con respecto a la mortalidad, los principales tipos de cáncer involucrados fueron: los tumores de otros órganos digestivos, los tumores de la piel (excluyendo melanoma) y las neoplasias de otros órganos genitales femeninos.

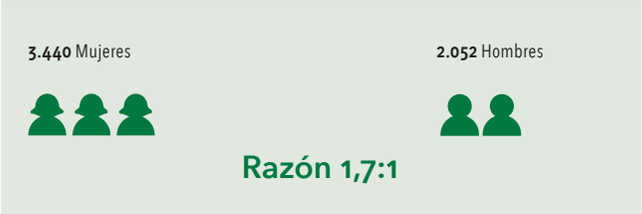
14.1.1 Distribución de los casos de otros tipos de cáncer

14.1.1.1 Distribución de los casos de otros tipos de cáncer según el sexo

El número total de las personas registradas en la categoría de "otro tipo de cáncer" fue de 110.350 personas, con 67.496 mujeres frente a 42.854 hombres. Al diferenciarlo por el tipo de cáncer, se obtuvo que para el cáncer invasivo la relación mujer:hombre fue de 1,6:1 y en los casos reportados como *in situ*, la relación mujer:hombre fue de 1,7:1 (figuras 14.1 y 14.2).

Figura 14.1. Distribución de los casos de cáncer invasivo según el sexo

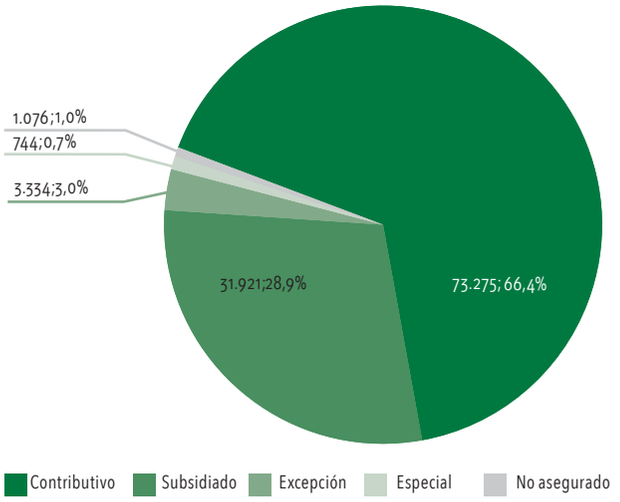
Figura 14.2. Distribución de los casos de carcinoma *in situ* según el sexo



14.1.1.2 Distribución de los casos de otros tipos de cáncer según el régimen de afiliación

El régimen contributivo reportó el mayor número de pacientes con el 66,4% de los casos, seguido del subsidiado con un 28,9%, en tanto que los demás regímenes representaron el 4,7% restante (figura 14.3).

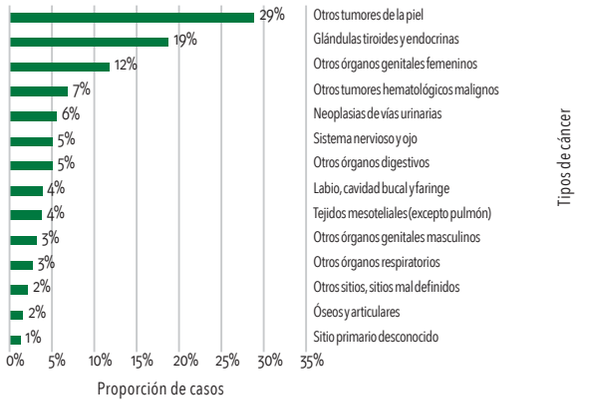
Figura 14.3. Distribución de los casos de otros tipos de cáncer según el régimen de afiliación



14.1.1.3 Distribución de los casos de otros tipos de cáncer en la población general

De los 14 tipos de cáncer que se agrupan en el registro como "otros", se encontró que aquel con mayor proporción de casos en ambos sexos fue el de los tumores de la piel (excluye melanoma), seguido por el grupo de tumores de las glándulas tiroides y endocrinas, y en tercer lugar el de otros órganos genitales femeninos (figura 14.4).

Figura 14.4. Neoplasias en la población general* **

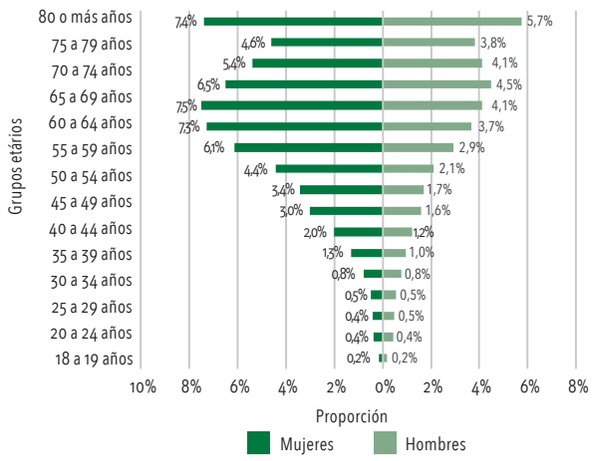


*Proporción: Numerador (número de personas por de tipo de cáncer específico) / denominador (total de personas reportadas con "otros tipos de cáncer")
**La población analizada corresponde al total de las personas reportadas entre el 2 de enero de 2017 y el 1° de enero de 2018.

14.1.1.4 Distribución de los casos de otros tipos de cáncer según el grupo etario y el sexo

Del total de las personas con cáncer categorizados como "otros", se encontró que cerca del 80% eran mayores de 45 años. Al diferenciar por el sexo se encontró una mayor proporción de mujeres en todos los grupos etarios (figura 14.5).

Figura 14.5. Distribución en cáncer según el grupo etario y el sexo

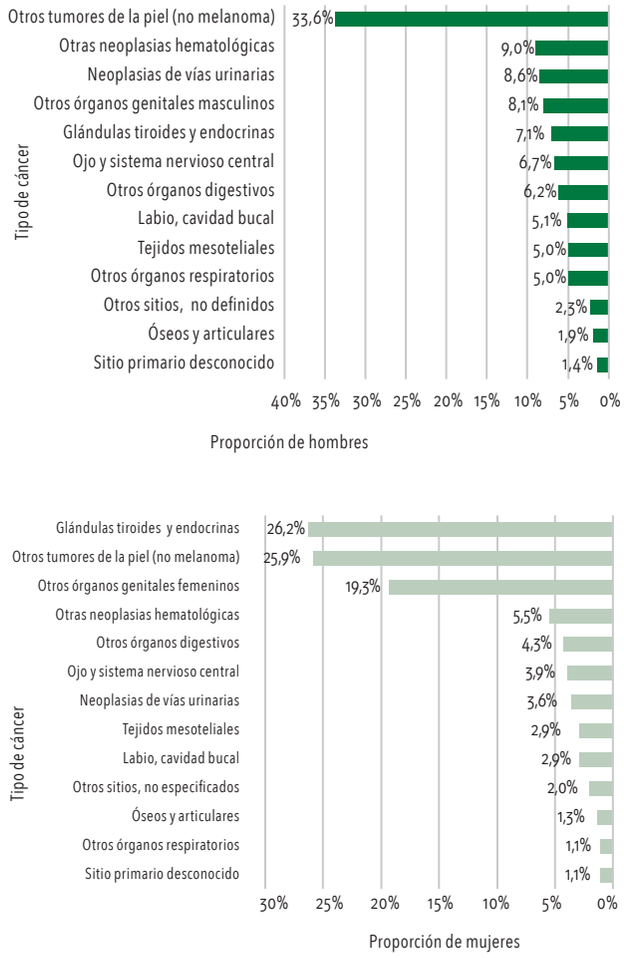


*Proporción: Numerador (personas por tipo de cáncer específico según el grupo etario y el sexo) / denominador (personas totales de cáncer categorizado como "Otros")

14.1.1.4.1 Frecuencias del cáncer según el sexo

Las neoplasias más comunes en los hombres fueron los tumores de la piel (sin incluir melanoma), otras neoplasias hematológicas y los tumores de riñón y otros órganos urinarios. En las mujeres los tipos de cáncer más frecuentes fueron el de glándulas tiroides y endocrinas, los tumores de piel (sin incluir melanoma) y los tumores de otros órganos genitales femeninos (figura 14.6).

Figura 14.6. Tumores más comunes según el sexo



*Numerador (personas por tipo de neoplasia específica) / Denominador (total de personas con cáncer "Otros"). Incluye cáncer invasivo e *in situ*

14.1.2 Prevalencia, PCNR y mortalidad en cáncer

Teniendo en cuenta los tipos de cáncer denominados como "otros", la mayor prevalencia y PCNR cruda, para ambos sexos, la presentaron los tumores de piel (no melanoma). En cuanto a la mortalidad, las neoplasias de otros órganos digestivos y los tumores de órganos genitales femeninos son los que mayor mortalidad representaron (tabla 14.1).

