



Situación del

CÁNCER

EN LA POBLACIÓN ADULTA

atendida en el sgsss de Colombia

2016

SITUACIÓN DEL CÁNCER EN LA POBLACIÓN ADULTA ATENDIDA EN EL SGSSS DE COLOMBIA

2016



Situación del cáncer en la población adulta
atendida en el SGSSS de Colombia 2016

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Cuenta de Alto Costo [CAC]

ISBN: 978-958-59710-4-2

Periodicidad: una edición anual

Bogotá D. C., Colombia, 8 de septiembre de 2017

© Todos los derechos reservados

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

CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



JUNTA DIRECTIVA

Pablo Fernando Otero Ramón
Presidente de Junta Directiva
Sura EPS

Javier Peña Ramírez
Cajacopi EPS

Nubia Gregoria Espinosa Garzón
Compensar EPS

Claudia Morales Moreno
Saludvida EPS

Gustavo Adolfo Aguilar Vivas
Asmet Salud EPS

Ángela María Cruz Libreros
Coomeva EPS

Ana Eugenia Velásquez Manes
EPM

Claudia Constanza Rivero Betancourt
Capital Salud EPSS

Directora Ejecutiva

Dra. Lizbeth Acuña Merchán

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

Coordinación de Gestión del Conocimiento

Dra. Patricia Sánchez Quintero

Coordinación de Gestión del Riesgo

Dr. Luis Alberto Soler Vanoy

Coordinación de Gestión de la Tecnología

Ing. Fernando Valderrama Castellanos

Coordinación de Auditoría y Gestión de la Información

Dra. María Teresa Daza

Coordinación de Gestión de Proyectos

Dr. Luis Alejandro Moreno Ramírez

Expertos clínicos revisores

Jaime Alberto González Díaz

Internista, Hematólogo y Oncólogo Clínico Oncologos del Occidente S.A.

Gilberto de Lima Lopes Junior

Profesor Asociado de Medicina Clínica. Director Médico de Programas Internacionales.

Director Asociado de Oncología Global. Co-líder, Lung Cancer Site Disease Group.

Sylvester Comprehensive Cancer Center at the University of Miami

Organizadora de la elaboración del documento

Paula Ximena Ramírez Barbosa

Coordinación editorial, diseño y diagramación

Adriana Rodríguez-Conto

Diseño de portada

Alejandro Niño Bogoya

CONTENIDO

Junta Directiva.....	7
Glosario.....	19
Abreviaturas.....	21
Introducción.....	23
Metodología de la recolección de datos y del análisis estadístico	25
Periodo evaluado.....	25
Población.....	25
Auditoría de la información.....	25
Malla de validación en sistemas de información.....	25
Obtención de registros únicos y aclaración de pacientes coincidentes dentro de la misma entidad.....	25
Aclaración de pacientes compartidos entre diferentes entidades.....	25
Auditoría de campo.....	26
Ajuste de datos después de la auditoría.....	26
Análisis epidemiológico.....	26
Prevalencia.....	26
PCNR.....	26
Mortalidad.....	27
Gestión del riesgo.....	27
Generalidades metodológicas.....	27
Estructura del libro.....	27
Generalidades del cáncer	33
Declaración de conflictos de interés.....	33
Características generales de la población con cáncer.....	33
Edad de los pacientes con cáncer.....	33
Grupos poblacionales.....	34
Distribución de frecuencia en cáncer.....	35
<i>Distribución de cáncer según sexo</i>	35
<i>Distribución de cáncer según régimen de afiliación</i>	35
<i>Distribución de cáncer en la población general</i>	35
<i>Distribución de cáncer según grupo etario</i>	36
<i>Frecuencia de cáncer según sexo</i>	36
<i>Frecuencia de pacientes nuevos según sexo</i>	37
<i>Frecuencia de mortalidad según sexo</i>	37
Morbimortalidad por cáncer.....	37
Prevalencia de cáncer en el país.....	39
Prevalencia de cáncer en la BDUA.....	40
PCNR de cáncer en el país.....	40
PCNR de cáncer en la BDUA.....	40
Mortalidad por cáncer en el país.....	41
Mortalidad por cáncer en la BDUA.....	41
Terapia general en cáncer.....	41
Medicamentos en cáncer.....	42
<i>Medicamentos por régimen de afiliación</i>	42
<i>Medicamentos observados en el reporte</i>	42
Radioterapia en cáncer.....	43
<i>Radioterapia y quimioterapia</i>	44

Clasificación del riesgo en cáncer	44
Nivel de diferenciación celular en tumores sólidos	44
Estadificación TNM por régimen de afiliación	45
Oportunidad en cáncer	45
Tablas complementarias	46
Bibliografía	50
Cáncer de mama CIE-10: C50-D50; CIE-O-3: C50	55
Características generales de la población con cáncer de mama	55
Edad de las pacientes con cáncer de mama	55
Morbimortalidad por cáncer de mama	56
Prevalencia de cáncer de mama en el país	56
Prevalencia de cáncer de mama en la BDU A	56
Comparación de morbilidad entre 2015 y 2016	56
PCNR de cáncer de mama en el país	57
PCNR de cáncer de mama en la BDU A	57
Mortalidad por cáncer de mama en el país	57
Mortalidad por cáncer de mama en la BDU A	58
Estadificación en cáncer de mama	58
Estadificación TNM	58
Pruebas diagnósticas	58
Terapia general en cáncer de mama	59
Medicamentos en cáncer de mama	60
<i>Medicamentos observados en el reporte</i>	60
Radioterapia en cáncer de mama	61
Oportunidad en cáncer de mama	61
Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico	62
Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento	63
Tablas complementarias	63
Indicadores de gestión del riesgo	67
Bibliografía	70
Cáncer de próstata CIE-10: 61; CIE-O-3: C61	77
Características generales de la población con cáncer de próstata	77
Edad de los pacientes con cáncer de próstata	77
<i>Grupos etarios en cáncer de próstata</i>	78
Distribución de frecuencia en cáncer de próstata	78
Morbimortalidad por cáncer de próstata	78
Prevalencia de cáncer de próstata en el país	78
Prevalencia de cáncer de próstata en la BDU A	78
Comparación de morbilidad entre 2015 y 2016	79
PCNR de cáncer de próstata en el país	79
PCNR de cáncer de próstata en la BDU A	80
Mortalidad por cáncer de próstata en el país	80
Mortalidad por cáncer de próstata en la BDU A	80
Estadificación en cáncer de próstata	80
Estadificación TNM	81
Estadificación por escala de Gleason	81
Terapia general en cáncer de próstata	81
Medicamentos en cáncer de próstata	82
<i>Medicamentos observados en el reporte</i>	82
Radioterapia en cáncer de próstata	83
Oportunidad en cáncer de próstata	83

Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico	84
Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento	84
Tablas complementarias	85
Indicadores de gestión del riesgo	87
Bibliografía	89
Cáncer de cérvix CIE-10: C53; CIE-O-3: C53	95
Características generales de la población con cáncer de cérvix	95
Edad de las pacientes con cáncer de cérvix	95
Morbimortalidad por cáncer de cérvix invasivo	96
Prevalencia de cáncer de cérvix invasivo en el país	96
Prevalencia de cáncer de cérvix invasivo en la BDUA	96
Comparación de morbimortalidad entre 2015 y 2016	96
PCNR de cáncer de cérvix invasivo en el país	97
PCNR de cáncer de cérvix invasivo en la BDUA	97
Mortalidad por cáncer de cérvix invasivo en el país	97
Mortalidad por cáncer de cérvix invasivo en la BDUA	98
Morbimortalidad de cáncer de cérvix <i>in situ</i>	98
Prevalencia de cáncer de cérvix <i>in situ</i> en el país	98
Prevalencia de cáncer de cérvix <i>in situ</i> en la BDUA	98
PCNR de cáncer de cérvix <i>in situ</i> en el país	98
PCNR de cáncer de cérvix <i>in situ</i> en la BDUA	99
Mortalidad por cáncer de cérvix <i>in situ</i> en el país	99
Mortalidad por cáncer de cérvix <i>in situ</i> en la BDUA	99
Estadificación en cáncer de cérvix	99
Estadificación TNM	100
Terapia general en cáncer de cérvix	100
Tratamiento en cáncer de cérvix	100
<i>Medicamentos observados en el reporte</i>	101
Radioterapia en cáncer de cérvix	101
Oportunidad en cáncer de cérvix	102
Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico	103
Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento	103
Tablas complementarias	104
Bibliografía	114
Cáncer de colon y recto CIE-10: C18-C21; CIE-O-3: C18-C21 (INCLUYE ANO)	121
Características generales de la población con cáncer de colon y recto	121
Edad de los pacientes con cáncer de colon y recto	121
<i>Grupos etarios en cáncer de colon y recto y distribución por sexo</i>	122
Morbimortalidad por cáncer de colon y recto	122
Prevalencia de cáncer de colon y recto en el país	122
Prevalencia de cáncer de colon y recto en la BDUA	123
Comparación de morbimortalidad entre 2015 y 2016	123
PCNR de cáncer de colon y recto en el país	123
PCNR de cáncer de colon y recto en la BDUA	124
Mortalidad por cáncer de colon y recto en el país	124
Mortalidad por cáncer de colon y recto en la BDUA	124
Estadificación en cáncer de colon y recto	124
Estadificaciones TNM y Dukes	125
Terapia general en cáncer de colon y recto	125
Medicamentos en cáncer de colon y recto	126
<i>Medicamentos observados en el reporte</i>	126
Radioterapia en cáncer de colon y recto	127

Oportunidad en cáncer de colon y recto	127
Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico	128
Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento	128
Tablas complementarias	129
Bibliografía	136
Cáncer de estómago CIE-10: C16; CIE-O-3: C16	141
Características generales de la población con cáncer gástrico	141
Edad de los pacientes con cáncer gástrico	141
<i>Grupos etarios en cáncer gástrico y distribución por sexo</i>	<i>142</i>
Morbimortalidad por cáncer gástrico	142
Prevalencia de cáncer gástrico en el país	142
Prevalencia de cáncer gástrico en la BDUA	143
Comparación de morbimortalidad entre 2015 y 2016	143
PCNR de cáncer gástrico en el país	143
PCNR de cáncer gástrico en la BDUA	144
Mortalidad por cáncer gástrico en el país	144
Mortalidad por cáncer gástrico en la BDUA	144
Estadificación en cáncer gástrico	144
Estadificación TNM	144
Terapia general en cáncer gástrico	144
Medicamentos en cáncer gástrico	145
<i>Medicamentos observados en el reporte</i>	<i>146</i>
Radioterapia en cáncer gástrico	146
Oportunidad en cáncer gástrico	146
Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico	147
Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento	147
Tablas complementarias	148
Bibliografía	154
Cáncer de pulmón CIE-10: C33-34; CIE-O-3: C33-34	159
Características generales de la población con cáncer de pulmón	159
Edad de los pacientes con cáncer de pulmón	159
<i>Grupos etarios en cáncer de pulmón y distribución por sexo</i>	<i>159</i>
Tipos histológicos en cáncer de pulmón	160
Morbimortalidad por cáncer de pulmón	160
Prevalencia de cáncer de pulmón en el país	160
Prevalencia de cáncer de pulmón en la BDUA	161
Comparación de morbimortalidad entre 2015 y 2016	161
PCNR de cáncer de pulmón en el país	161
PCNR de cáncer de pulmón en la BDUA	162
Mortalidad por cáncer de pulmón en el país	162
Mortalidad por cáncer de pulmón en la BDUA	162
Estadificación en cáncer de pulmón	162
Estadificación TNM	162
Terapia general cáncer de pulmón	163
Tratamiento en cáncer de pulmón	163
Medicamentos en cáncer de pulmón	163
<i>Medicamentos observados en el reporte</i>	<i>163</i>
Radioterapia en cáncer de pulmón	164

Oportunidad en cáncer de pulmón	164
Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico	165
Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento	165
Tablas complementarias	166
Bibliografía	169
Melanoma CIE-10: C43; CIE-O-3: C44	175
Características generales de la población con melanoma	175
Edad de los pacientes con melanoma	175
<i>Grupos etarios en melanoma y distribución por sexo</i>	176
Morbimortalidad por melanoma	176
Prevalencia de melanoma en el país	176
Prevalencia de melanoma en la BDUA	176
Comparación de morbimortalidad entre 2015 y 2016	176
PCNR de melanoma en el país	177
PCNR de melanoma en la BDUA	177
Mortalidad por melanoma en el país	177
Mortalidad por melanoma en la BDUA	178
Estadificación en melanoma	178
Estadificación TNM	178
Terapia general en melanoma	178
Tratamiento en melanoma	179
Medicamentos en melanoma	179
<i>Medicamentos observados en el repote</i>	179
Radioterapia en melanoma	180
Oportunidad en melanoma	180
Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico	181
Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento	181
Tablas complementarias	182
Bibliografía	185
Otros tipos de cáncer	191
Características generales de la población con otros tipos de cáncer	191
Distribución de frecuencia en cáncer	191
<i>Distribución de otros tipos de cáncer según sexo</i>	191
<i>Distribución de otros tipos de cáncer según régimen de afiliación</i>	192
<i>Distribución de otros tipos de cáncer en la población general</i>	192
<i>Distribución de otros tipos de cáncer según grupo etario y sexo</i>	192
<i>Frecuencia de cáncer según sexo</i>	193
<i>Frecuencia de pacientes nuevos según sexo</i>	193
<i>Frecuencia de mortalidad según sexo</i>	193
Morbimortalidad por otros tipos de cáncer	193
Cáncer de piel (no melanoma)	194
Edad de los pacientes con cáncer de piel (no melanoma)	194
<i>Grupos etarios en cáncer de piel (no melanoma) y distribución por sexo</i>	194
Estadificación en cáncer de piel (no melanoma)	195
Oportunidad en cáncer de piel (no melanoma)	195
Tumores de glándulas tiroides y endocrinas	195
Edad de los pacientes con tumores de glándulas tiroides y endocrinas	196
<i>Grupos etarios en tumores de glándulas tiroides y endocrinas y distribución por sexo</i>	196
Estadificación en tumores de glándulas tiroides y endocrinas	196