Tabla 14.1. Morbimortalidad global en otros tipos de cáncer

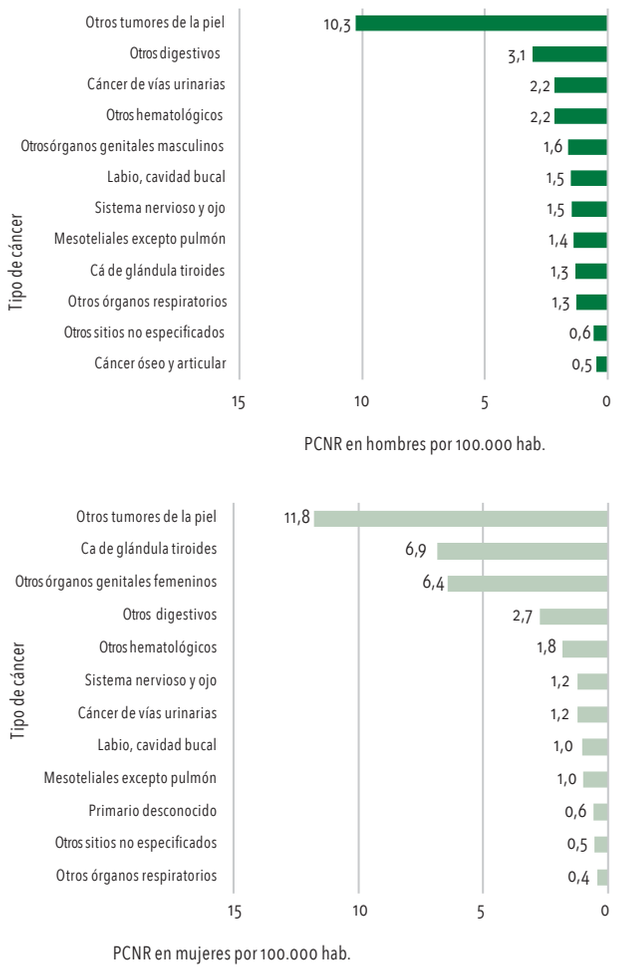
Tipos de cáncer	Casos prevalentes	Casos CNR	Casos fallecidos	DANE**	Prevalencia cruda	PCNR cruda	Mortalidad cruda
Otros tumores de la piel (no melanoma)	28.521	5.436	931	49.291.609	57,9	11	1,9
Glándulas tiroides y endocrinas	19.987	2.032	252	49.291.609	40,5	4,1	0,5
Otros órganos genitales femeninos	12.607	1.606	884	24.953.862	50,5	6,4	3,5
Otras neoplasias hematológicas	7.528	979	692	49.291.609	15,3	2	1,4
Riñón y órganos urinarios	5.984	834	548	49.291.609	12,1	1,7	1,1
Ojo, encéfalo, y otras partes del sistema nervioso	5.507	667	544	49.291.609	11,2	1,4	1,1
Otros órganos digestivos	5.406	1.431	1599	49.291.609	11	2,9	3,2
Labio, cavidad bucal y faringe	4.144	620	452	49.291.609	8,4	1,3	0,9
Tejidos mesoteliales (excepto pulmón)	4.129	590	389	49.291.609	8,4	1,2	0,8
Otros órganos genitales masculinos	3.381	392	143	24.337.747	13,9	1,6	0,6
Otros órganos respiratorios e intratorácicos	2.765	416	315	49.291.609	5,6	0,8	0,6
Otros sitios, sitios mal definidos	1.837	273	218	49.291.609	3,7	0,6	0,4
Óseo y cartílagos articulares	1.712	210	152	49.291.609	3,5	0,4	0,3
Tumores sin primario conocido	1.340	274	283	49.291.609	2,7	0,6	0,6

*Morbimortalidad expresada en afectados por 100.000 habitantes.
**Las poblaciones DANE corresponden al total de la población proyectada para el año 2017, se determinó la población DANE de mujeres en las pacientes con diagnóstico de cáncer de otro órgano genital femenino y población DANE de hombres en los pacientes con diagnóstico de cáncer de otro órgano genital masculino. Excluye *in situ*.

14.1.2.1 PCNR según el sexo

Al hacer la clasificación de las personas diagnosticadas durante el periodo, es posible establecer que para las mujeres, el cáncer con mayor PCNR fue el grupo de otros tumores de la piel (excluye melanoma), seguido de las neoplasias de las glándulas tiroides y endocrinas y de otros órganos genitales femeninos; en los hombres la mayor PCNR fue igualmente para los tumores de piel (sin incluir melanoma), seguido de otros cánceres digestivos y los tumores del riñón y otros órganos urinarios (figura 14.7)

Figura 14.7. PCNR de los tipos de cáncer según el sexo

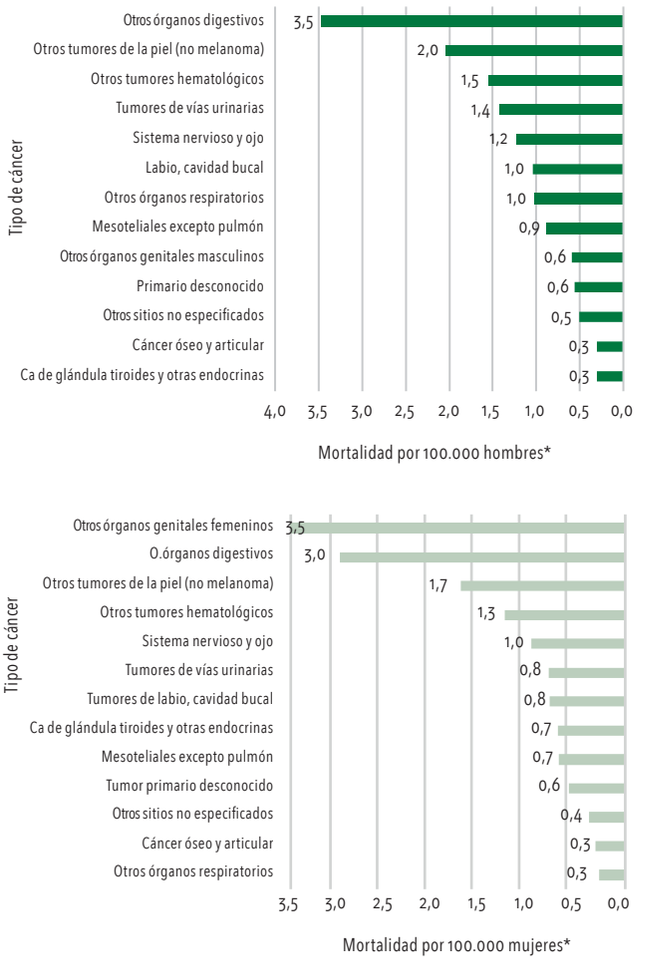


*Numerador (casos nuevos por tipo de neoplasia específica) / Denominador (total población de cada sexo DANE- año 2017). Cáncer invasivo.

14.1.2.2 Mortalidad según el sexo

El total de personas fallecidas con "otros tipos de cáncer" en el periodo de reporte fue de 7.587. Al medir la mortalidad diferenciada por el sexo, en las mujeres, el tipo de cáncer que mayor mortalidad representó fue el grupo de los tumores de órganos genitales femeninos mientras que en los hombres fue el grupo de los tumores de órganos digestivos (figura 14.8).

Figura 14.8. Mortalidad por sexo y tipo de cáncer



*Numerador (muertes por tipo de neoplasia específica) / Denominador (total población de cada sexo DANE- año 2017)

A continuación, se presentan los datos más relevantes de los cinco tipos de cáncer con mayor número de casos reportados en el periodo:

14.2 Cáncer de piel (no melanoma)

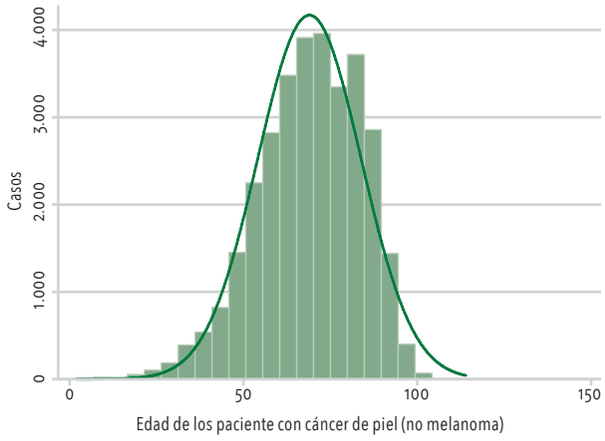
De acuerdo con el registro, el grupo de tumores de la piel (no melanoma) afectó a 31.873 personas (28.521 reportados con cáncer invasivo). Se reportaron 5.908 casos nuevos, de los cuales 5.436 fueron invasivos. El total de personas fallecidas con un tumor de piel

no melanoma fue de 1.023, de los cuales 931 fueron notificados con cáncer invasivo.

14.2.1 Edad de las personas con cáncer de piel no melanoma

La distribución de la edad sigue un patrón normal (figura 10.9), con algunos valores extremos al inicio de la curva. La mediana de la edad fue 70 años y la media fue de 68,9 años (figura 14.9).

Figura 14.9. Histograma de la edad y curva de normalidadt en cáncer de piel no melanoma

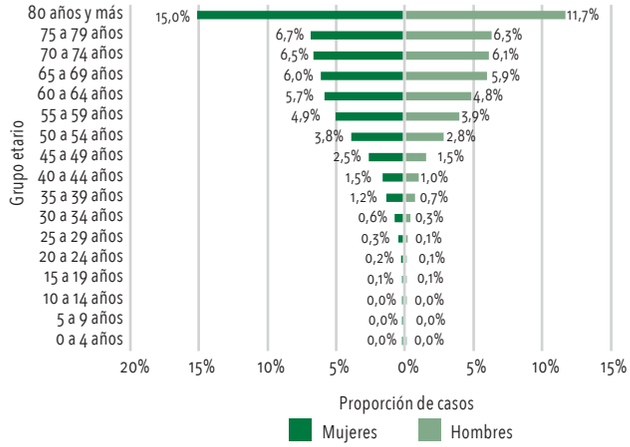


14.2.2 Distribución del cáncer de piel (no melanoma) según el grupo etario y el sexo

En la distribución por grupos etarios en cáncer de piel no melanoma se encontró que más del 90% de los casos corresponden a personas mayores de 45 años, teniendo en cuenta ambos sexos. Un total de 17.463 mujeres y de 14.410 hombres con cáncer de piel no melanoma fueron reportados. La razón mujer:hombre fue de 1,2:1.

En ambos sexos se encontró un incremento progresivo de la proporción de las personas afectadas a medida que aumenta la edad, siendo el grupo etario de los pacientes mayores de 80 años el más afectado. En todos los grupos de edad la enfermedad predomina en las mujeres (figura 14.10).