Oportunidad en tumores de glándulas tiroideas y endocrinas	197
Tumores de otros órganos genitales femeninos	197
Edad de las pacientes con tumores de otros órganos genitales femeninos	197
<i>Grupos etarios en tumores de otros órganos genitales femeninos</i>	<i>198</i>
Estadificación en tumores de otros órganos genitales femeninos	198
Oportunidad en tumores de otros órganos genitales femeninos	198
Otras neoplasias hematológicas	198
Edad de los pacientes con otras neoplasias hematológicas	199
Grupos etarios en otras neoplasias hematológicas y distribución por sexo	199
Estadificación en otras neoplasias hematológicas	199
Oportunidad en otras neoplasias hematológicas	200
Tumores de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso	200
Edad de los pacientes con tumores de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso	201
<i>Grupos etarios en tumores de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso y distribución por sexo</i>	<i>201</i>
Estadificación en tumores de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso	201
Oportunidad en pacientes con tumores de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso	202
Tablas complementarias	203
Bibliografía	204

Linfoma no Hodgkin CIE-10: C83-C85, C96; CIE-O-3: C42, C77

Características generales de la población adulta con LNH	211
Edad de los pacientes con LNH	211
<i>Grupos etarios en LNH y distribución por sexo</i>	<i>211</i>
Grupos poblacionales en LNH	212
Morbimortalidad por LNH	212
Prevalencia de LNH en el país	212
Prevalencia de LNH en la BDUA	213
Comparación de morbilidad entre 2015 y 2016	213
PCNR de LNH en el país	213
PCNR de LNH en la BDUA	214
Mortalidad por LNH en el país	214
Mortalidad por LNH en la BDUA	214
Estadificación en LNH	214
Estadificación en LNH según régimen de afiliación	215
Terapia general en LNH	215
Medicamentos en LNH	215
Oportunidad en LNH	217
Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico	218
Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento	218
Tablas complementarias	218
Bibliografía	222

Linfoma Hodgkin CIE-10: C81.9; CIE-O-3: C42, C77

Características generales de la población adulta con LH	227
Edad de los pacientes con LH	227
<i>Grupos etarios en LH y distribución por sexo</i>	<i>227</i>
Grupos poblacionales en LH	228
Morbimortalidad por LH	228
Prevalencia de LH en el país	228
Prevalencia de LH en la BDUA	229
Comparación de morbilidad entre 2015 y 2016	229
PCNR de LH en el país	229
PCNR de LH en la BDUA	229

Mortalidad por LH en el país	230
Mortalidad por LH en la BDUA	230
Estadificación en LH	230
Estadificación en LH según régimen de afiliación.	231
Terapia general en LH	231
Medicamentos en LH	232
Oportunidad en LH	233
Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico	233
Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento	234
Tablas complementarias	234
Bibliografía	238
Leucemia mieloide aguda CIE-10: C920, C924, C925; CIE-O-3: C42	243
Características generales de la población adulta con LMA	243
Edad de los pacientes con LMA.	243
<i>Grupos etarios en LMA y distribución por sexo</i>	<i>243</i>
Morbimortalidad por LMA	244
Prevalencia de LMA en el país	244
Prevalencia de LMA en la BDUA	244
Comparación de morbimortalidad entre 2015 y 2016	244
PCNR de LMA en el país	245
PCNR de LMA en la BDUA	245
Mortalidad por LMA en el país.	245
Mortalidad por LMA en la BDUA	246
Clasificación del riesgo en LMA	246
Clasificación del riesgo según régimen de afiliación.	246
Terapia general en LMA	246
Medicamentos en LMA	247
Oportunidad en LMA.	248
Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico	249
Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento	249
Tablas complementarias	250
Bibliografía	253
Leucemia linfocítica aguda CIE-10: C91.0; CIE-O-3: C42, C77	259
Características generales de la población adulta con LLA	259
Edad de los pacientes con LLA	259
<i>Grupos etarios en LLA y distribución por sexo</i>	<i>259</i>
Morbimortalidad por LLA.	260
Prevalencia de LLA en el país.	260
Prevalencia de LLA en la BDUA	260
Comparación de morbimortalidad entre 2015 y 2016	260
PCNR de LLA en el país.	261
PCNR de LLA en la BDUA	261
Mortalidad por LLA en el país	261
Mortalidad por LLA en la BDUA	262
Clasificación del riesgo en LLA	262
Clasificación del riesgo según régimen de afiliación.	262
Terapia general en LLA	262
Medicamentos en LLA.	263
Oportunidad en LLA	264
Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico	264

Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento	265
Tablas complementarias	265
Bibliografía	269

GLOSARIO

Los términos presentados a continuación y que son referencia para todo el documento, se adoptaron del Diccionario de cáncer del National Cancer Institute.

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 tejidos de cáncer de próstata, basado en la histología. Se clasifica de 2 a 10 indicando el riesgo de infiltración. 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.

MEDICAMENTO POS: medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de Colombia (actual Plan de Beneficios en Salud).

MEDICAMENTO NO POS: medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de Colombia (actual Plan de Beneficios en Salud).

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 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.

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 10^o Revisión.
- CIE-O-3:** Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, 3ra Edición.
- CNR:** Casos Nuevos Reportados.
- DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- EAPB:** Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.
- EGFR:** Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico.
- EPS:** Empresa Promotora de Salud.
- EORTC:** European Organisation 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.
- HHV-8:** Virus Herpes Humano tipo 8
- HTLV-1:** Virus Linfotrópico de Células T Humanas tipo 1
- 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.
- LLA:** Leucemia Linfoide Aguda.
- 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.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SNC: Sistema Nervioso Central.

UICC: Union for International Cancer Control (Unión Internacional Contra el Cáncer).

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), es decir aquellas de larga duración y de progresión generalmente lenta, son hoy en día la principal causa de muerte en el mundo. Cada año son responsables de aproximadamente 40 millones de muertes, más del 70 % de las defunciones de todo el mundo (1).

En el pasado las ECNT afectaban principalmente a los países desarrollados, sin embargo en la actualidad el 80 % de las muertes por esta causa están ocurriendo en países de bajos y medianos ingresos (1). Las ECNT también representan el 48 % de los años de vida saludables perdidos. Por lo anterior, este grupo de enfermedades es considerado uno de los problemas de salud pública más importantes en todo el mundo y conlleva la necesidad de invertir grandes esfuerzos en su control, de no ser así el costo global podría llegar a superar los 47 billones de dólares en los próximos 20 años, de los cuales cerca del 50 % lo tendrían que asumir los países de bajos y medianos ingresos (2).

Dentro de las ECNT, cuatro grupos representan la mayor morbilidad: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.

El cáncer, que es el término general para agrupar un gran número de enfermedades ya que existen más de cien tipos distintos, es la segunda enfermedad crónica no transmisible que más muertes genera, produciendo cerca del 13 % de todas las muertes en el mundo.

En 2012 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que a cerca de 32,5 millones de personas en el mundo se les había realizado un diagnóstico de cáncer en los 5 años previos (excluyendo cáncer de piel no melanoma), ese mismo año se presentaron cerca de 14 millones de casos nuevos y aproximadamente 8,2 millones de personas fallecieron por causa del cáncer, de las cuales 4 millones lo hicieron de forma prematura y aproximadamente un tercio era evitable.

Así como el resto de enfermedades no transmisibles, actualmente el cáncer afecta especialmente a los países en niveles bajo y medio del Índice de Desarrollo Humano. Más del 60 % de los casos de cáncer en el mundo ocurren en África, Asia, Centro y Sur América (3), aunque se presentan variaciones según el tipo de cáncer específico.

Los tipos de cáncer que con mayor frecuencia se diagnosticaron a las mujeres en el mundo en dicho año, fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago; y a los hombres, los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado (3).

Se estima que para el año 2030 el número de casos nuevos de cáncer en el mundo será de 21,7 millones, y una cantidad aproximada de 13 millones de muertes por esa causa (4).

En Colombia, según datos preliminares reportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) sobre estadísticas vitales para el año 2015, los tipos de cáncer que mayor mortalidad causaron en el país en ese año fueron el de estómago, el de pulmón y los del tejido linfático y órganos hematopoyéticos, en ese orden, teniendo en cuenta ambos sexos y todas las edades. Específicamente en los hombres, el cáncer de estómago fue también el primero, seguido del cáncer de próstata y el de pulmón; mientras que en las mujeres el primer fue ocupado por el cáncer de mama, seguido del de cérvix, el de pulmón y el de estómago, en ese orden. En menores de 15 años predominaron las leucemias (5).

Ante el aumento nacional y mundial de los casos nuevos de cáncer, se hace imprescindible la formulación de acciones de control, teniendo en cuenta el gran impacto que tiene esta enfermedad, no solo en la salud de las personas sino también en los aspectos emocional, social y económico, tanto personales como poblacionales; esto sumado al hecho de que cerca del 30 % de los casos de cáncer son prevenibles. Por esta razón los países han acogido diversas estrategias y programas con el fin de controlar el daño que genera esta enfermedad.

En Colombia, con la Ley 1384 de 2010 o Ley Sandra Ceballos, *por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia*, y la Ley 1388 de 2010, *por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia*, se comienzan a ejecutar diversas estrategias encaminadas a reducir la morbilidad por cáncer y a mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Lo anterior a través de acciones para la promoción y prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado, la rehabilitación y los cuidados paliativos; además del adecuado recurso humano,

tecnológico y de infraestructura para atender a esta población (6). De esa forma y enfocado en los anteriores objetivos, nace el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012–2021 que posiciona al cáncer como un problema de salud pública y define un modelo de atención para esta enfermedad.

Adicionalmente y como parte de la reglamentación de las Leyes 1384 y 1388 de 2010, se definieron los mecanismos de vigilancia y control por parte de las entidades competentes, así como las sanciones en caso de incumplimiento de la normatividad.

Por otra parte se le dio un espacio relevante a la búsqueda de datos relacionados con cáncer, con la intención de obtener información suficiente, real y veraz, que debe ser analizada y direccionada hacia los procesos, para evidenciar las fortalezas y las debilidades del sistema de salud y permitir la formulación de estrategias, programas y políticas, así como intervenciones correctivas. De igual forma esta información permite la vigilancia y el control epidemiológico, y constituye la base para la investigación. El artículo 15 de la Ley 1384, estableció los Registros Nacionales de Cáncer que suministran dicha información y, posteriormente, la Resolución 4496 de 2012 organizó el Sistema Nacional de Información de Cáncer. La Cuenta de Alto Costo (CAC) es una de las fuentes de información del sistema, arrojando datos relacionados con el aseguramiento de los pacientes afectados y atendidos por cáncer en el país.

Asimismo la Resolución 0247 de 2014 define el reporte para el registro de los pacientes con cáncer, proceso en el cual la CAC se encarga de recolectar y consolidar la información sobre los pacientes con cáncer que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) –incluyendo las del régimen de excepción y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud–, se encuentran obligadas a reportar (7).

Es así como, a partir de la información obtenida, la CAC realizó y publicó el primer informe sobre la situación del cáncer en Colombia en el año 2015 y sentó las bases para darle continuidad a este importante ejercicio, presentando como resultado este segundo informe, que expone el conocimiento de la concentración y gestión del cáncer realizadas desde la perspectiva del aseguramiento y la prestación de los servicios de salud en el país. Este año se da a co-

nocer no solo la concentración de esta enfermedad en todas las ciudades y departamentos del país, sino la gestión que se realiza desde la perspectiva del aseguramiento y prestación de los servicios de salud en el país lo cual permite identificar el progreso en algunos indicadores de proceso y resultado como también las debilidades y oportunidades de mejora en la calidad de la atención.

Este documento se centra en la población atendida en el sistema de salud de Colombia y se utiliza el mismo formato instaurado en el primer informe, enfocado en dar a conocer información referente a la prevalencia, casos nuevos reportados y mortalidad dada por los diferentes tipos de cáncer, así como algunos factores sociales y demográficos, y lo relacionado con el proceso de atención del cáncer definido en las políticas de operación para la adecuada gestión de la enfermedad partiendo de que se ofrece y garantiza la cobertura que se requiere con cargo a los recursos del sistema. Por lo tanto, se describe la identificación y estadificación del cáncer, tipos de tratamiento más utilizados para cada tipo de cáncer y se adicionan los indicadores para la medición y evaluación del riesgo por parte de las aseguradoras establecidos en los consensos basados en evidencia realizados durante el año 2016 para: cáncer de mama y cuello uterino, cáncer gástrico, cáncer de próstata, cáncer de colon y recto. Para los demás tipos de cáncer se tiene dentro del plan operativo la realización de dichos consensos y por el momento se dan a conocer algunos tiempos de oportunidad al momento del diagnóstico e inicio de tratamiento.

Limitaciones:

La Cuenta de Alto Costo observa diferencias en algunos tipos de cáncer para indicadores de prevalencia, proporción de casos nuevos y mortalidad reportada al SGSS y las estimaciones calculadas para Colombia por otras fuentes de información (observación vs estimación); sin embargo, estas diferencias nos permiten tener a la estimación que realizan otras fuentes como un punto de referencia para disminuir la brecha entre la población diagnosticada y en la que se desconoce que tiene algún tipo de cáncer o fallece por esta causa; es decir conocer las brechas entre la morbilidad atendida en el sistema y la morbilidad sentida que puede presentarse en la población colombiana.

METODOLOGÍA DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS Y DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

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 los pacientes con diagnóstico de cáncer, que debe ser realizado por parte de las EAPB, 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 CAC y se estructura de acuerdo al instructivo que se encuentra en la misma resolución.

El grupo de las entidades que reportaron esta información está conformado por:

- 47 Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Empresas Obligadas a Compensar (EOC).
- 23 Secretarías Departamentales y Distritales de Salud.
- 14 Regímenes Especiales y Universidades.
- 4 Regímenes de excepción (Fuerzas Militares, Policía nacional, Magisterio, Ecopetrol)

Después de la auditoría y depuración de los datos se obtuvo información de un total de 198 798 casos de pacientes con cáncer de los 32 departamentos y 1122 municipios de Colombia.

Periodo evaluado

Se abarca a la población con diagnóstico de cáncer entre el 2 de enero de 2015 y el 1.º de enero de 2016, incluyendo a las personas vivas con diagnóstico de cáncer anterior al periodo evaluado y a la población con nuevo diagnóstico durante el periodo. Se reportó igualmente la información de la población con cáncer que falleció durante el periodo de observación.

Población

De acuerdo con lo establecido por la resolución, la información de *toda* la población con diagnóstico de cualquier tipo de cáncer debe ser reportada en este registro administrativo. Dicha población se dividió en dos grandes grupos: tipos de cáncer asignados a la CAC por la resolución 3974 de 2009 y *otros tipos de cáncer*. La auditoría se realizó en un 100 % al primer grupo mencionado.

Auditoría de la información

La auditoría de la información contra los soportes clínicos es uno de los pilares de la gestión de información a cargo de la CAC y diferencia este registro administrativo de las demás fuentes; su objeto es verificar la autenticidad del dato reportado y obtener resultados ciertos a partir de la información disponible. Este proceso consta de dos grandes componentes: la auditoría que hace el sistema de información a través de una malla de validación, y la verificación de la información contra historia clínica.

Malla de validación en sistemas de información

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

Obtención de registros únicos y aclaración de pacientes coincidentes dentro de la misma entidad

La aclaración de pacientes coincidentes se realiza cuando se encuentran dos registros o más, de un mismo paciente, con diferencias en variables seleccionadas. Por medio de los soportes de afiliación y prestación del servicio de estos pacientes, se comprueba la información que permite identificarlos plenamente. Si se trata de registros coincidentes por haber sido digitados varias veces, a la EPS o EOC le corresponde informar cuál de los registros se debe eliminar.

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.º de enero de 2016. La finalidad de esta verificación es impedir la existencia de pacientes duplicados en la base de datos.

Auditoría de campo

Para verificar los datos reportados contra las historias clínicas y los soportes requeridos para confirmación de diagnóstico y tratamiento de cada caso, la auditoría de campo se realizó en cada EAPB y en las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud que realizaron el reporte. Fueron auditados al 100 % los registros reportados con los siguientes grupos de diagnóstico: cáncer de mama, cáncer de cérvix, cáncer de próstata, cáncer gástrico, cáncer de colon y recto, linfoma Hodgkin (LH), linfoma no Hodgkin (LNH), leucemia linfocítica aguda (LLA), leucemia mieloide aguda (LMA), cáncer de pulmón y melanoma.

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 soportes clínicos, promoviendo como objetivos subsecuentes la gestión del riesgo y el seguimiento de cohortes.

Ajuste de datos después de la auditoría

Durante el proceso de auditoría se identificaron pacientes sin diagnóstico de cáncer, que habían fallecido antes del periodo evaluado, o que no pertenecían a la EAPB; estos fueron registrados como “pacientes no soportados” y su registro fue descargado de la base de datos para hacer más consistente el análisis.

De igual forma, cuando los datos reportados diferían de los observados, el auditor pudo capturar la información real y corregir el dato. Una vez se obtuvo la información de la auditoría de campo y se realizaron los ajustes definitivos, se migraron los datos a una única bodega de datos, para realizar posteriormente los análisis respectivos.

Análisis epidemiológico

Las neoplasias asignadas a la CAC se clasifican en los mismos grupos definidos por Globocan, basándose en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10), la cual distribuye las enfermedades de forma topográfica (ver tabla 1). 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 1.1. Clasificación de neoplasias asignadas a la CAC según grupos definidos por Globocan

Cáncer CAC	CIE-10
Ca. Mama	C50, D05
Ca. Próstata	C61X, D075
Ca. Cérvix	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 Linfocítica Aguda	C910
Leucemia Mieloide Aguda	C920, C924, C925

* Para los análisis de morbimortalidad se usaron únicamente los códigos de cáncer invasivo (letra C), a excepción del cáncer de cérvix, en el que se incluye un análisis de cáncer *in situ* (letra D).

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

Los indicadores de morbimortalidad determinados por 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.

Prevalencia

Este indicador se calculó por departamento, con base en la población colombiana proyectada por el DANE en el 2015: 48 203 405 personas. El cálculo por EAPB se basó en la población de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA): 44 634 343 afiliados, medida en el mismo periodo del registro (enero 2 del 2015 a enero 1.º 2016).

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: enero 2 del 2015 a enero 1.º 2016. Con base en los CNR de cada tipo de cáncer se calculó la PCNR ajustada por edad, para cada uno de los departamentos de Colombia (población DANE) y para cada EAPB (población BDUA).

Mortalidad

El número de pacientes fallecidos durante el periodo se estableció con base en las novedades administrativas 4¹ y 10² del reporte y el cruce de las mismas con la base de datos de fallecidos del Registro Único de Afiliados (RUAF) del Ministerio de Salud y Protección Social. Al igual que la prevalencia y la PCNR, el cálculo de la tasa de mortalidad se ajustó por edad para cada departamento y cada EAPB.

Gestión del riesgo

Se determinaron indicadores para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de aseguradoras y prestadores a pacientes, establecidos previamente en los consensos basados en evidencia, para cinco tipos de cáncer: mama, cuello uterino, gástrico, colon y recto y próstata.

Generalidades metodológicas

Este segundo análisis de la situación del cáncer en Colombia, al igual que el primero, se concentra en los resultados de la población a la que se le diagnosticó la enfermedad durante el periodo de análisis –casos nuevos reportados o CNR–, pues es de la cual se dispone de información más completa. La información obtenida a partir de los soportes suministrados de pacientes con diagnóstico previo resultó incompleta y, para este fin, insuficiente.

La base de datos que resulta de este proceso de reporte y verificación de información, se constituye como un registro administrativo y es 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 morbilidad, mortalidad, calidad, acceso a los servicios y 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.

Estructura del libro

El informe se divide en dos partes principales:

1. Neoplasias sólidas: los tipos de cáncer que se describen en el libro se presentan principalmente en población adulta, sin embargo, en algunas neoplasias como melanoma, se incluyen pacientes pediátricos dado que a pesar de ser patologías de poca frecuencia en niños, niñas y adolescentes pueden encontrarse registros en el reporte que corresponden a casos. Adicionalmente, se incluye un capítulo final donde se presenta un resumen de los *otros tipos de cáncer*.
2. Neoplasias hematológicas: solo se presentan datos para la población mayor de 18 años de edad.

Cada parte se divide a su vez en capítulos específicos por tipo de cáncer analizado, cada uno de los cuales presenta sus propios índices de tablas, figuras y bibliografía.

¹ Usuario que falleció.

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

PARTE I

NEOPLASIAS SÓLIDAS

GENERALIDADES DEL CÁNCER

GENERALIDADES DEL CÁNCER

Cáncer es el término utilizado para referirse a un amplio grupo de enfermedades caracterizadas por la proliferación anormal y desordenada de células que conduce al crecimiento descontrolado de un tumor invasivo en un determinado tejido u órgano, dado por una alteración o daño del ADN de estas células (1). Los tumores malignos pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo y tienen la capacidad de extenderse a tejidos y órganos vecinos (2).

El cáncer es la segunda enfermedad crónica no transmisible que mayor número de muertes produce en el mundo (3). Tiene un gran impacto emocional, social y económico para el individuo, su familia y la sociedad. Entre el 30 % y el 50 % de todos los tipos de cáncer se puede prevenir, por esto la creación de estrategias dirigidas a la prevención y la promoción es de gran importancia y tiene grandes resultados en la disminución del número de nuevos pacientes (4,5).

Declaración de conflictos de interés

Todos los datos y análisis obtenidos en este documento corresponden a información obtenida por la Cuenta de Alto Costo (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo), su alcance para el país es informativo e investigativo. Se declara ausencia de conflictos de interés de cualquier tipo, económico, político, nacional, emocional o de cualquier otro tipo de interés compartido. Este documento corresponde a un ejercicio académico extensivo, detallado y riguroso, en el que se insta por la pluralidad en la obtención de información en Colombia, para la toma de decisiones sanitarias políticas y científicas del país.

Características generales de la población con cáncer

El periodo de registro de la información comprende desde el 2 de enero de 2015 hasta el 1 de enero de 2016. La población prevalente con cáncer en Colombia durante dicho periodo fue de 198 798 pacientes¹, con un total de pacientes nuevos con cáncer de 31 238 al año; de los cuales 29 709 fueron registrados como pacientes con cáncer invasivo. A partir de estos

últimos se obtuvo una proporción de casos nuevos reportados (PCNR) ajustada por edad de 64 pacientes por 100 000 afiliados de la BDUA y una PCNR país ajustada por edad de 61,6 por 100 000 habitantes. Los tipos de cáncer más prevalentes en mujeres fueron cáncer de mama, cáncer de tiroides y otras glándulas endocrinas y cáncer de cérvix; en hombres, cáncer de próstata, cáncer de piel (sin incluir melanoma) y cáncer de colon y recto.

Los medicamentos más usados, contemplados en el registro según la resolución 0247 de 2014 (6), en la población en general fueron: dexametasona, doxorubicina, tamoxifeno, ciclofosfamida y pelfilgrastrim, sin tener en cuenta una desagregación por cada tipo de cáncer, lo cual se hará en cada capítulo según cada tumor y se hará mención a los otros medicamentos incluidos en la variable no POS.

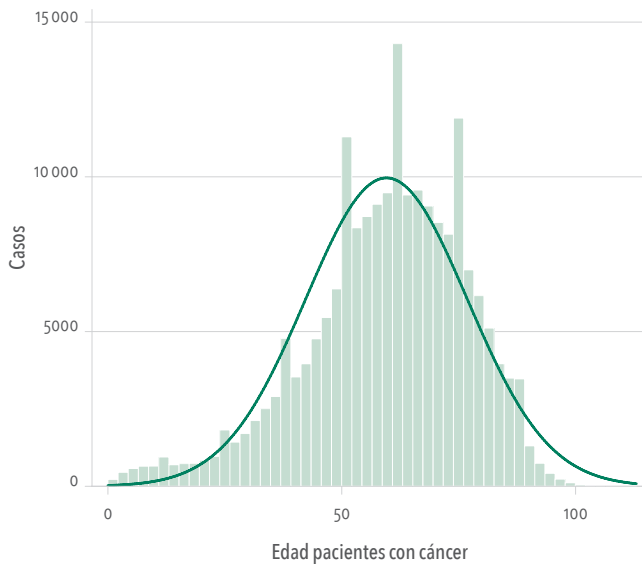
La oportunidad para cada evento de atención en el SGSSS fue calculada teniendo en cuenta la diferencia entre momentos específicos del proceso de atención. Para los pacientes diagnosticados durante el periodo, los días entre el momento de la sospecha diagnóstica al momento del diagnóstico tuvieron una mediana de 33 días y una media de 55 días, en cuanto a los días transcurridos entre el diagnóstico y el primer tratamiento la mediana fue de 41 días y la media fue de 58 días.

Las primeras siete causas de mortalidad entre hombres y mujeres en la población colombiana adulta fueron, por orden de frecuencia: cáncer de mama, cáncer de estómago, cáncer de colon y recto, cáncer de otros órganos digestivos, cáncer de próstata, cáncer de pulmón y cáncer de cérvix.

Edad de los pacientes con cáncer

Los pacientes con cáncer en Colombia tienen una edad promedio de 59,6 años, con variaciones entre los grupos definidos en este documento: cáncer invasivo, incluye todos los tipos de cáncer que inician con la letra C; y cáncer *in situ*, incluye los tipos de cáncer que inician con la letra D en el CIE10 (ver tabla 2.1). El comportamiento de la edad dentro de la población en estudio sigue una distribución normal, lo que indica que la prevalencia de cáncer sigue una distribución gaussiana en la población (ver figura 2.1).

¹ Población de niños y adultos con cáncer.


Figura 2.1. Histograma de edad en cáncer

El gráfico quintil-normal, muestra una menor carga de cáncer en los grupos de menor edad, estos pacientes debutan con cáncer aproximadamente 5 años antes de lo estimado en la población general, con tendencias que se acercan a la normalidad entre la cuarta y la sexta década de la vida, en el grupo de adultos de mayor edad se incrementa el número de pacientes de cáncer (ver figura 2.2, números absolutos ver tabla 2.15).

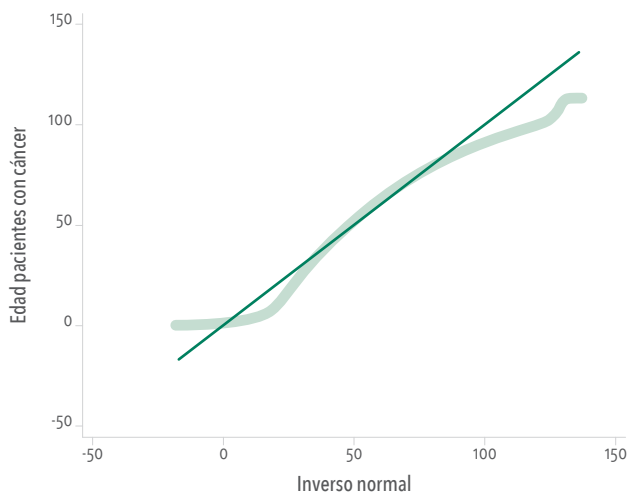

Figura 2.2. Quintil-normal de edad en cáncer

Tabla 2.1. Edad de la muestra de pacientes con cáncer

Tipo de cáncer	Frecuencia (n)	Edad promedio	Desviación estándar	Min.	Max.	IC (95 %)
Cáncer global	198 798	59,6	17,3	0	113	[59,5-59,6]
Cáncer <i>in situ</i>	9191	58,3	16,9	0	113	[58,0-58,7]
Cáncer invasivo	189 607	59,6	17,3	0	109	[59,5-59,7]
CNR por todas las causas	31 238	58,3	18,1	0	109	[58,1-58,5]

Grupos poblacionales

El agrupamiento por grupos poblacionales está encabezado por: no definido y otros grupos poblacionales, población adulta mayor (mayores de 60 años) y población desplazada (ver tabla 2.2).