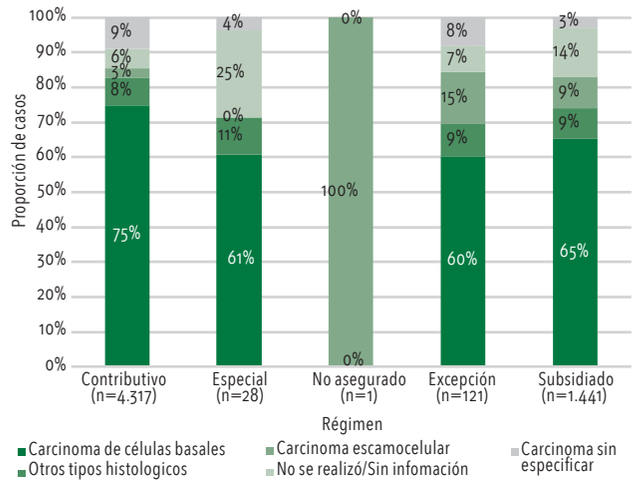
Figura 14.10. Distribución del cáncer de piel no melanoma según el grupo etario y el sexo



14.2.3 Histología en cáncer de piel no melanoma

Para el total de los casos nuevos, el tipo histológico predominante fue el carcinoma basocelular, con 4.265 casos (72,2%), siendo el segundo tipo de cáncer con más personas afectadas después del cáncer de mama. El carcinoma escamocelular se presentó en 475 casos nuevos (8%). El porcentaje restante se reportó con histología desconocida o sin especificar. Al desagregar por regímenes se observó el mismo patrón, sin embargo, llama la atención que el 73% del total de los registros pertenecen al régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado con el 24% (figura 14.11).

Figura 14.11. Tipo histológico de cáncer de piel no melanoma en los CNR según el régimen



14.2.4 Oportunidad de la atención en cáncer de piel no melanoma

En los casos nuevos, el 55% de la población tuvo datos para establecer el tiempo entre la sospecha y el diagnóstico, y el 40% para establecer el tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento. Se encontró que entre la sospecha clínica hasta el diagnóstico la mediana de días transcurridos fue de 40 y la media de 66. En cuanto al tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento la mediana fue de 69 días y la media de 82 días (tabla 14.2).

Tabla 14.2. Oportunidad de la atención del cáncer de piel no melanoma en los CNR

Tiempos de oportunidad	Observaciones	Mediana	RIQ	Media	IC (95%)
Sospecha al diagnóstico*	3.240	40	19-80	65,8	63,1-68,6
Diagnóstico al primer tratamiento	2.337	69	35-119	82,3	79,7-84,9

* Diagnóstico por reporte de histopatología. En caso de no contar con este dato, se tuvo en cuenta el diagnóstico registrado en la historia clínica por la especialidad médica pertinente.

14.3 Neoplasias de las glándulas tiroides y endocrinas

En el grupo de tumores de las glándulas tiroides y endocrinas se reportaron 20.721 casos (19.987 registrados como invasivos). Se reportaron 2.068 casos nuevos, de los cuales 2.032 fueron invasivos. El total de personas fallecidas con este tipo de cáncer fue de 258. Este grupo incluye 3 subgrupos de acuerdo con la localización del tumor, según el listado CIE-10 (tabla 14.3).

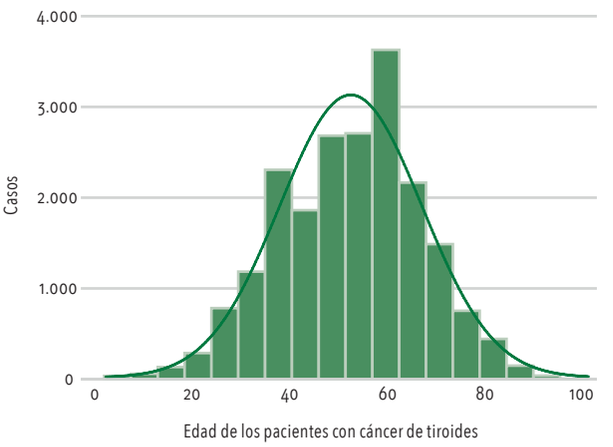
Tabla 14.3. Subgrupos de los tumores de las glándulas tiroides y endocrinas

Subgrupo	Casos	Porcentaje (%)
Tumor de la glándula tiroides (incluye *in situ*)	20.052	96,8
Tumor maligno de otras glándulas endocrinas y de estructuras afines	537	2,6
Tumor maligno de la glándula suprarrenal	132	0,6

14.3.1 Edad de las personas con tumores de las glándulas tiroides y endocrinas

La distribución de la edad mostró un patrón aproximadamente normal con una mayor proporción de casos en los grupos de 50 y 65 años. La mediana de la edad fue 53 años y la media fue de 52,3 años (figura 14.12).

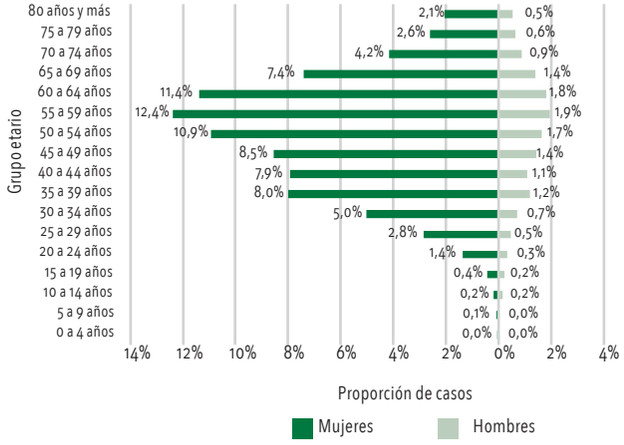
Figura 14.12. Histograma de la edad y curva de normalidad en cáncer de las glándulas tiroides y endocrinas



14.3.2 Distribución del cáncer de las glándulas tiroides y endocrinas según el grupo etario y el sexo

En la distribución según el grupo etario y el sexo para las personas con tumores de las glándulas tiroides y endocrinas, se encontró una mayor frecuencia de casos en la población femenina; el grupo de edad en el cual se concentró la mayor proporción de personas fue el de 55 a 59 años para ambos sexos. Se presentó un total de 17.682 mujeres y 3.039 hombres. La razón mujer:hombre fue de 5,8:1 (figura 14.13).

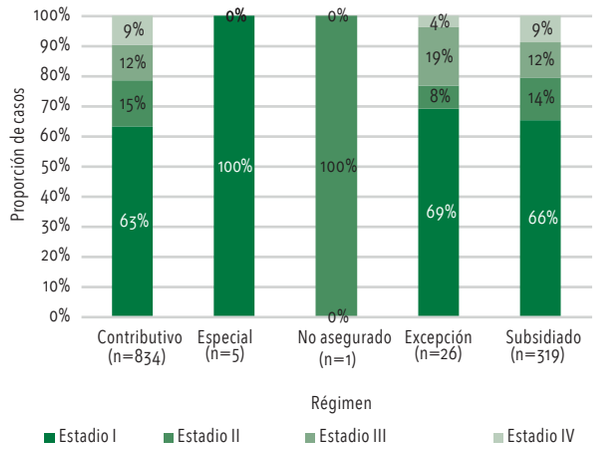
Figura 14.13. Distribución del cáncer de las glándulas tiroides y endocrinas según el grupo etario y el sexo



14.3.3 Estadificación en cáncer de las glándulas tiroides y endocrinas

Al determinar la clasificación TNM por régimen para los casos nuevos, se encontró que el 60% de los casos nuevos cuentan con información sobre la estadificación TNM al momento del diagnóstico, al desagregar por régimen, excluyendo los casos no estadificados, se evidenció que el estadio con mayor proporción de casos es el I para todos los regímenes, a excepción de las personas no aseguradas que solo cuenta con un caso, el cual se encontró en estadio II. El régimen contributivo es aquel con mayor cantidad de casos reportados (figura 14.14).

Figura 14.14. Estadificación TNM en los CNR de cáncer de las glándulas tiroides y endocrinas según régimen de afiliación*



*Excluye los no estadificados

114.3.4 Oportunidad de la atención en cáncer de las glándulas tiroides y endocrinas

En los casos nuevos, el 48,8% de la población tuvo datos para establecer el tiempo entre la sospecha y el diagnóstico, y el 48,5% para determinar el tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento. Se encontró que entre la sospecha clínica y el diagnóstico transcurrieron 90 días en promedio con una mediana de 45 días. En cuanto al tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento, la mediana fue de 9 días y la media de 45 días (tabla 14.4).

Tabla 14.4. Oportunidad en los CNR de cáncer de las glándulas tiroides y endocrinas

Tiempos de oportunidad	Observaciones	Mediana	RIQ	Media	IC (95%)
Sospecha al diagnóstico*	1.009	45	26-122	90	83,4-96,6
Diagnóstico al primer tratamiento	1.003	9	0-75	44.9	41,0-48,8

* Diagnóstico por reporte de histopatología. En caso de no contar con este dato, se tuvo en cuenta el diagnóstico registrado en la historia clínica por la especialidad médica pertinente.

14.4 Tumores de otros órganos genitales femeninos

En el grupo de tumores de otros órganos genitales femeninos se reportaron 13.004 casos (12.607 registrados como invasivos). Se registraron 1.639 casos nuevos, de los cuales 1.606 fueron invasivos. El total de mujeres fallecidas con este tipo de cáncer fue de 903. Este grupo contiene 8 subgrupos según la localización del tumor, de acuerdo con el listado CIE-10, incluyendo una agrupación del carcinoma *in situ*. Del total, el grupo con más casos fue el tumor maligno de ovario con el 51% de los casos (tabla 14.5).