Tabla 2.2. Población con cáncer según grupo poblacional

Grupo poblacional	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No definido	130 377	65,6
Otro grupo poblacional	40 106	20,2
Adulto mayor	23 465	11,8
Población desplazada	1563	0,8
Trabajador urbano	1370	0,7
Cabeza de Familia	584	0,3
Persona en situación de discapacidad	432	0,2
Población rural no migrante	260	0,1
Afrocolombianos	211	0,1
Recién nacidos	75	0,04
Artistas, autores, compositores	72	0,04
Trabajador rural	59	0,03
Indígenas	55	0,03
Población en centros	47	0,02
Mujer embarazada	30	0,02
Madres comunitarias	20	0,01
Joven vulnerable urbana	18	0,01
Desmovilizados	15	0,01
Población infantil	12	0,01
Otros	27	0,01

Distribución de frecuencia en cáncer

Distribución de cáncer según sexo

La distribución por sexo de las patologías tumorales se da en dos grupos: tipos de cáncer invasivos y tipos de cáncer *in situ*. Los invasivos definidos por el CIE-10 como C00-C96 y los *in situ* definidos por el CIE-10 como D00-D09. El cáncer invasivo es entendido como un grupo de células tumorales malignas que se han extendido más allá del tejido en el que se desarrollaron y están creciendo hacia tejidos circundantes sanos (7). Tanto en cáncer invasivo como en *in situ* hay un mayor número de mujeres con cáncer, con una razón en cáncer invasivo Mujer: Hombre de 1,7: 1, y en el grupo *in situ* con una razón Mujer: Hombre de 2,9: 1 (ver figuras 2.3 y 2.4).

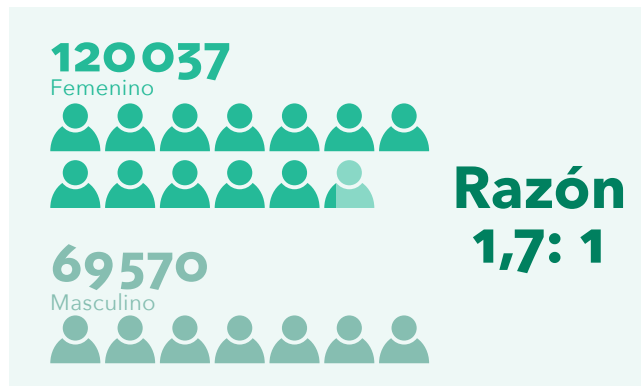


Figura 2.3. Cáncer invasivo según sexo

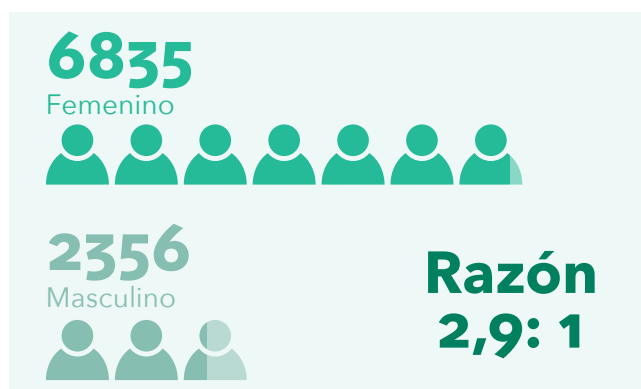


Figura 2.4. Cáncer *in situ* según sexo

Distribución de cáncer según régimen de afiliación

El mayor número de pacientes lo aporta el régimen contributivo con el 70 % de los pacientes, seguido del régimen subsidiado con un 26 % de pacientes (ver figura 2.5).

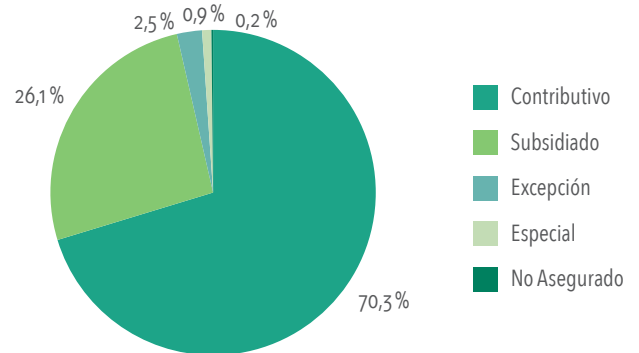


Figura 2.5. Total de pacientes con cáncer en el sgss

Distribución de cáncer en la población general

El tumor sólido más frecuente en la población general es el cáncer de mama, seguido por el cáncer de próstata y otros tumores de la piel. En las neoplasias hematológicas malignas el más frecuente es el LNH, seguido por la LLA y el LH, en último lugar se encuentra la LMA (ver figura 2.6).



Figura 2.6. Neoplasias en la población general* **

* Numerador: pacientes por tipo de cáncer específico / denominador: pacientes totales de cáncer.
** La población analizada corresponde al total de pacientes reportados en el periodo del 2 de enero de 2015 al 1.º de enero de 2016.

Distribución de cáncer según grupo etario

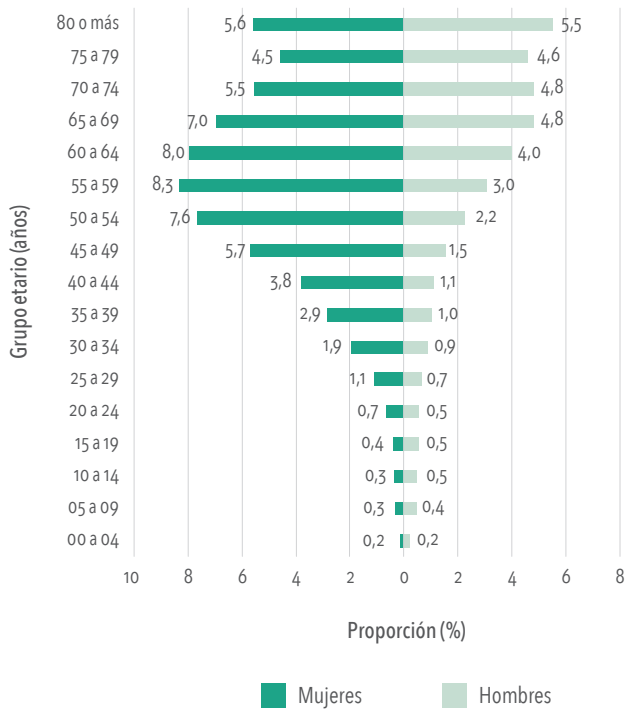


Figura 2.7. Distribución de cáncer según grupo etario y sexo

* Numerador: pacientes por tipo de cáncer específico según grupo etario y sexo / denominador: pacientes totales de cáncer.

Del total de pacientes con cáncer (invasivo e *in situ*) se encontró que el 70 % tiene más de 45 años. La mayor proporción se encuentra en el rango entre 60 y 64 años, con un 10,2 % para ambos sexos; sin embargo, en las mujeres, a partir de los 20 años de edad, se observó una mayor distribución de pacientes frente a los hombres (ver tabla 2.9). La proporción de la distribución por sexo y grupo etario muestra que, a partir de los 20 años de edad, la proporción de mujeres con diagnóstico de cáncer es mayor en todos los grupos etarios (ver figura 2.7).

Frecuencia de cáncer según sexo

Según la información reportada a la CAC, las neoplasias más comunes en hombres son el cáncer de próstata, los tumores de piel (no melanoma), el cáncer de colon y recto, el LNH y el cáncer de estómago, en ese orden de frecuencia; mientras que en las mujeres lo son el cáncer de mama, el de tiroides y otras glándulas endocrinas, y el de cérvix, en ese orden (9) (ver figura 2.8). Es así como la distribución del cáncer según sexo en Colombia sigue la tendencia del reporte anterior. Sin embargo, si bien coincide en el cáncer más frecuente en mujeres, en cuanto al dato de la población masculina, difiere del panorama mundial de Globocan 2012, que sitúa al cáncer de pulmón como el más frecuente en hombres. Contemplando ambos sexos, el cáncer más común es también el de pulmón y representa el 13 % de los casos nuevos (sin cáncer de piel, no melanoma). Asimismo, es la principal causa de muerte por

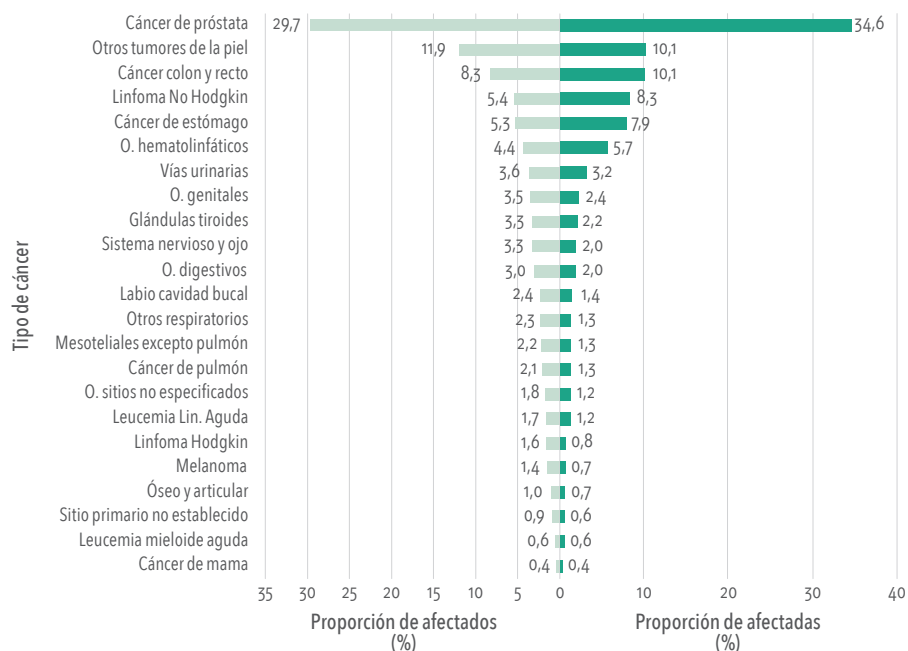


Figura 2.8. Proporción de cáncer según sexo

* Numerador: pacientes por tipo de neoplasia específica / denominador: total de pacientes con cáncer.

cáncer a nivel mundial, evidenciando la evolución de la “epidemia de tabaquismo” (8) (ver tablas 2.3 y 2.4).

Tabla 2.3. Tipos de cáncer más frecuentes en el mundo*

Posición	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
1	Pulmón	Mama	Pulmón
2	Próstata	Colon y recto	Mama
3	Colon y recto	Pulmón	Colon y recto
4	Estómago	Cuello uterino	Próstata
5	Hígado	Estómago	Estómago

Fuente: Globocan 2012, definido por el total de número de casos nuevos estimados.

* Se excluye cáncer de piel no melanoma (9).

Tabla 2.4. Muertes por cáncer en el mundo*

Posición	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
1	Pulmón	Mama	Pulmón
2	Hígado	Colon y recto	Hígado
3	Estómago	Pulmón	Estómago
4	Colon y recto	Cuello uterino	Colon y recto
5	Próstata	Estómago	Mama

Fuente: Globocan 2012, definido por el total de número de muertes estimadas.

* Se excluye cáncer de piel no melanoma (9).

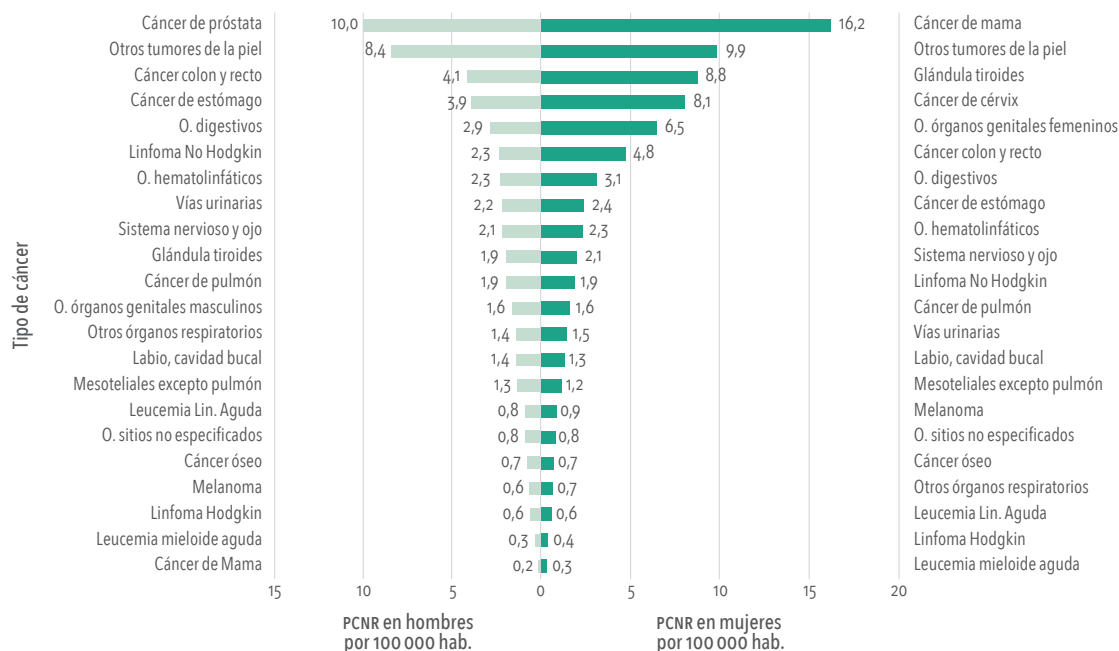


Figura 2.9. PCNR por tipo de cáncer según sexo

* Numerador: pacientes nuevos por tipo de neoplasia específica / denominador: total población de cada sexo DANE, año 2015 (10).

Frecuencia de pacientes nuevos según sexo

Al determinar la frecuencia de pacientes nuevos para cada tipo de cáncer, se encuentra que el cáncer de mayor PCNR en mujeres, en el periodo de estudio, es el cáncer de mama, seguido de otros tumores de la piel (excluyendo melanoma) y de cáncer de glándula tiroides y cérvix. En hombres el cáncer de próstata tiene la mayor PCNR, seguido por tumores de piel (sin incluir melanoma), cáncer de colon y recto, cáncer de estómago y otros tipos de cáncer digestivos (ver figura 2.9).

Frecuencia de mortalidad según sexo

El total de pacientes fallecidos en el periodo de reporte por toda causa de cáncer fue de 17 359 individuos. En mujeres, la mayor proporción de muertes se dio en aquellas con cáncer de mama, seguido de cáncer de cérvix, cáncer de colon y recto y cáncer de otros órganos digestivos. En hombres, la mayor proporción de muertes se dio en aquellos con cáncer de próstata, seguido de cáncer gástrico, cáncer de colon y recto y cáncer de otros órganos digestivos (ver figura 2.10).

Morbimortalidad por cáncer

Contemplando los tipos de cáncer asignados por resolución a la CAC, la primera y la segunda causa de morbimortalidad en el país corresponden a los de mama y de próstata. En niños la primera causa de morbimortalidad es la LLA, seguida de LNH (ver tabla 2.5).

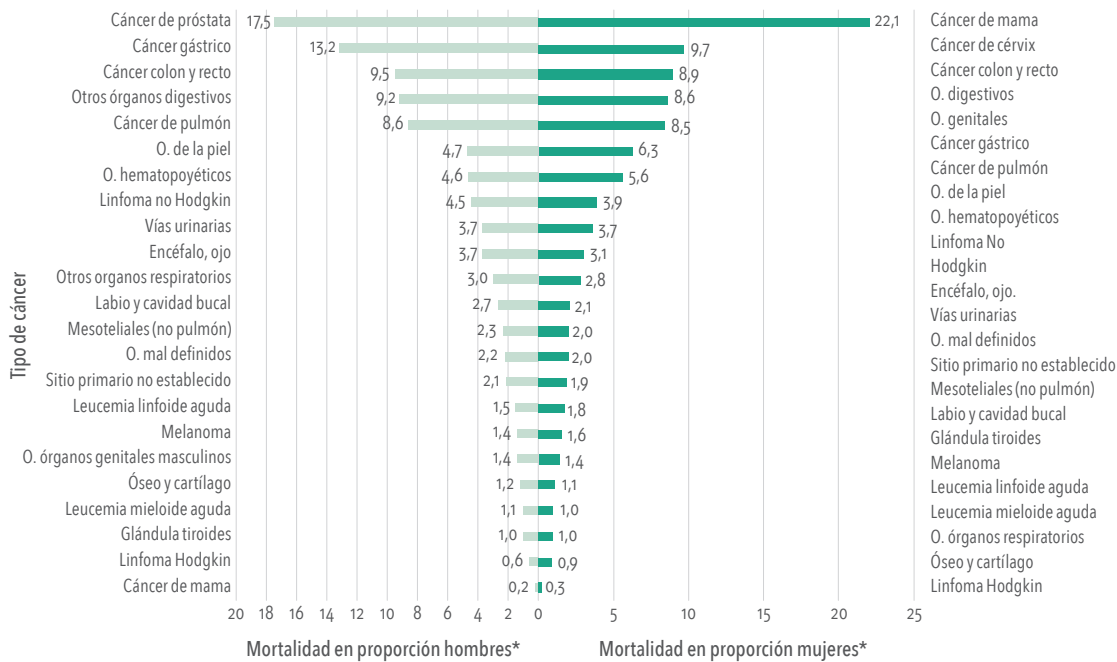


Figura 2.10.
Muertes por tipo de cáncer según sexo

* Numerador: muertes por tipo de neoplasia específica / denominador: total de pacientes con cáncer.

Tabla 2.5. Morbimortalidad global en cáncer

Cáncer analizados	Pacientes prevalentes	Pacientes CNR	Pacientes fallecidos	DANE***	Prevalencia cruda	PCNR cruda	Mortalidad cruda
Ca. Mama* (solo mujeres)	43 846	3954	2055	24 403 726	179,7	16,2	8,4
Ca. Próstata*	21 334	2379	1405	23 799 679	89,6	10	5,9
Ca. Cérvix*	12 842	1971	900	24 403 726	52,6	8,1	3,7
Ca. Colon y recto*	13 220	2151	1599	48 203 405	27,4	4,5	3,3
LNH, adultos*	7507	947	628	32 737 024	22,9	2,9	1,9
Ca. Gástrico*	6574	1517	1643	48 203 405	13,6	3,1	3,4
Ca. Pulmón*	3082	849	1217	48 203 405	6,4	1,8	2,5
Melanoma*	2685	366	242	48 203 405	5,6	0,8	0,5
LH, adultos*	1770	188	71	32 737 024	5,4	0,6	0,2
Leucemia Mieloide Aguda, adultos*	744	126	159	32 737 024	2,3	0,4	0,5
LLA, adultos*	705	114	132	32 737 024	2,2	0,3	0,4
LLA, niños**	1507	239	97	15 466 381	97,4	15,5	6,3
LNH, niños**	423	56	17	15 466 381	27,3	3,6	1,1
LH, niños**	251	35	2	15 466 381	16,2	2,3	0,1
Leucemia Mieloide Aguda, niños**	150	28	17	15 466 381	9,7	1,8	1,1

* Morbimortalidad expresada en afectados por 100 000 habitantes.

** Morbimortalidad expresada en afectados por 1 000 000 de habitantes menores de 18 años.

*** Las poblaciones del DANE corresponden con cada grupo específico de cáncer; población DANE de mujeres en las pacientes de cáncer de mama y cérvix; población DANE de hombres en los pacientes de cáncer de próstata; población DANE en los pacientes que afectan a toda la población; población DANE mayor de 18 años en los pacientes de linfomas y leucemias diferenciados en adultos, población DANE menor de 18 años en los pacientes de linfomas y leucemias en niños. Incluye invasivo e *in situ* (proyección 2015).

La morbilidad y mortalidad para el periodo de análisis mostró ligeras variaciones con respecto al año anterior, aumentó especialmente la prevalencia, lo cual puede deberse, no solo a particularidades de la enfermedad, como su característica de cronicidad y al aumento de la PCNR, sino también a condiciones del registro, que esta vez se hizo de una manera más completa por parte de las entidades, con una búsqueda más extensa de sus pacientes, tanto de diagnóstico reciente como antiguo, y una inclusión de pacientes que no tienen terapia activa pero están en seguimiento (ver figura 2.11).

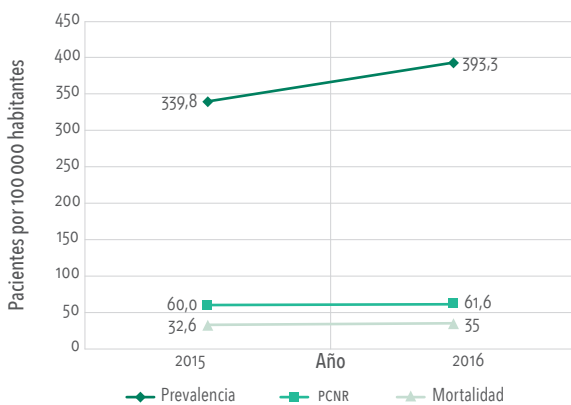


Figura 2.11. Comparación de morbilidad de cáncer invasivo entre 2015 y 2016

Prevalencia de cáncer en el país

La prevalencia de cáncer general invasivo en el país es de 393,3 pacientes por 100 000 habitantes en Colombia² (ver tabla 2.16). Los departamentos más prevalentes fueron Bogotá D. C., Risaralda, Antioquia, Quindío, Valle del Cauca, Caldas, Huila, Santander y Boyacá con prevalencias superiores a 300 por 100 000 habitantes, desde 642,7 en Bogotá D. C. hasta 302 en Boyacá (ver figura 2.12). Los departamentos menos prevalentes fueron Vaupés, Guainía, Vichada, La Guajira, Guaviare, Arauca, Chocó, Putumayo y Amazonas, con prevalencias de 38,7 a 150,8 por 100 000 habitantes (ver figura 2.12).

Al determinar la prevalencia de cáncer según grupos etarios diferenciados por sexo, con información del DANE para el mismo periodo en su denominador, se encuentra que el aumento de la frecuencia está ligado al envejecimiento y el mayor número de pacientes con cáncer, en términos generales, es de edad avanzada (ver figura 2.13).

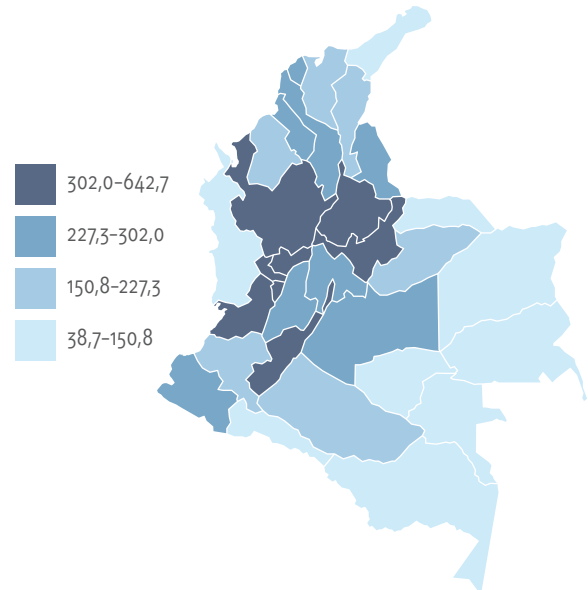


Figura 2.12. Prevalencia de cáncer invasivo por departamento

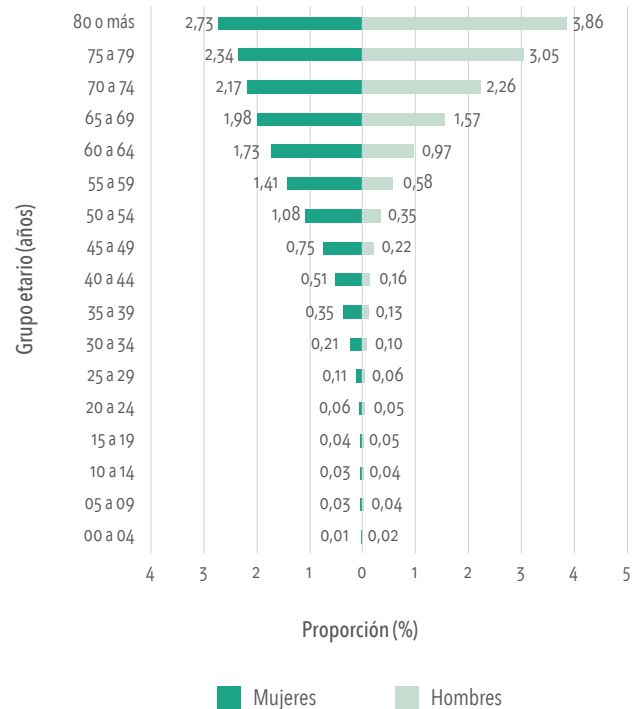


Figura 2.13. Prevalencia de cáncer según grupo etario y sexo

* Numerador: pacientes por tipo de cáncer específico según grupo etario y sexo / denominador: población total según grupo etario y sexo tomado de DANE-2015.

² Datos país observados en el sgsss colombiano.

Prevalencia de cáncer en la BDUA

Actualmente hay en Colombia 198 798 pacientes diagnosticados con cáncer, de los cuales 191 674 hacen parte de la BDUA (ver tabla 2.6). Dicha población corresponde al 0,43 % de las causas de morbilidad, de una población total de 44 634 343 afiliados.

Tabla 2.6. Prevalencia cruda de cáncer según régimen de afiliación

Régimen de afiliación	Prevalencia cáncer general**
Contributivo, pacientes 139 739	313,1
Subsidiado, pacientes 51 935	116,3
Total pacientes, C y S 191 674*	429,4

* La prevalencia para todos los tipos de cáncer, en todos los grupos etarios fue de 429 por cada 100 000 afiliados de la BDUA.

** Por 100 000 afiliados de la BDUA.

La prevalencia de cáncer *in situ* es de 19,7 por cada 100 000 afiliados de la BDUA y la de cáncer invasivo, de 409,7 por cada 100 000 afiliados de la BDUA. En la tabla 2.17 se observa la prevalencia ajustada por asegurador. La prevalencia y el número de pacientes del régimen contributivo fue mayor en todos los tipos de cáncer, excepto en cáncer de cérvix; la mayor representación en número de pacientes y prevalencia para ambos regímenes fue para cáncer de mama (ver tabla 2.7).

Tabla 2.7. Prevalencia cruda según tipo de cáncer y régimen de afiliación

Tipo de cáncer	Casos contributivo	Casos subsidiado	Prevalencia contributivo*	Prevalencia subsidiado*	Prevalencia total C y S*
Cáncer de mama, n=41 815	32 177	9638	282,3	84,0	182,8
Cáncer de próstata, n=20 391	16 910	3481	152,9	32,5	93,7
Cáncer de cérvix, n=12 620	6201	6419	54,4	55,9	55,2
Cáncer colon y recto, n=12 695	9618	3077	42,8	13,9	28,4
LNH, n=7678	5893	1785	26,2	8,1	17,2
Cáncer gástrico, n=6410	4185	2225	18,6	10,0	14,4
Cáncer de pulmón, n=2975	2129	846	9,5	3,8	6,7
Melanoma, n=2623	1899	724	8,5	3,3	5,9
LLA, n=2148	1207	941	5,4	4,2	4,8
LH, n=1979	1353	626	6,0	2,8	4,4
LMA, n=860	589	271	2,6	1,2	1,9

* Prevalencia por 100 000 afiliados en todos los grupos de cáncer, incluye todas las edades.