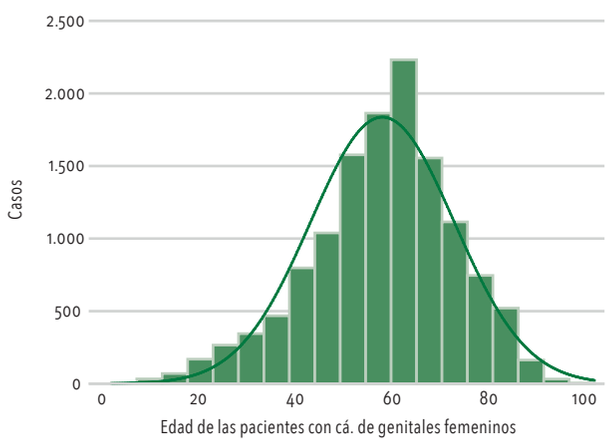
Tabla 14.5. Subgrupos de tumores de otros órganos genitales femeninos

Subgrupo	Casos	Porcentaje (%)
Tumor maligno del ovario	6.588	50,7
Tumor maligno del cuerpo del útero	4.645	35,7
Tumor maligno de la vulva	577	4,4
Carcinoma *in situ* de otros órganos genitales femeninos (diferente localización)	397	3,1
Tumor maligno del útero parte no especificada	318	2,5
Tumor maligno de la vagina	273	2,1
Tumor maligno de otros órganos genitales femeninos y los no especificados	116	0,9
Tumor maligno de la placenta	90	0,7

14.4.1 Edad de las mujeres con tumores de otros órganos genitales femeninos

La distribución de la edad siguió un patrón aproximadamente normal, con la mayor proporción de pacientes entre los 50 y los 70 años, concentrando así el 50% de los casos. La mediana de la edad fue 59 años y la media fue de 58,1 años (figura 14.15).

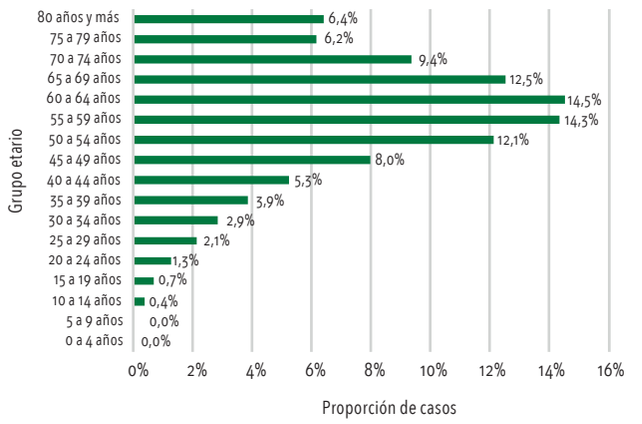
Figura 14.15. Histograma de la edad y curva de normalidad en los tumores de otros órganos genitales femeninos



14.4.1.1 Distribución del cáncer de otros órganos genitales femeninos según el grupo etario

Al igual que lo observado en el histograma, en la distribución por grupos etarios es posible identificar que la mayor proporción de los casos están entre los 50 hasta los 69 años de edad, con un posterior descenso. El grupo etario con más casos es el de los 60 a los 64 años de edad (figura 14.16).

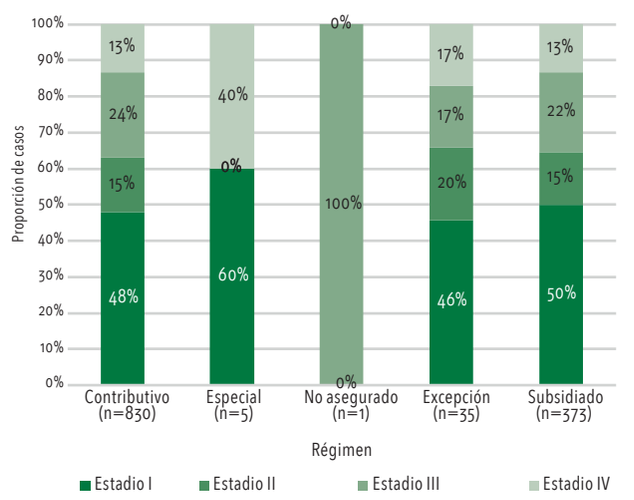
Figura 14.16. Distribución de los tumores de otros órganos genitales femeninos según el grupo etario



14.4.2 Estadificación en los tumores de otros órganos genitales femeninos

En la estadificación por el sistema TNM u otros sistemas para este grupo de tumores, se evidenció que el 78% de los casos nuevos contaban con esta información. Al desagregar por el régimen, excluyendo los no estadificados, se encontró que el estadio I es el más frecuente en todos los estadios, a excepción de los "no asegurados" cono solo un caso en el estadio III (figura 14.17).

Figura 14.17. Estadificación de los tumores de otros órganos genitales femeninos según el régimen de afiliación en los CNR*



14.4.3 Oportunidad de la atención en los tumores en otros órganos genitales femeninos

En cuanto a la oportunidad en los casos nuevos, el 46% de la población tuvo datos para establecer el tiempo entre la sospecha médica y el diagnóstico, y el 48% para establecer el tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento; se encontró que entre la sospecha clínica hasta el diagnóstico trascurren 34 días de mediana y 70 días de media. En cuanto al tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento la mediana fue de 45 días y la media de 58 días (tabla 14.6).

Tabla 14.6. Oportunidad de la atención en los CNR de tumores en otros órganos genitales femeninos

Tiempos de oportunidad	Observaciones	Mediana	RIQ	Media	IC (95%)
Sospecha al diagnóstico*	754	33,5	15-83	69,8	63,0-76,7
Diagnóstico al primer tratamiento	788	45	Dec-85	57,7	53,8-61,7

* Diagnóstico por reporte de histopatología. En caso de no contar con este dato, se tuvo en cuenta el diagnóstico registrado en la historia clínica por la especialidad médica pertinente.

14.5 Otras neoplasias hematológicas

En el grupo de otras neoplasias hematológicas se reportaron 7.538 casos de todas las edades. Se registraron 983 casos como nuevos y 692 personas fallecieron durante el periodo. Este grupo incluye diferentes subgrupos según el listado CIE-10, del cual el más frecuente fue el denominado como "mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas" con el 39% de los casos (tabla 14.7).

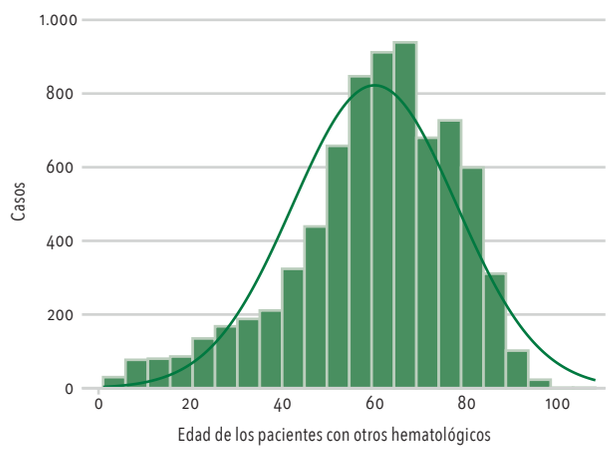
Tabla 14.7. Subgrupos de otras neoplasias hematológicas

Subgrupo	Casos	Porcentaje (%)
Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	2.921	38,8
Otras leucemias mieloides	2.328	30,9
Otras leucemias linfoides	1.408	18,7
Leucemia de células de tipo no especificado	263	3,5
Otras leucemias de tipo celular especificado	198	2,6
Síndrome mielodisplásico	179	2,4
Mieloproliferativo crónico	126	1,7
Enfermedades inmunoproliferativas malignas	63	0,8
Leucemia monocítica	52	0,7
Total	**7.538**	**100**

14.5.1 Edad de los pacientes con otras neoplasias hematológicas

La distribución de la edad para este grupo de neoplasias hematológicas mostró una cola a la izquierda, debido a la presencia de casos en la infancia y la adolescencia, y una menor cantidad de casos en las edades más avanzadas (figura 14.18). La mayor proporción de pacientes se concentró entre los 55 a los 70 años de edad, con una mediana de 62 años y una media de 60 años.

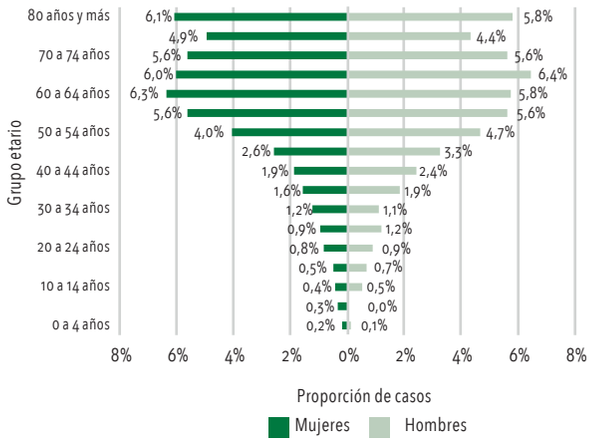
Figura 14.18. Histograma de la edad y curva de normalidad en otras neoplasias hematológicas



14.5.2 Distribución de otras neoplasias hematológicas según el grupo etario y el sexo

En la distribución por los grupos etarios y el sexo se encontró que la frecuencia fue similar entre mujeres y hombres. El grupo etario en el cual se concentró la mayor proporción de casos para las mujeres fue el de 60 a 64 años y para los hombres de los 65 a 69 años (figura 14.19). En total, 3.693 mujeres y 3.845 hombres se reportaron con este grupo de tumores, con una razón hombre:mujer de 1,04:1.

Figura 14.19 Distribución de otras neoplasias hematológicas según el grupo etario y el sexo



14.5.3 Estadificación en otras neoplasias hematológicas

En el grupo de neoplasias hematológicas se encuentran diferentes subtipos de cáncer en los que la estadificación y la clasificación del riesgo se realizan con diferentes sistemas, por tal razón se revisó de forma general el porcentaje de casos que tuvieron algún reporte de estadificación en cada régimen de afiliación, de esta forma se pudo establecer que de aquellos casos en los que aplica (65% del total) la realización de estadificación se dio en el 74% de los casos nuevos (figura 14.20).

Sin embargo, el registro de la clasificación de riesgo es menor, ya que, del total de los casos de este grupo de tumores, el 29% contó con este dato (figura 14.21).

Figura 14.20. Estadificación en otras neoplasias hematológicas según el régimen de afiliación en los CNR

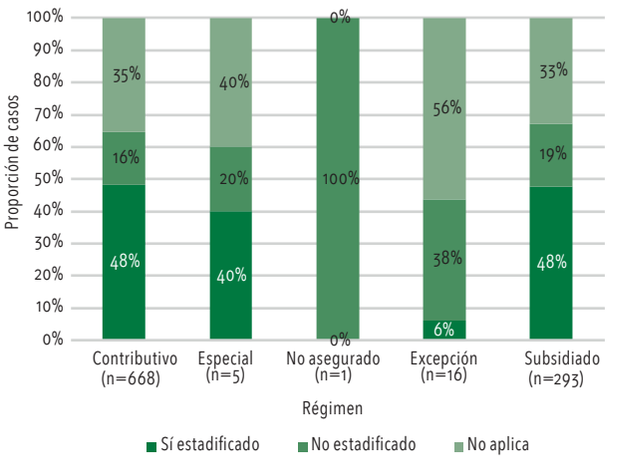
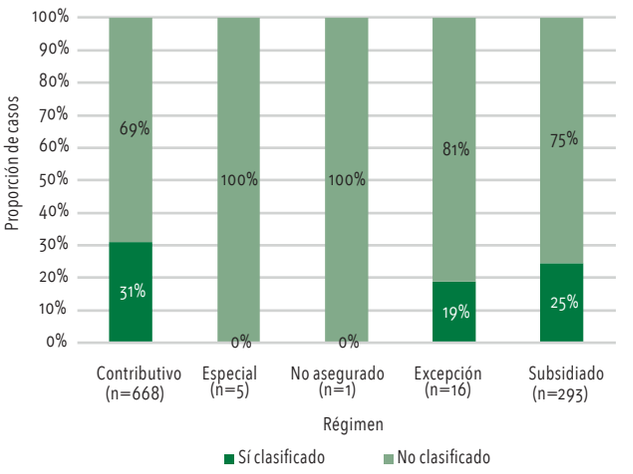


Figura 14.21. Clasificación del riesgo en otras neoplasias hematológicas según el régimen de afiliación en los CNR



14.5.4 Oportunidad de la atención en otras neoplasias hematológicas

En los casos nuevos, el 52,8% de la población tuvo datos para establecer el tiempo entre la sospecha médica y el diagnóstico y el 59,5% para establecer el tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento. Se encontró que desde la sospecha clínica hasta el diagnóstico transcurrieron en promedio 47 días, con una mediana de 19 días. En cuanto al tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento la media de 42 días y la mediana fue de 19 días (tabla 14.8).

Tabla 14.8. Oportunidad de la atención en los CNR de otras neoplasias hematológicas

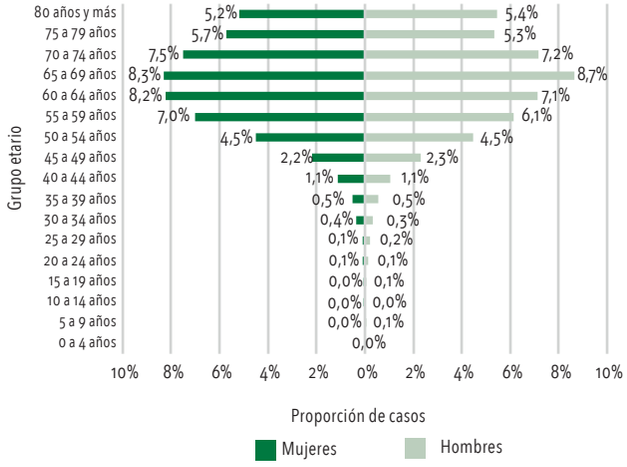
Tiempos de oportunidad	Observaciones	Mediana	RIQ	Media	IC (95%)
Sospecha al diagnóstico*	519	19	Sep-40	47,3	39,7-54,9
Diagnóstico al primer tratamiento	585	19	Mar-59	42,1	37,4-46,7

* Diagnóstico por reporte de histopatología. En caso de no contar con este dato, se tuvo en cuenta el diagnóstico registrado en la historia clínica por la especialidad médica pertinente.

14.5.5 Mieloma Múltiple

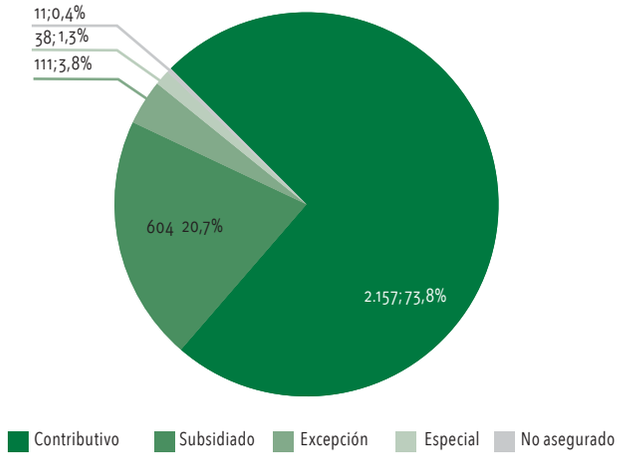
El mieloma múltiple fue el tipo de cáncer hematológico más frecuente en este grupo, con 2.921 casos en total, 432 de ellos diagnosticados durante el periodo y 366 personas que fallecieron con la enfermedad.
El mieloma múltiple se presentó en 1.487 mujeres y en 1.434 hombres para una razón mujer:hombre de 1,04:1. El grupo etario con más casos fue aquel entre los 65 a los 69 años para ambos sexos (figura 14.22).

Figura 14.22. Distribución del mieloma múltiple según el grupo etario y el sexo



Con respecto al régimen de afiliación al que pertenecen las personas afectadas por este tipo de cáncer, el más frecuente fue el contributivo, con el 73,8% del total de los casos, seguido por el subsidiado con el 20,7% y el restante de los casos se notificaron en los demás regímenes (5,5%) (figura 14.23).

Figura 14.23. Distribución del mieloma múltiple según el régimen

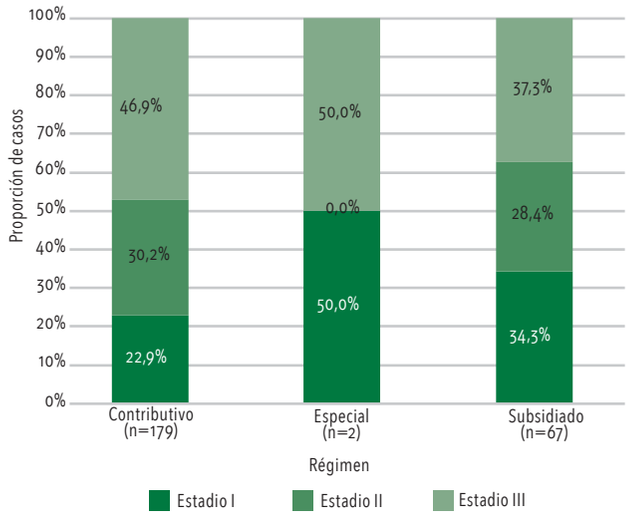


Actualmente existen dos sistemas de clasificación o estadificación del mieloma múltiple: el de Durie-Salmon y el Sistema de Estadificación Internacional Revisado (RISS) este último es el más usado y está basado en 4 factores: la cantidad de albúmina en la sangre, la cantidad de microglobulina beta-2 en la sangre, la cantidad de LDH en la sangre y las anomalías genéticas específicas (citogenética) del cáncer, esto clasifica la enfermedad en tres estadios:

- Estadio I: las pruebas indican que hay un número relativamente pequeño de células de mieloma. El nivel de microglobulina beta-2 sérica es menor de 3.5 (mg/L), el nivel de albúmina es de 3.5 (g/dL) o mayor y Los hallazgos citogenéticos se consideran que "no son de alto riesgo". Los niveles de LDH son normales
- Etapa II esta es una etapa intermedia.
- Etapa III: en esta etapa, el número de células de mieloma se considera alto. La etapa más avanzada del mieloma múltiple se caracteriza por niveles altos de microglobulina beta-2, 5.5 (mg/L) o mayor, niveles bajos de albúmina, niveles de LDH elevados y los hallazgos citogenéticos se consideran "de alto riesgo"

De los casos nuevos, se encontró que el 57,4% cuenta con reporte de estadificación. Al desagregar por regímenes para aquellos casos con información se evidenció que el estadio III tiene la mayor proporción de casos tanto en el régimen contributivo (47%) como para el régimen subsidiado (37%). El régimen de excepción y los no asegurados no presentaron casos para este análisis (figura 14.24).

Figura 14.24. Estadificación en los CNR de mieloma múltiple según el régimen de afiliación



El tratamiento del mieloma múltiple generalmente depende de la etapa del cáncer; este puede incluir: terapia sistémica, radioterapia y trasplante de células madre. La cirugía se emplea algunas veces para eliminar un solo plasmocitoma, pero se usa pocas veces para tratar el mieloma múltiple. Cuando existe una compresión de la médula espinal que produce parálisis, una debilidad muscular grave o entumecimiento, puede necesitarse una cirugía de urgencia.

En los pacientes nuevos la terapia sistémica fue el tipo de tratamiento con más casos consignados (tabla 14.9).

Tabla 14.9. Tratamiento en los casos nuevos de mieloma múltiple

Tipo de tratamiento	Casos (n=432)
Terapia sistémica	319
Radioterapia	85
Trasplante	17

Entre los medicamentos más utilizados en mieloma múltiple se encontraron el bortezomib (inhibidor de la proteosoma), la dexametasona (corticoide) y la ciclofosfamida (agente alquilante) (tabla 14.10).