PCNR de cáncer en el país

La PCNR de cáncer invasivo en el país es de 61,6 pacientes por 100 000 habitantes y aumentó con respecto a 2015, año en el cual se encontraba en 59,9. Este aumento pudo deberse a la madurez que adquiere este tipo de registros³ a lo largo del tiempo (ver tabla 2,18). Los departamentos con mayor PCNR fueron Bogotá D. C., Risaralda, Antioquia, Caquetá, Valle del Cauca, Quindío y Caldas con PCNR entre 121,5 y 60 pacientes nuevos por 100 000 habitantes (ver figura 2.14). Los departamentos con menor PCNR fueron Guaviare, Vaupés, Guainía, Chocó, La Guajira, Vichada, Magdalena y Amazonas con resultados de 4,1 a 22,1 pacientes nuevos por 100 000 habitantes (ver figura 2.14).

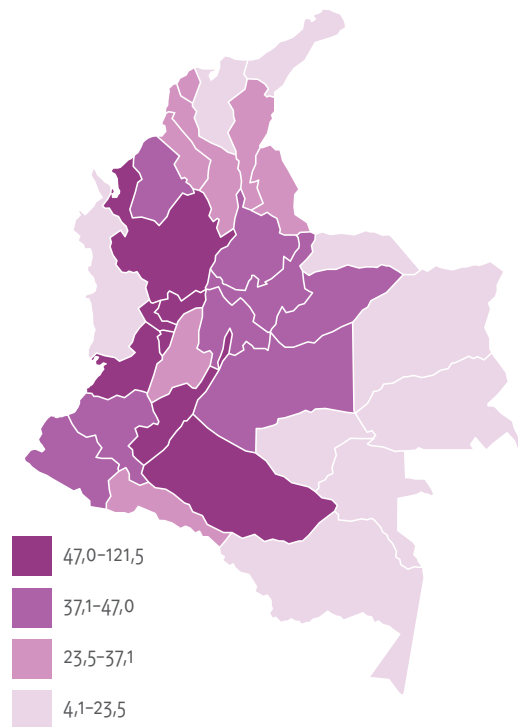


Figura 2.14. PCNR de cáncer invasivo por departamento

PCNR de cáncer en la BDUA

El total de pacientes diagnosticados durante el periodo es de 31 238 personas, de las cuales 29 985 hacen parte de la BDUA de todas las edades, con una PCNR cruda para el régimen contributivo de 43,8 casos por 100 000 afiliados y para el régimen subsidiado, de 23,4 casos por 100 000 afiliados (ver tabla 2.8).

3 Datos país observados en el sgsss colombiano.

Tabla 2.8. PCNR cruda de cáncer según régimen de afiliación

Régimen de afiliación	Cáncer general		Invasivo		In situ	
	Casos	PCNR*	Casos	PCNR*	Casos	PCNR*
Contributivo	19 564	43,8	18 647	41,8	899	2,0
Subsidiado	10 439	23,4	9910	22,2	529	1,2
Total	29 985	67,2	28 557	64,0	1428	3,2

* Por 100 000 afiliados de la BDUA.

Del total de pacientes nuevos 29 709 se registraron con cáncer invasivo y de ellos 28 557 se encuentran afiliados al SGSSS. La PCNR de cáncer invasivo en Colombia es de 64 personas por cada 100 000 afiliados de la BDUA y de cáncer *in situ*, de 3,2 personas por cada 100 000 afiliados de la BDUA (para observaciones específicas por cada aseguradora ver tabla 2.19).

Mortalidad por cáncer en el país

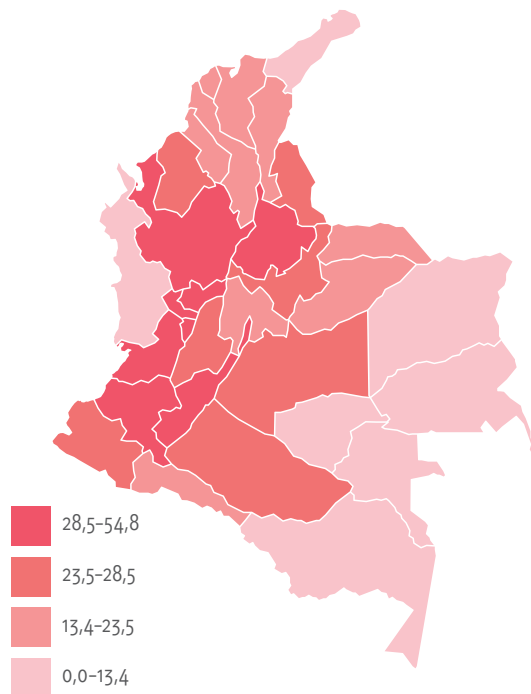


Figura 2.15. Mortalidad por cáncer invasivo por departamento

La mortalidad por cáncer invasivo en el país es de 35 por 100 000 habitantes⁴ (ver tabla 2.20). Los de-

⁴ Datos país observados en el sgsss colombiano.

partamentos con mayor tasa de mortalidad fueron Risaralda, Bogotá D. C., Antioquia, Quindío, Valle del Cauca, Caldas y Huila con tasas de 54,8 a 36,3 por cada 100 000 habitantes (ver figura 2.15). Mientras que los departamentos con menores tasas de mortalidad fueron Guainía, Guaviare, San Andrés y Providencia, Vichada, La Guajira, Amazonas, Chocó y Arauca con tasas desde 0 para Guainía, que no reportó ningún muerto durante el periodo, a 13,4 en Arauca, por cada 100 000 habitantes (ver figura 2.15).

Mortalidad por cáncer en la BDUA

El total de pacientes fallecidos durante el periodo fue de 17 359 personas, de las cuales 16 881 se encontraban registradas como afiliadas al sgsss. La mortalidad por régimen de afiliación y en todos los tipos de cáncer, es de 36,8 por 100 000 afiliados de la BDUA (ver tabla 2.9). Las mayores tasas de mortalidad ajustada por edad por todos los tipos de cáncer, se registró en las aseguradoras EPSO33 y EPSO18 (ver tabla 2.21).

Tabla 2.9. Mortalidad cruda por cáncer según régimen de afiliación

Régimen de afiliación	Cáncer general		Invasivo		In situ	
	Casos	Mortalidad*	Casos	Mortalidad*	Casos	Mortalidad*
Contributivo	11 087	24,8	10 816	24,2	271	0,6
Subsidiado	5794	13,0	5614	12,6	180	0,4
Total	16 881	37,8	16 430	36,8	451	1,0

* Por 100 000 afiliados de la base única de afiliados.

En el registro de personas fallecidas afiliadas se reportaron 451 casos con cáncer *in situ*, sin embargo es importante mencionar que esto puede deberse a errores en el registro, así como al hecho de que la causa de la muerte no siempre está asociada al cáncer y puede deberse a otra condición médica (ver tabla 2.9).

Terapia general en cáncer

En el tratamiento general observado en los 31 238 pacientes nuevos registrados con cáncer por cualquier causa se encontró que en el periodo de análisis 8192 recibieron quimioterapia, 4860 recibieron radioterapia, 8592 recibieron cirugía y 815 recibieron terapia intratecal (ver figura 2.16).

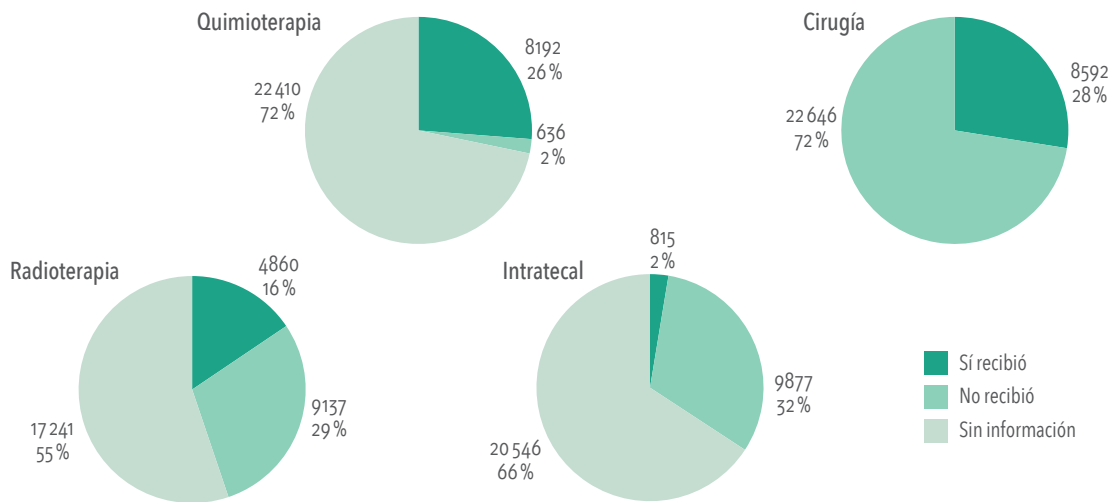


Figura 2.16. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo

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

Medicamentos en cáncer

La farmacología oncológica comprende un volumen de medicamentos significativo, el registro de la CAC cuenta con 31 medicamentos específicos que suelen ser los más utilizados y cuyo uso se establece en la Resolución 0247 de 2014 (6), en este capítulo se presenta un panorama general de su frecuencia de uso, sin desagregarlo por cada tipo de cáncer. Adicionalmente se analizan diagramas de cajas para comprender la distribución del número de medicamentos recibidos por los pacientes en cada régimen de afiliación.

Medicamentos según régimen de afiliación

El diagrama de cajas permite concluir que en la mayoría de los regímenes el 75 % de los pacientes recibe

entre 1 y 3 medicamentos, con variaciones de esta tendencia en el régimen subsidiado y en la población no asegurada (ver figura 2.17).

Medicamentos observados en el reporte

En cuanto a la frecuencia de uso de los 31 medicamentos, antineoplásicos o de soporte, establecidos en la Resolución 0247 de 2014 para el registro de cáncer de la CAC, se encontró que el más usado es el corticoide dexametasona, seguido de la doxorubicina, el tamoxifeno y la ciclofosfamida en pacientes prevalentes. Sin embargo es importante mencionar que en el registro se pueden consignar otros medicamentos utilizados, que se presentarán más adelante para cada tipo de cáncer (ver tabla 2.10).

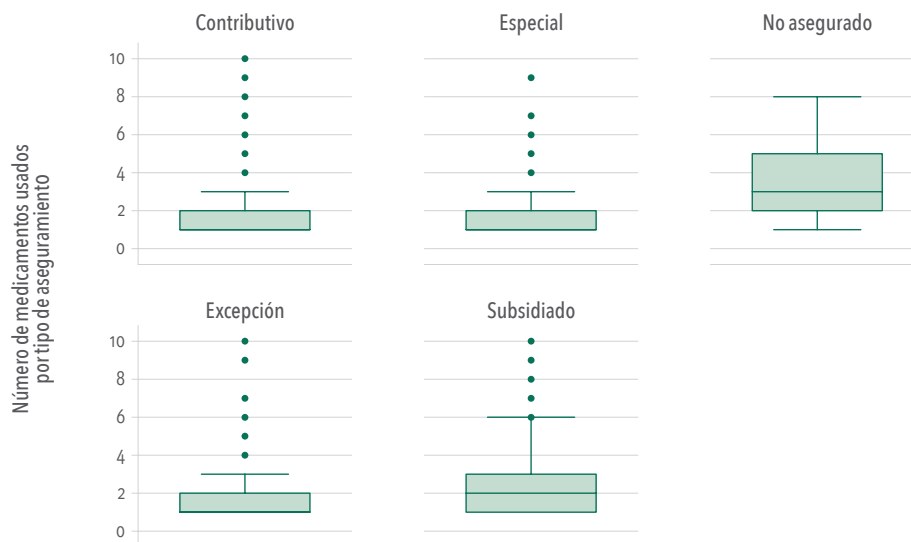


Figura 2.17. Número de medicamentos por paciente según régimen de afiliación

Tabla 2.10. Distribución de medicamentos reportados a la CAC de acuerdo con la Resolución 0247 de 2014

Medicamento	Tipo de medicamento	Prevalentes	CNR
Dexametasona	Corticoide	13 841	4305
Doxorrubicina	Antibióticos citotóxicos y sustancias relacionadas	4775	1901
Tamoxifeno	Antagonista receptor de estrógenos	4672	305
Ciclofosfamida	Alquilantes	4595	1858
Pegfilgrastim	Factor de crecimiento hematopoyético	4045	1311
Paclitaxel	Alcaloides de plantas y otros productos naturales	3467	1080
Carboplatino	Otros agentes antineoplásicos	3221	955
Prednisona	Corticoide	2964	763
Fluorouracilo	Antimetabolitos	2776	982
Cisplatino	Otros agentes antineoplásicos	2628	1155
Vincristina	Alcaloides de plantas y otros productos naturales	1906	748
Rituximab	Otros agentes antineoplásicos	1643	408
Capecitabina	Antimetabolitos	1485	423
trastuzumab	Otros agentes antineoplásicos	1405	160
Metotrexato	Antimetabolitos	1264	279
Ciclosporina	Inmunosupresor	915	80
Etopósido	Alcaloides de plantas y otros productos naturales	865	298
Busulfano	Alquilantes	839	63
Procarbazina	Otros agentes antineoplásicos	833	62
Gemcitabina	Antimetabolitos	754	186
Citarabina	Antimetabolitos	730	262
Bleomicina	Antibióticos citotóxicos y sustancias relacionadas	596	258
Imatinib	Otros agentes antineoplásicos	505	68
Mercaptopurina	Antimetabolitos	470	94
Vinblastina	Alcaloides de plantas y otros productos naturales	418	155
Dacarbazina	Alquilantes	416	145
Interferón Alfa	Modificador de la respuesta biológica	138	14
Melfalan	Alquilantes	137	16
Clorambucilo	Alquilantes	125	22
Tioguanina	Antimetabolitos	80	4

* Número de pacientes que recibieron al menos una dosis del medicamento.