Tabla 14.10. Medicamentos reportados para el tratamiento del mieloma múltiple

Medicamento	Casos (n=432)
Bortezomib	237
Dexametasona	231
Ciclofosfamida	151
Talidomida	50
Lenalidomida	32
Melfalan	30
Prednisona	27
Doxorubicina	8
Carfilzomib	3

Con respecto a la oportunidad en la atención de las personas con mieloma múltiple, se observó que, en los casos nuevos, el 55,6% de la población tuvo datos para establecer el tiempo entre la sospecha médica y el diagnóstico y el 73,4% para establecer el tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento. Se encontró que desde la sospecha clínica hasta el diagnóstico transcurrieron en promedio 49 días, con una mediana de 20 días. En cuanto al tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento la mediana fue de 25 días y la media de 47 días (tabla 14.11).

Tabla 14.11. Oportunidad de la atención en los CNR de mieloma múltiple

Tiempos de oportunidad	Observaciones	Mediana	RIQ	Media	IC (95%)
Sospecha al diagnóstico*	240	20	Dec-40	49,2	36,5-61,8
Diagnóstico al primer tratamiento	317	25	Jun-64	47,1	40,4-53,8

* Diagnóstico por reporte de histopatología. En caso de no contar con este dato, se tuvo en cuenta el diagnóstico registrado en la historia clínica por la especialidad médica pertinente.

14.6 Tumores del riñón y otros órganos urinarios

En el grupo de los tumores del riñón y otros órganos urinarios se reportaron 6.092 casos (5.984 reportados como cáncer invasivo) de todas las edades. Se registraron 846 casos como nuevos (834 como invasivos) y el total de personas que murieron con diagnóstico de alguna de las neoplasias pertenecientes a este grupo fue de 556. Este grupo contiene 6 subgrupos incluyen-

do aquel que agrupa los carcinomas *in situ* según el listado CIE-10. Del total, el grupo con mayor cantidad de casos fue el de los tumores malignos del riñón con el 53% (tabla 14.12).

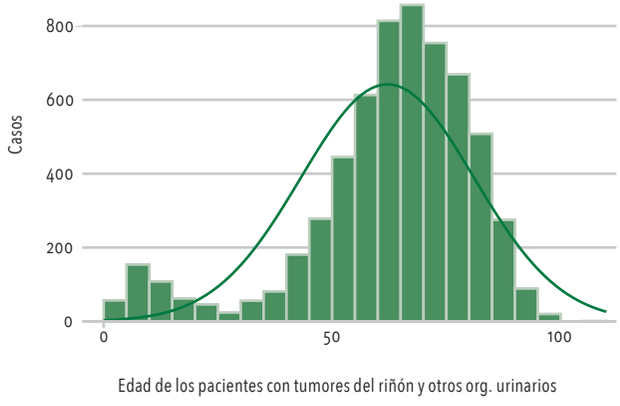
Tabla 14.12. Subgrupos de tumores del riñón y otros órganos urinarios

Subgrupo	Casos	Porcentaje (%)
Tumor maligno del riñón excepto de la pelvis renal	3.229	53
Tumor maligno de la vejiga urinaria	2.512	41,2
Tumor maligno de la pelvis renal	151	2,5
Carcinoma *in situ* de la vejiga y otros órganos urinarios	108	1,8
Tumor maligno otros órganos urinarios y de los no especificados	69	1,1
Tumor maligno del uréter	23	0,4

14.6.1 Edad de las personas con tumores del riñón y otros órganos urinarios

La distribución de la edad para este grupo de tumores fue bimodal, es decir, sugiere que hay dos distribuciones, presentándose tanto en la población infantil y adolescente como en la población adulta, con dos picos de edad en el histograma para cada una de estas dos poblaciones. Al tener en cuenta todas las edades, la mediana fue 65 años y la media fue de 62 años (figura 14.25).

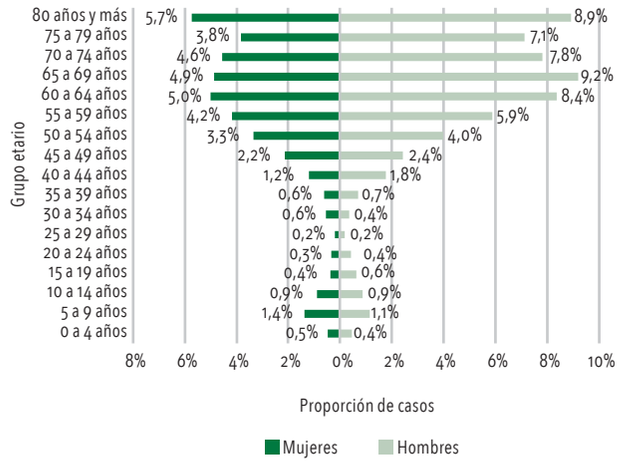
Figura 14.25. Histograma de edad y curva de normalidad en los tumores del riñón y otros órganos urinarios



14.6.2 Distribución de los tumores del riñón y otros órganos urinarios por el grupo etario y por el sexo

En la distribución por grupos etarios y por sexo se observaron con dos picos de edad para ambos sexos (población infantil y adolescente, y población adulta) con una disminución de los casos entre los 20 y los 30 años. Se observó una mayor proporción de los casos en el sexo masculino, especialmente en la población adulta, en ellos el grupo etario con más casos fue el de 65 a 69 años y el de las personas de 80 años o más. En los menores de 18 años, el grupo etario con más casos fue el 5 a 9 años (figura 14.26). En total, 2.421 mujeres y 3.671 hombres se registraron en este grupo de tumores, con una razón hombre:mujer de 1,5:1.

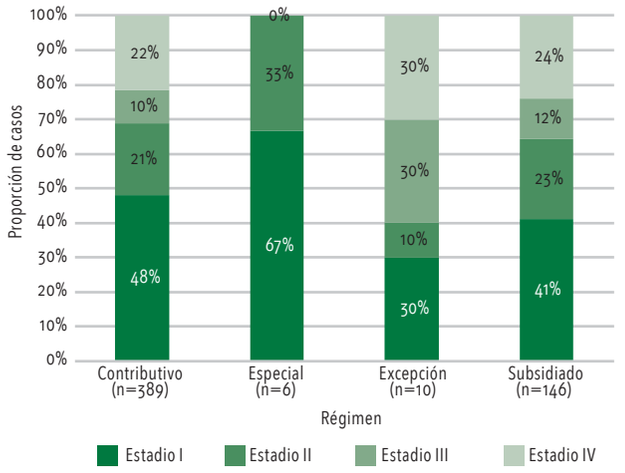
Figura 14.26. Distribución de los tumores del riñón y otros órganos urinarios según el grupo etario y el sexo



14.6.3 Estadificación en los tumores del riñón y otros órganos urinarios

En el grupo de los tumores del riñón y otros órganos urinarios se utiliza el sistema de estadificación TNM. El 67% de los casos nuevos tuvieron información del estadio. Al comparar por regímenes se encontró que en aquellas personas a quienes se les registró la estadificación, la mayor proporción de los casos reportados fueron clasificados como estadios I y II (69% en el régimen contributivo y 64% en el subsidiado) (figuras 14.27).

Figura 14.27. Clasificación TNM de los CNR de riñón y otros órganos urinarios según el régimen de afiliación *



* Excluye los no estadificados

14.6.4 Oportunidad de la atención en las personas con tumores del riñón y otros órganos urinarios

En los casos nuevos, el 38,2% de la población tuvo los datos necesarios para establecer el tiempo entre la sospecha médica y el diagnóstico, y el 40,2% para establecer el tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento. Se encontró que desde la sospecha clínica hasta el diagnóstico transcurrió en promedio 58 días, con una mediana de 33 días. En cuanto al tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento, la mediana fue de 26 días y la media de 54 días (tabla 14.13).

Tabla 14.13. Oportunidad de la atención en los CNR de tumores del riñón y otros órganos urinarios

Tiempos de oportunidad	Observaciones	Mediana	RIQ	Media	IC (95%)
Sospecha a diagnóstico*	314	33	18-74	58	50,6-65,5
Diagnóstico a primer tratamiento	331	26	0-86	53,6	46,2-61,0

* Diagnóstico por reporte de histopatología. En caso de no contar con este dato, se tuvo en cuenta el diagnóstico registrado en la historia clínica por la especialidad médica pertinente.

14.7 Tablas complementarias

Tabla 14.14. Frecuencia de los casos por subtipos de cáncer categorizado según el CIE-10

Tipo de cáncer	Subtipo (CIE10)	Casos totales (n)	Casos nuevos (n)	Fallecidos (n)
1. Otros tumores de la piel (no melanoma)	Otros tumores malignos de la piel	28.521	5.436	931
	Carcinoma *in situ* de la piel	33.52	472	92
2. Glándulas tiroides y endocrinas	Tumor maligno de la glándula tiroides	19.318	1.986	223
	Carcinoma *in situ* de otros sitios y de los no especificados	734	36	6
	Tumor maligno de otras glándulas endocrinas y de estructuras afines	537	32	23
	Tumor maligno de la glándula suprarrenal	132	14	6
3. Otros órganos genitales femeninos	Tumor maligno del ovario	6.588	810	505
	Tumor maligno del cuerpo del útero	4.645	643	260
	Tumor maligno de la vulva	577	74	57
	Carcinoma *in situ* de otros órganos genitales y de los no especificados	397	33	19
	Tumor maligno del útero parte no especificada	318	26	28
	Tumor maligno de la vagina	273	35	23
	Tumor maligno de otros órganos genitales femeninos y los no especificados	116	8	7
	Tumor maligno de la placenta	90	10	4
4. Otros tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	2.921	432	366
	Leucemia mieloide	2.328	211	98
	Leucemia linfoide	1.408	161	108
	Leucemia de células de tipo no especificado	263	31	42
	Otras leucemias de tipo celular especificado	198	22	20
	Síndromes mielodisplásicos	179	57	33
	Mieloproliferativo crónico	126	53	4
	Enfermedades inmunoproliferativas malignas	63	5	8
	Leucemia monocítica	52	11	13
5. Vías urinarias	Tumor maligno del riñón excepto de la pelvis renal	3.229	468	243
	Tumor maligno de la vejiga urinaria	2.512	337	276
	Tumor maligno de la pelvis renal	151	18	23
	Carcinoma *in situ* de otros sitios y de los no especificados	108	12	8
	Tumor maligno otros órganos urinarios y de los no especificados	69	5	3
	Tumor maligno del uréter	23	6	3