Radioterapia en cáncer

La radioterapia es el uso de radiación ionizante con fines terapéuticos, de diferentes fuentes, técnicas y tecnologías, generalmente para control local de la enfermedad tumoral, aunque también, en algunas oportunidades, de uso sistémico o profiláctico (11). En este análisis encontramos que alrededor de 4860 pacientes de la población nueva recibieron radioterapia y que, de ellos, el 46 % recibió de manera concomitante algún medicamento anti-neoplásico durante el periodo de reporte (ver tabla 2.11). Del 100 % de los pacientes que recibieron radioterapia, el 75 % recibió al menos un esquema de radioterapia en todos los regímenes (ver figura 2.18).

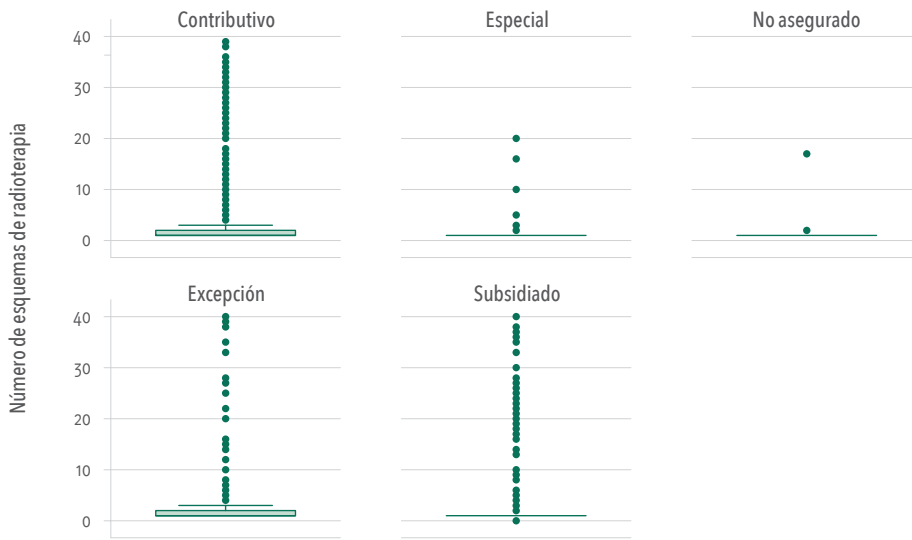


Figura 2.18.
Cajas y bigotes de número de esquemas de radioterapia por paciente según régimen

Radioterapia y quimioterapia

Para algunas neoplasias es necesario realizar quimioterapia y radioterapia durante el periodo de tratamiento. Se encontró que, de los 4860 pacientes que recibieron radioterapia, 1957 recibieron quimioterapia adicional, 1080 de ellos pertenecientes al régimen contributivo y 801 al régimen subsidiado (ver tabla 2.11).

Tabla 2.11. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte

Ambos tratamientos	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No asegurado
No recibió	1325	856	102	15	2
Recibió	1080	801	56	19	1

Clasificación del riesgo en cáncer

Nivel de diferenciación celular en tumores sólidos

La determinación del nivel de diferenciación celular se realiza para neoplasias sólidas malignas; los tipos de cáncer de características hematológicas tienen una clasificación diferente, que será analizada en los capítulos correspondientes a cada una de estas enfermedades. La clasificación celular tumoral permite predecir

el comportamiento tumoral y realizar una asociación pronóstica en términos del nivel de diferenciación, la cual categoriza desde bien diferenciado, de mejor pronóstico, a anaplásico de pésimo pronóstico (7).

Al tratarse este capítulo de cáncer en términos generales, más que mostrar el nivel de diferenciación celular del tumor al momento del diagnóstico -lo que se hará para cada uno de los tipos de cáncer-, se hace relevancia en el alto porcentaje de pacientes que no cuentan con dicho registro, situación que se presenta especialmente en el régimen especial, seguido del subsidiado y el contributivo. Lo anterior se determinó para los pacientes nuevos (ver tabla 2.12, para consultar valores absolutos ver tabla 2.20).

Tabla 2.12. Nivel de diferenciación celular en tumores sólidos

Grado de diferenciación	Contributivo (n=17 912) (%)	Subsidiado (n=9540) (%)	Excepción (n=637) (%)	Especial (n=454) (%)	No asegurado (n=87) (%)
Bien diferenciado	7,86	11,27	36,26	11,01	13,79
Moderadamente diferenciado	23,86	16,36	22,92	10,13	21,84
Mal diferenciado	4,92	6,95	10,83	3,30	4,60
Anaplásico	0,51	1,18	2,04	0,00	0,00
No establecido	62,86	64,23	27,94	75,55	59,77

Estadificación TNM por régimen de afiliación

La estadificación 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 tipos de cáncer de comportamiento sólido. En ella la letra T hace referencia al tamaño de tumor primario, la N describe la diseminación del cáncer hasta los ganglios linfáticos y la M indica las metástasis (12). Se determinó el comportamiento de los diferentes regímenes de aseguramiento al momento de registrar o no el TNM a la CAC. Los diferentes estadios de TNM se muestran en detalle para cada tipo de cáncer, en este capítulo al tratarse de cáncer global, solo se describe el panorama general del registro.

En los CNR hay una gran proporción de registros que no incluye el TNM del tumor sólido, en la mayoría de los regímenes esta cifra se acerca el 50 %, lo cual reviste un problema importante, pues no se cuenta con la información que permite determinar en qué momento o extensión de la enfermedad se está realizando el diagnóstico, si es temprano o avanzado. Dicha información a su vez cobra gran relevancia a la hora de determinar el tratamiento, el pronóstico y la supervivencia, y da idea de la gestión del riesgo por parte de las aseguradoras (ver figura 2.21, para consultar valores absolutos consultar tabla 2.23).

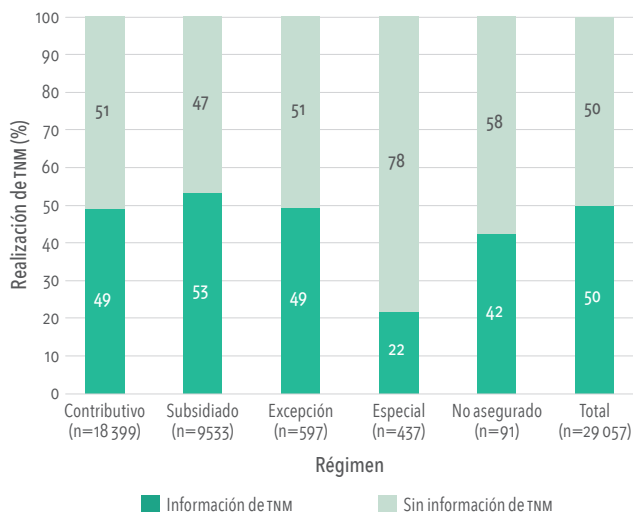


Figura 2.19. Estadificación TNM según régimen de afiliación

Oportunidad en cáncer

La oportunidad, entendida como la posibilidad que tienen los individuos para acceder al SGSSS (13), se encuentra expresada en este documento como número de días a partir de un evento temporal pasado y hasta un evento temporal posterior. Para cada uno de los tipos de cáncer se determinaron dos momentos esenciales: el tiempo que transcurre entre la sospecha diagnóstica y el diagnóstico –por histología y, en caso de no contar con ella, en la primera consulta con el médico tratante de la enfermedad maligna–; y el tiempo que transcurre entre el diagnóstico y el primer tratamiento –ya sea quimioterapia, radioterapia o cirugía–. De la población prevalente, el 25,8 % tuvo datos para establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico, sin embargo el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento de dicha población no pudo ser medido debido a la estructura del registro. El tiempo que transcurrió entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico fue de 36 días de mediana y 82 días de media.

La media se incluye porque en los consensos basados en la evidencia realizados hasta el momento se utiliza el promedio de los días transcurridos para cinco tipos de cáncer en las diferentes entidades. Adicionalmente se puede observar cómo para algunos pacientes transcurren tiempos prolongados antes de la realización de un diagnóstico o la obtención de un tratamiento, haciendo que la media de días sea mayor (ver tabla 2.13).

Tabla 2.13. Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones (n)	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	51 223	36	15-75	81,7	80,6-82,8	1-730

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

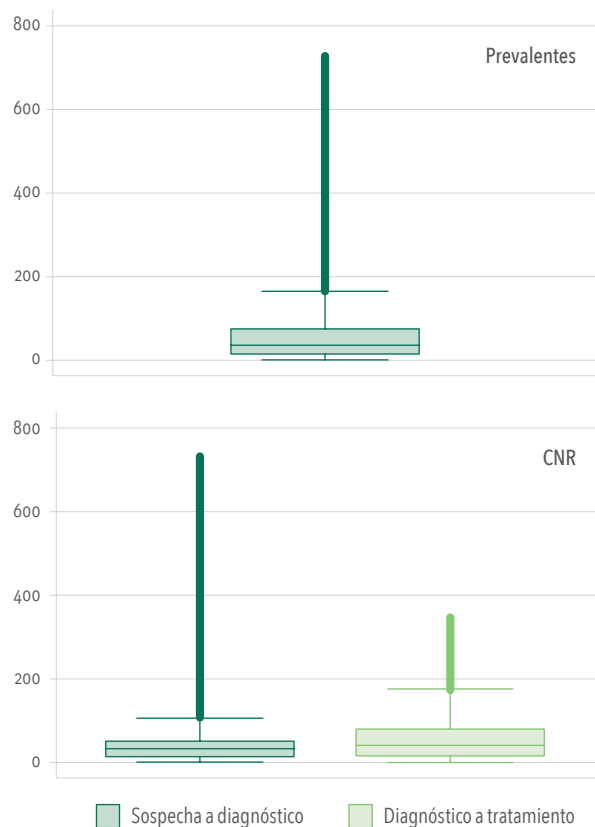
En cuanto a la población nueva diagnosticada, el número de casos de los cuales se obtuvieron datos de fechas para establecer la oportunidad es mayor con respecto al año anterior, indicando una mejoría en el registro de la información; el 65,5 % de los casos tuvo datos para establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico, y el 43 %, para establecer el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento. El tiempo que

trascurió entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico fue de 33 días de mediana y 54,8 días de media; en cuanto al tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento, la mediana fue de 41 días y la media de 58 días (ver tabla 2.14).

Tabla 2.14. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones (n)	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-Max
Sospecha a diagnóstico*	20 461	33	14-51	54,8	53,5-56,1	1-730
Diagnóstico a primer tratamiento	13 443	41	16-80	58,0	57,0-59,0	1-347

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.


Figura 2.20. Cajas y bigotes de oportunidad en prevalentes y CNR

Tablas complementarias

Tabla 2.15. Distribución de cáncer según grupo etario

Grupo etario	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
0 a 4 años	659	0,3
5 a 9 años	1476	0,7
10 a 14 años	1518	0,8
15 a 19 años	1754	0,9
20 a 24 años	2194	1,1
25 a 29 años	3178	1,6
30 a 34 años	5119	2,6
35 a 39 años	6797	3,4
40 a 44 años	9046	4,6
45 a 49 años	13 391	6,7
50 a 54 años	17 448	8,8
55 a 59 años	19 863	10,0
60 a 64 años	20 341	10,2
65 a 69 años	19 696	9,9
70 a 74 años	17 612	8,9
75 a 79 años	14 936	7,5
80 a más años	17 851	9,0

Tabla 2.16. Prevalencia de cáncer global invasivo por departamento*

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Amazonas	150,8	90,5
Antioquia	579,5	609,6
Arauca	118,7	91,1
Atlántico	270,0	262,3
Bogotá, D. C.	642,7	671,5
Bolívar	243,3	226,4
Boyacá	302,0	342,8
Caldas	405,6	477,2
Caquetá	204,9	163,5
Casanare	215,4	173,4
Cauca	221,6	212,3
Cesar	213,9	174,4
Chocó	119,7	78,8
Córdoba	220,4	194,8
Cundinamarca	265,1	265,4
Guainía	56,2	38,6

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Guaviare	97,4	70,2
Huila	383,3	351,8
La Guajira	86,4	61,8
Magdalena	180,9	156,3
Meta	278,2	247,3
Nariño	235,0	223,9
Norte de Santander	248,9	235,4
Putumayo	138,7	102,5
Quindío	445,4	519,9
Risaralda	580,5	666,7
San Andrés	180,0	185,8
Santander	312,9	337,7
Sucre	227,3	214,8
Tolima	229,2	252,9
Valle del Cauca	425,3	463,9
Vaupés	38,7	29,8
Vichada	73,0	52,8
Total	393,3	393,3

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 2.17. Prevalencia de cáncer global invasivo por asegurador*

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
CCFO07	247,9	225,9
CCFO09	610,1	738,2
CCFO15	88,7	77,5
CCFO23	104,6	82,1
CCFO24	458,9	425,2
CCFO27	277,9	258,3
CCFO33	159,9	154,8
CCFO49	154,6	157,9
CCFO53	413,0	439,3
CCFO55	73,3	59,9
CCF102	29,4	18,3
EASO16	761,8	1538,2
EASO27	640,7	2151,1
EPSO01	623,4	793,3
EPSO02	404,5	302,2

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
EPSO03	343,8	302,4
EPSO05	1087,4	1253,2
EPSO08	895,3	841,4
EPSO10	836,8	696,6
EPSO12	578,5	575,1
EPSO16	653,9	617,3
EPSO17	667,2	523,8
EPSO18	919,4	772,6
EPSO20	51,6	46,8
EPSO22	136,8	163,7
EPSO23	396,0	337,4
EPSO25	203,3	181,9
EPSO33	611,3	495,9
EPSO37	449,2	827,4
EPSIO1	89,7	52,3
EPSIO2	146,4	118,5
EPSIO3	119,7	96,9
EPSIO4	80,4	57,1
EPSIO5	162,5	138,0
EPSIO6	244,3	202,1
EPSS03	257,9	280,7
EPSS33	150,7	140,5
EPSS34	513,3	565,7
EPSS40	432,9	468,1
EPSS41	110,7	102,8
ESSO02	124,0	110,7
ESSO24	95,5	86,7
ESSO62	327,2	310,7
ESSO76	90,9	76,8
ESSO91	365,1	402,8
ESS118	123,7	121,4
ESS133	199,6	189,1
ESS207	322,7	283,7
Total	409,7	409,7