Tabla 14.14. Frecuencia de los casos por subtipos de cáncer categorizado según el CIE-10 (continuación)

Tipo de cáncer	Subtipo (CIE10)	Casos totales (n)	Casos nuevos (n)	Fallecidos (n)
6. Ojo, encéfalo, y otras partes del sistema nervioso	Tumor maligno del encéfalo	3.830	528	460
	Tumor maligno del ojo y sus anexos	1.100	80	33
	Tumor maligno de la medula espinal, de los nervios craneales y de otras partes del sistema nervioso central	375	36	40
	Tumor maligno de las meninges	202	23	11
	Carcinoma *in situ* de otros sitios y de los no especificados	36	9	1
7. Otros órganos digestivos	Tumor maligno del páncreas	1.590	481	528
	Tumor maligno del esófago	1.066	279	347
	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	879	262	310
	Tumor maligno de la vesícula biliar	630	169	172
	Tumor maligno del intestino delgado	582	88	60
	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de las vías biliares	564	140	170
	Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos de los órganos digestivos	95	12	12
	Carcinoma *in situ* de otros órganos digestivos y de los no especificados	86	12	19
	Carcinoma *in situ* de la cavidad bucal, del esófago y del estomago	28	7	10
8. Labio, cavidad bucal y faringe	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la lengua	757	132	114
	Tumor maligno de la glándula parótida	621	82	50
	Tumor maligno de la amígdala	564	83	34
	Tumor maligno de la nasofaringe	352	64	38
	Tumor maligno del paladar	282	41	29
	Tumor maligno de otras glándulas salivales mayores y de las no especificadas	276	32	16
	Tumor maligno de la base de la lengua	263	47	43
	Tumor maligno del labio	229	26	16
	Tumor maligno de la orofaringe	225	43	33
	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la boca	213	21	30
	Tumor maligno del piso de la boca	120	7	14
	Tumor maligno de la hipofaringe	87	17	15
	Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	75	9	4
	Tumor maligno de la encía	67	12	10
	Carcinoma *in situ* de la cavidad bucal, del esófago y del estomago	30	4	2
	Tumor maligno del seno piriforme	13	4	6

Tabla 14.14. Frecuencia de los casos por subtipos de cáncer categorizado según el CIE-10 (continuación)

Tipo de cáncer	Subtipo (CIE10)	Casos totales (n)	Casos nuevos (n)	Fallecidos (n)
9. Tejidos mesoteliales (excepto pulmón) y tejidos blandos	Tumor maligno otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos	2.557	328	188
	Tumor maligno del peritoneo y retroperitoneo	683	142	121
	Sarcoma de Kaposi	667	79	41
	Mesotelioma	113	31	30
	Tumor maligno de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo	109	10	9
10. Otros órganos genitales masculinos	Tumor maligno del testículo	2.696	301	76
	Tumor maligno del pene	633	81	64
	Carcinoma *in situ* de otros órganos genitales y de los no especificados	69	14	5
	Tumor maligno de otros órganos genitales masculinos y de los no especificados	52	10	3
11. Otros órganos respiratorios e intratorácicos	Tumor maligno de la laringe	1.749	230	183
	Tumor maligno del corazón, del mediastino y de la pleura	325	79	62
	Tumor maligno de los senos paranasales	314	46	47
	Tumor maligno de las fosas nasales y del oído medio	246	39	15
	Carcinoma *in situ* del sistema respiratorio y del oído medio	150	16	12
	Tumor maligno del timo	117	21	6
	Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos del sistema respiratorio y de los órganos intratorácicos	14	1	2
12. Otros sitios, sitios mal definidos, sitios no especificados	Tumor maligno de otros sitios y de sitios mal definidos	1.382	214	155
	Carcinoma *in situ* de otros sitios y de los no especificados	502	9	11
	Tumor maligno de sitios no especificados	394	56	54
	Tumores malignos (primarios) de sitios múltiples independientes	61	3	9
13. Huesos y cartílagos articulares	Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares de los miembros	1.084	135	78
	Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares, de otros sitios y de sitios no especificados	628	75	74
14. Tumores sin primario conocido	Tumor maligno secundario de otros sitios	531	88	93
	Tumor maligno secundario de los órganos respiratorios y digestivos	478	120	152
	Tumor maligno secundario y el no especificado de los ganglios linfáticos	331	66	38

Lista de tablas

Lista de figuras

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión y conclusiones

El registro administrativo de cáncer ha evolucionado de forma significativa desde su creación, mostrando un incremento progresivo en el número de casos reportados y válidos. El número total de personas con diagnóstico de cáncer atendidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud asciende a 275.348.

Con respecto a las neoplasias de tipo sólido priorizadas para la CAC, el cáncer de mama es el de mayor representación dentro del registro, seguido del cáncer de próstata, el de colon y recto, el de cérvix, el de estómago, el melanoma y el cáncer de pulmón, evidenciando el ascenso del cáncer colorrectal y del melanoma en una posición, respecto al ordenamiento presentado en el periodo anterior (1). En lo que respecta a las neoplasias hematolinfoides priorizadas, el LNH ocupa el primer lugar, seguido del LH, LMA y LLA, lo cual, comparado con el análisis previo, muestra un aumento en la frecuencia de la LMA con respecto a la LLA (1).

Dentro del grupo de cánceres sólidos, el de mama presenta también el mayor número de casos diagnosticados durante el periodo de análisis, así como de personas fallecidas y en ambos aspectos dicho cáncer es precedido por el cáncer colorrectal. La tercera, cuarta, quinta y sexta posición respecto al número de casos nuevos son para el cáncer de próstata, cérvix, estómago, mientras que en lo relacionado con el número de casos fallecidos durante el tercer lugar es para el cáncer de estómago, seguido del de próstata, pulmón, cérvix y melanoma. En las neoplasias hematolinfoides, los casos nuevos muestran el mismo orden de los casos prevalentes (LNH, LH LMA y LLA); sin embargo, en el número de personas reportados como fallecidas, el LNH ocupa primer lugar seguido de la LMA, LLA y LH.

De acuerdo con los datos reportados, el tipo de cáncer que se presenta a edad más avanzada es el de próstata con una edad media de aparición de 69 años, mientras que el cáncer de cérvix es el de ocurrencia más temprana con una edad media de 46 años al diagnóstico, lo cual corresponde con la edad promedio reportada en Estados Unidos para ambos tipos de cáncer (2,3).

Cabe recordar que en este reporte las neoplasias hematolinfoides son analizadas en la población mayor de 18 años y por lo tanto, algunas de ellas, que suelen ser más frecuentes en la infancia, pueden verse subrepresentadas (4). En la publicación orientada al análisis del cáncer en población pediátrica se podrá tener acceso a la información pertinente de forma más detallada.

En cuanto a la concentración de casos por grupo etario, tal como está reportado en la literatura proveniente de otros países, la LLA y el LH en adultos, se agrupa con mayor frecuencia entre los 20 y los 29 años; contrario al resto de neoplasias en las que se observa una mayor prevalencia en edades avanzadas (5).

Teniendo en cuenta todos los tipos de cáncer reportados incluyendo a los menores de edad y los tipos de cáncer no priorizados, el análisis sugiere una razón de ocurrencia con predilección por las mujeres tanto en el cáncer invasivo como en el cáncer in situ, debido en gran parte a que el cáncer de mama y el de cérvix representan dos de los tipos de mayor frecuencia, no obstante, de manera independiente, el cáncer de estómago, el LH y la LLA presentan mayor número de casos en la población masculina tal como se ha sugerido en otras fuentes de investigación (6–8) .

Según los datos reportados a la CAC, en el periodo de análisis se presentó una PCNR de 73,1 casos de cáncer por cada 100.000 habitantes y una mortalidad de 39,4 casos por cada 100.000 habitantes, lo cual difiere de las estimaciones en incidencia y mortalidad publicadas por la IARC para Colombia en 2012 y 2018 (9,10). Sucede algo similar en lo relacionado con cada uno de los tipos de cáncer priorizados, sin embargo, vale la pena considerar las diferencias en las fuentes de información y métodos de cálculo utilizados para los indicadores de morbimortalidad.

Por ejemplo, de acuerdo con los datos reportados, de los tipos de cáncer sólido priorizados para la CAC, el cáncer de mama, el cáncer de próstata, el de cérvix, el de colon y el de estómago, constituyen en su orden los 5 tipos de mayor PCNR para el 2018, en cuanto la mortalidad, el primer lugar es para el cáncer de mama seguido del cáncer de próstata, los cánceres de colon, cérvix y, estómago comparten la tercera posición y en cuarto lugar se ubica el cáncer de pulmón. Esto comparado con lo reportado por Globocan para Colombia, muestra diferencias tanto en el ordenamiento de las neoplasias como en los resultados de las tasas. (9). En este sentido, hay que destacar en primer lugar, que los casos que se incluyen como validos en el registro de la CAC constituyen casos nuevos a nivel nacional

verificados mediante auditoría, mientras que los casos de la IARC obedecen a estimaciones o proyecciones basadas en lo reportado por cuatro registros poblacionales del país (11).

En el caso de los cuatro tipos de neoplasias hematolinfoides priorizadas (medidos en población mayor de 18 años), el LNH es el que muestra los valores más altos en prevalencia, PCNR y mortalidad, siendo la LLA la de menor PCNR y el LH el de menor mortalidad para el periodo de análisis. La literatura que dé cuenta del comportamiento de las neoplasias hematológicas en población mayor de 18 años específicamente es escasa, sin embargo, el orden observado en términos de frecuencia es consecuente con los resultados mostrados en periodos anteriores (1,12,13).

Por otro lado, la mayor parte de los casos de cáncer se concentran en el régimen contributivo, a excepción del cáncer de cérvix que para el periodo de análisis muestra un mayor porcentaje de personas atendidas por el régimen subsidiado con una diferencia de 9 puntos porcentuales entre ambos regímenes.

Se puede observar también que, departamentos como el Vaupés, Guainía, Guaviare y Vichada entre otros, no reportan casos nuevos en la mayoría de los tipos de cáncer priorizado, lo cual a pesar de coincidir con lo informado en periodos de análisis anteriores, no corresponde a lo esperado dadas las características de estas regiones en cuanto a índices de pobreza, educación, acceso a servicios públicos (14), y en general a la presencia de determinantes sociales del cáncer que han sido ampliamente documentados (15–18). En este sentido, la ausencia de casos, puede obedecer a diferentes razones, en primer lugar, es posible que los casos procedentes de dichos departamentos estén siendo reportados por otros donde se realiza el diagnostico, por otro lado, el deficiente acceso a los servicios de salud en dichas regiones (14), sugiere una alta probabilidad de sub-diagnóstico y/ o sub-registro de casos nuevos de cáncer en general.

Respecto a los datos relacionados con el proceso diagnóstico, se encontró un alto porcentaje de casos susceptibles de estadificación o de clasificación de riesgo que no cuentan con dicha información, lo cual debe ser puesto a consideración dada su importancia a nivel diagnóstico y pronóstico, así como en la elección terapéutica más indicada en cada caso, sin embargo, al comparar dicho porcentaje con los resultados mostrados en periodos anteriores, se evidencia un avance significativo, lo cual puede traducirse en una gestión del riesgo mucho más acuciosa por parte de las instituciones (10,12,13).

La distribución de los tipos de cáncer solido según el estadio de la enfermedad al diagnóstico muestra al melanoma como el tipo de cáncer que presenta el mayor porcentaje de casos de cáncer in situ sobre el total de sus casos nuevos, seguido del cáncer de cervix , que a su vez, constituye el tipo de cáncer con el mayor porcentaje de casos en estadio I (30%), el de próstata muestra el porcentaje más alto de casos en el estadio II (40%), mientras que el cáncer de estómago y el de pulmón son los que lideran el porcentaje de casos diagnosticados en estadio III (30%) y estadio IV (79%) respectivamente.

Respecto a las neoplasias hematolinfoides priorizadas, los linfomas muestran una distribución similar al agrupar los estadios I y II y los estadios III y IV con aproximadamente el 50% de los casos en cada grupo respectivamente; en relación con las leucemias agudas, el nivel de riesgo de mayor concentración obedece al nivel "alto desfavorable" con más del 40% de los casos en ambas enfermedades.

Finalmente, al analizar la oportunidad de la atención, el cáncer colorrectal constituye el de mejor oportunidad de diagnóstico oncológico, con una mediana de 8,5 días desde la sospecha clínica hasta la confirmación diagnóstica, mientras que en las personas con cáncer de próstata, cérvix o melanoma deben trascurren más de 35 días para acceder al diagnóstico oncológico (medianas: 45, 43 y 36 días, respectivamente). En cuanto al acceso oportuno al primer tratamiento oncológico luego de la confirmación diagnóstica, el cáncer de colon y recto también muestra los mejores resultados con una mediana de 5 días, frente al cáncer de próstata que arrojó un resultado de 75 días entre la confirmación diagnóstica y el acceso al primer tratamiento.

La mediana de la oportunidad en el diagnóstico del cáncer general es de 30 días, y la oportunidad del tratamiento de 45 días, sin embargo, cabe resaltar que el número de observaciones que cuentan con la información necesaria para el cálculo de dichos indicadores es aún baja respecto al total de casos reportados en el periodo. Por otro lado, la presencia de datos extremos y el tipo de distribución de los datos hace que el valor de la media no sea el que resuma de mejor forma el comportamiento de los datos, por lo que se hace referencia a la mediana. De esta manera, tomando como referencia la mediana reportada para el periodo inmediatamente anterior, se observa un comportamiento en general estable en términos de confirmación diagnóstica y en términos de acceso al primer tratamiento en la población con cáncer atendida en el SGSSS. (1,12,13), sin embargo, es necesario seguir trabajando en la reducción de los tiempos relativos

a la oportunidad de cada tipo de cáncer según sus características y necesidades específicas.

En este sentido, el gobierno nacional y la CAC han venido adelantado diferentes acciones y medidas que contribuyan en el logro de este objetivo entre las que se encuentran la definición y posicionamiento del cáncer en instrumentos de política pública de largo plazo, la unificación del Plan de Beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, la regulación en los precios de los medicamentos, la adopción de la Plataforma MIPRES, para disminuir las barreras de acceso a tecnologías no cubiertas por la UPC, adopción de las Rutas Integrales de Atención de cáncer de cuello uterino, mama y leucemias agudas pediátricas, entre otros (19).

La CAC por su parte, ofrece de manera frecuente talleres de gestión a las EPS del país, en los cuales se abordan temas relacionados, que involucran estrategias y herramientas para mejorar los resultados de los indicadores con lo que se mide el desempeño de forma anual, incluyendo los indicadores de oportunidad de la atención. Por otro lado, la generación del ranking anual (20), constituye también un mecanismo de para apoyar e impulsar la gestión del riesgo en todas las enfermedades objeto de seguimiento en la CAC incluido el Cáncer. En virtud de lo anterior, se esperan avances significativos, tal como se ha visto durante los últimos reportes elaborados, no solo en lo relacionado a la oportunidad de la atención, sino en general a la gestión del riesgo de los pacientes con cáncer atendidos en el SGSSS.

Referencias bibliográficas

1. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. 2017. Bogotá D.C.; 2017.
2. Cohen PA, Jhingran A, Oaknin A, Denny L. Cervical cancer. Lancet [Internet]. 2019;393(10167):169–82. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32470-X
3. Li J, Djenaba JA, Soman A, Rim SH, Master VA. Recent trends in prostate cancer incidence by age, cancer stage, and grade, the United States, 2001-2007. Prostate Cancer [Internet]. 2012 [citado 2019 May 6];2012:691380. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23251806
4. Onostre R. Diagnóstico temprano del cáncer en la infancia [Internet]. Vol. 53, Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. Sociedad Boliviana de Pediatría; 2014 [citado 2019 May 6]. 159-161 p. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752014000300008
5. Bleyer A, Viny A, Barr R. Cancer in 15- to 29-year-olds by primary site. Oncologist [Internet]. 2006 Jun 1 [citado 2019 May 6];11(6):590–601. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16794238
6. Bethesda MNCI. PDQ® Adult Treatment Editorial Board. PDQ Adult Hodgkin Lymphoma Treatment. [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.cancer.gov/types/lymphoma/hp/adult-hodgkin-treatment-pdq.
7. Sitarz R, Skierucha M, Mielko J, Offerhaus GJA, Maciejewski R, Polkowski WP. Gastric cancer: Epidemiology, prevention, classification, and treatment [Internet]. Vol. 10, Cancer Management and Research. Dove Press; 2018 [citado 2019 Jun 7]. p. 239–48. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29445300
8. Jackson N, Menon BS, Zarina W, Zawawi N, Naing NN. Why is acute leukemia more common in males? A possible sex-determined risk linked to the ABO blood group genes. Ann Hematol [Internet]. 1999 May [citado 2019 Jun 7];78(5):233–6. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10391104
9. IARC International Agency for Research on Cancer. Globocan Colombia 2018. Vol. 380. 2018.
10. The Economist Intelligence Unit. Control del cáncer, acceso y desigualdad en américa latina: Una historia de luces y sombras. Econ Intell Unit [Internet]. 2017;74. Disponible en: https://eiuperspectives.com/sites/default/files/images/Cancer_control_access_and_inequality_in_Latin_America_SPANISH.pdf
11. Antoni S, Soerjomataram I, Møller B, Bray F, Ferlay J. An assessment of GLOBOCAN methods for deriving national estimates of cancer incidence. Bull World Heal Organ [Internet]. 2016 [citado 2019 May 6];94:174–84. Disponible en: https://www.who.int/bulletin/volumes/94/3/15-164384.pdf
12. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2016. 2016.
13. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en Colombia. 2015. 2015.
14. Ministerio de Salud y Protección Socia. Analisis De Situación De Salud (ASIS) Colombia, 2017 [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf

15. Merletti F, Galassi C, Spadea T. The socioeconomic determinants of cancer. In: Environmental Health: A Global Access Science Source [Internet]. BioMed Central; 2011 [citado 2019 Jun 10]. p. S7. Disponible en: http://ehjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-069X-10-S1-S7
16. Hiatt RA, Breen N. The Social Determinants of Cancer. A Challenge for Transdisciplinary Science [Internet]. Vol. 35, American Journal of Preventive Medicine. 2008 [citado 2019 Jun 10]. p. S141–50. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18619394
17. McDaniel JT, Nuhu K, Ruiz J, Alorbi G. Social determinants of cancer incidence and mortality around the world: an ecological study. Glob Health Promot [Internet]. 2019 Mar 16 [citado 2019 Jun 10];26(1):41–9. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29187122
18. Hiatt RA. The social determinants of cancer. Eur J Epidemiol [Internet]. 2004 [citado 2019 Jun 10];19(9):821–2. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15499891
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia sigue desarrollando acciones para mejorar atención a pacientes con cáncer [Internet]. Boletín de prensa No 017 de 2019. 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-sigue-desarrollando-acciones-para-mejorar-atencion-a-pacientes-con-cancer.aspx
20. Cuenta de Alto Costo. Ranking de las EPS con los mejores resultados en la gestión del riesgo y la mejor calidad del reporte de datos de las enfermedades de alto costo. [Internet]. 2019. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Ranking_EPS_2019.pdf

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
Ministerio de Hacienda y Crédito Público