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 2.18. PCNR de cáncer global invasivo por departamento*

Departamento	PCNR ajustada	PCNR cruda
Amazonas	22,1	10,5
Antioquia	80,2	84,3
Arauca	23,5	17,5
Atlántico	36,8	35,8
Bogotá, D. C.	121,5	127,2
Bolívar	27,2	25,5
Boyacá	47,0	53,4
Caldas	60,0	69,9
Caquetá	66,9	53,0
Casanare	46,8	37,3
Cauca	42,1	40,7
Cesar	26,5	21,6
Chocó	9,4	6,2
Córdoba	38,4	33,9
Cundinamarca	43,4	43,4
Guainía	8,3	4,8
Guaviare	4,1	3,6
Huila	51,5	47,5
La Guajira	11,3	8,2
Magdalena	21,4	18,6
Meta	37,1	33,0
Nariño	39,4	37,7
Norte de Santander	30,8	29,2
Putumayo	28,9	21,1
Quindío	62,6	72,3
Risaralda	91,4	103,9
San Andrés	41,2	41,9
Santander	37,2	40,1
Sucre	23,9	22,7
Tolima	34,3	37,6
Valle del Cauca	62,9	68,4
Vaupés	6,6	4,6
Vichada	18,5	15,3
Total	61,6	61,6

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 2.19. PCNR de cáncer global invasivo por asegurador*

Asegurador	PCNR ajustada	PCNR cruda
CCFO07	37,3	33,4
CCFO09	119,1	143,0
CCFO15	17,2	15,0
CCFO23	9,5	7,6
CCFO24	63,5	59,1
CCFO27	87,1	80,6
CCFO33	8,8	8,8
CCFO49	24,8	26,0
CCFO53	184,9	196,8
CCFO55	7,9	6,4
CCF102	0,0	0,0
EASO16	215,8	472,6
EASO27	120,5	293,5
EPSO01	47,4	58,2
EPSO02	46,3	37,9
EPSO03	4,9	4,3
EPSO05	231,4	267,8
EPSO08	278,9	266,9
EPSO10	125,3	109,5
EPSO12	22,4	20,7
EPSO16	83,7	79,2
EPSO17	141,1	109,5
EPSO18	183,9	159,2
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	45,4	54,1
EPSO23	1,0	0,7
EPSO25	69,4	62,1
EPSO33	208,0	166,3
EPSO37	28,9	56,9
EPSIO1	21,2	12,7
EPSIO2	39,7	31,8
EPSIO3	26,0	21,7
EPSIO4	16,7	11,6
EPSIO5	39,6	34,6
EPSIO6	78,3	64,0
EPSSO3	37,8	41,9
EPSS33	48,4	45,0
EPSS34	108,0	118,6
EPSS40	85,8	93,4
EPSS41	3,7	3,4
ESSO02	52,9	46,8
ESSO24	7,3	6,6
ESSO62	86,5	82,3
ESSO76	13,2	11,0
ESSO91	39,9	43,9
ESS118	26,2	25,7
ESS133	34,1	32,6
ESS207	53,8	47,6
Total	64,0	64,0

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 2.20. Mortalidad de cáncer global invasivo por departamento*

Departamento	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Amazonas	8,9	6,6
Antioquia	47,4	49,6
Arauca	13,4	9,9
Atlántico	21,9	21,2
Bogotá, D. C.	52,0	52,8
Bolívar	17,8	16,5
Boyacá	25,9	31,0
Caldas	43,9	53,3
Caquetá	27,2	21,1
Casanare	18,2	14,0
Cauca	28,5	27,8
Cesar	23,5	18,5
Chocó	10,4	6,8
Córdoba	25,8	22,9
Cundinamarca	19,3	19,5
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	3,7	2,7
Huila	36,3	33,2
La Guajira	7,7	5,5
Magdalena	15,8	13,7
Meta	26,6	23,1
Nariño	25,6	24,5
Norte de Santander	23,7	22,5
Putumayo	19,8	14,2
Quindío	45,7	54,8
Risaralda	54,8	63,9
San Andrés	3,9	3,9
Santander	29,3	32,2
Sucre	17,8	17,1
Tolima	23,7	26,9
Valle del Cauca	45,5	50,1
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	5,1	2,8
Total	35,0	35,0

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 2.21. Mortalidad de cáncer global invasivo por asegurador

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
CCFO07	20,6	19,0
CCFO09	64,6	83,6
CCFO15	9,8	9,0
CCFO23	9,1	7,6
CCFO24	40,9	38,5
CCFO27	39,2	36,8
CCFO33	9,7	9,8
CCFO49	18,2	18,6
CCFO53	33,6	37,7
CCFO55	5,6	4,5
CCF102	7,1	5,0
EASO16	28,6	55,6
EASO27	66,0	169,7
EPSO01	54,3	68,6
EPSO02	33,2	23,5
EPSO03	30,4	25,1
EPSO05	70,2	81,9
EPSO08	72,6	61,0
EPSO10	42,9	30,3
EPSO12	61,8	56,9
EPSO16	60,3	53,8
EPSO17	50,6	34,9
EPSO18	87,5	63,1
EPSO20	8,2	8,3
EPSO22	8,8	10,7
EPSO23	31,9	22,9
EPSO25	20,9	18,6
EPSO33	109	78,7
EPSO37	47,4	98,3
EPSIO1	11,0	5,9
EPSIO2	19,2	15,9
EPSIO3	20,3	16,0
EPSIO4	0,6	0,8
EPSIO5	9,7	8,1
EPSIO6	38,0	29,4
EPSS03	32,6	36,0
EPSS33	25,6	24,2
EPSS34	55,7	62,8
EPSS40	48,8	54,7
EPSS41	9,2	9,6
ESSO02	23,3	20,8
ESSO24	6,8	6,2
ESSO62	50,2	48,4
ESSO76	9,0	7,7
ESSO91	26,0	29,1
ESS118	17,3	17,0
ESS133	18,9	18,3
ESS207	24,7	21,8
Total	36,8	36,8

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 2.22. Diferenciación celular en cáncer general según régimen de afiliación

Diferenciación histológica	Contributivo	Especial	No asegurado	Excepción	Subsidiado
Bien diferenciado	1407	50	12	231	1075
Moderadamente diferenciado	4273	46	19	146	1561
Mal diferenciado	881	15	4	69	663
Anaplásico	91	0	0	13	113
No establecido	11 260	343	52	178	6128

Tabla 2.23. Estadificación TNM en cáncer sólido según régimen de afiliación

TNM	Contributivo	Especial	No afiliado	Excepción	Subsidiado
Estadio I	2889	27	1	71	1186
Estadio II	2656	17	8	110	1072
Estadio III	1277	13	13	100	1337
Estadio IV	1285	6	11	48	945
No especificado	10 292	374	58	268	4993

Bibliografía

- National Cancer Institute. What Is Cancer? [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
- Cancer Treatment Centers of America. Anatomy of Cancer: Understanding a disease that affects millions [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.cancercenter.com/discussions/blog/anatomy-of-cancer/>
- WHO World Health Organization. Cancer [Internet]. Fact sheet. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el cáncer [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/>
- Anand P, Kunnumakara AB, Sundaram C, Harikumar KB, Tharakan ST, Lai OS, et al. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharm Res.* 2008;25(9):2097-116.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 000247 de 2014. Imprenta Nacional de Colombia 2014 p. 1-22 Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Resolucion%20247%20de%202014.PDF>.
- Wong E. Introduction to neoplasia. Vol. 2016. *Mc Master Pathophysiology Review*; 2016. Disponible en: http://www.pathophys.org/introneoplasia/#Chapter_1_Introduction_to_neoplasia.
- Stewart BW, Wild CP. World cancer report 2014. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer [Internet]. 2014;1-2. Disponible en: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014.pdf>
- International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 [Internet]. 2012. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
- DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de Población [Internet]. Gobierno de Colombia. 2015. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- National Cancer Institute. Radioterapia para cáncer: preguntas y respuestas [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia/hoja-informativa-radioterapia>
- AJCC American Joint Committee on Cancer. Cancer Staging System. What is Cancer Staging? [Internet]. 2017. Disponible en: <https://cancerstaging.org/references-tools/Pages/What-is-Cancer-Staging.aspx>
- 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>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Edad de la muestra de pacientes con cáncer	34
Tabla 2.2. Población con cáncer según grupo poblacional	34
Tabla 2.3. Tipos de cáncer más frecuentes en el mundo.....	37
Tabla 2.4. Muertes por cáncer en el mundo	37
Tabla 2.5. Morbimortalidad global en cáncer	38
Tabla 2.6. Prevalencia cruda de cáncer según régimen de afiliación.....	40
Tabla 2.7. Prevalencia cruda según tipo de cáncer y régimen de afiliación	40
Tabla 2.8. PCNR cruda de cáncer según régimen de afiliación	41
Tabla 2.9. Mortalidad cruda por cáncer según régimen de afiliación	41
Tabla 2.10. Distribución de medicamentos reportados a la CAC de acuerdo con la Resolución 0247 de 2014	43
Tabla 2.11. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte	44
Tabla 2.12. Nivel de diferenciación celular en tumores sólidos	44
Tabla 2.13. Oportunidad en prevalentes.....	45
Tabla 2.14. Oportunidad en CNR	46
Tabla 2.15. Distribución de cáncer según grupo etario	46
Tabla 2.16. Prevalencia de cáncer global invasivo por departamento	46
Tabla 2.17. Prevalencia de cáncer global invasivo por asegurador	47
Tabla 2.18. PCNR de cáncer global invasivo por departamento	48
Tabla 2.19. PCNR de cáncer global invasivo por asegurador	48
Tabla 2.20. Mortalidad de cáncer global invasivo por departamento.....	49
Tabla 2.21. Mortalidad de cáncer global invasivo por asegurador	49
Tabla 2.22. Diferenciación celular en cáncer general según régimen de afiliación.....	50
Tabla 2.23. Estadificación TNM en cáncer sólido según régimen de afiliación	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Histograma de edad en cáncer	34
Figura 2.2. Quintil-normal de edad en cáncer	34
Figura 2.3. Cáncer invasivo según sexo	35
Figura 2.4. Cáncer <i>in situ</i> según sexo	35
Figura 2.5. Total de pacientes con cáncer en el SGSS	35
Figura 2.6. Neoplasias en la población general	35
Figura 2.8. Neoplasias más comunes según sexo	36
Figura 2.7. Distribución de cáncer según grupo etario y sexo	36
Figura 2.9. PCNR por tipo de cáncer según sexo	37
Figura 2.10. Muertes por tipo de cáncer según sexo	38
Figura 2.11. Comparación de morbilidad de cáncer invasivo entre 2015 y 2016	39
Figura 2.12. Prevalencia de cáncer invasivo por departamento	39
Figura 2.13. Prevalencia de cáncer según grupo etario y sexo	39
Figura 2.14. PCNR de cáncer invasivo por departamento	40
Figura 2.15. Mortalidad por cáncer invasivo por departamento	41
Figura 2.17. Cajas y bigotes de número de medicamentos por paciente según régimen de afiliación	42
Figura 2.16. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo	42
Figura 2.18. Cajas y bigotes de número de esquemas de radioterapia por paciente según régimen	44
Figura 2.19. Estadificación TNM según régimen de afiliación	45
Figura 2.20. Cajas y bigotes de oportunidad en prevalentes y CNR	46

CÁNCER DE MAMA

CIE-10: C50-D50; CIE-O-3: C50

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

El cáncer de mama es la segunda neoplasia más común en el mundo, después del cáncer de pulmón. Es el cáncer más frecuente entre las mujeres, con un estimado de 1,67 millones de nuevos casos diagnosticados en el 2012 (25 % de todos los tipos de cáncer). Esta enfermedad no distingue condiciones sociales o económicas, siendo el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, aumentando en estos últimos debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales. Aun así, las tasas de incidencia varían casi cuatro veces entre algunas regiones del mundo, con tasas que van desde 27 casos por 100 000 en África media y Asia oriental a 96 en el Este de Europa (1).

Adicionalmente el cáncer de mama representa la quinta causa de muerte por cáncer en general teniendo en cuenta ambos sexos. Es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de regiones menos desarrolladas y la segunda en las regiones más desarrolladas, después del cáncer de pulmón. La tasa de mortalidad entre las regiones del mundo es menor que la de incidencia debido a que la supervivencia es alta en las regiones más desarrolladas, con tasas que van de 6 por 100 000 en Asia oriental a 20 por 100 000 en África occidental. Lo anterior se debe especialmente a mejoras en las estrategias de prevención y detección precoz de la enfermedad (1).

Entre los factores de riesgo para este tipo de cáncer se encuentran la edad (el envejecimiento), antecedentes personales y familiares de cáncer de mama, predisposición genética, antecedentes de cáncer de ovario, sedentarismo, obesidad, consumo de alcohol, terapia de reemplazo hormonal, nuliparidad, el no amamantar, exposición a radiación, entre otros (2).

Características generales de la población con cáncer de mama

En el registro el cáncer de mama ocupa el puesto número uno entre los tumores malignos más frecuentes en la población total y en la femenina, con un total de 43 846 pacientes afectadas. Durante el periodo de análisis se presentó un total de 3954 pacientes nuevas con diagnóstico de cáncer de mama, lo cual representa el 14 % de todos los casos nuevos en la población y

el 22 % en mujeres. De estas pacientes, 3809 casos fueron registradas con cáncer invasivo y 145 con *in situ*.

La prevalencia país fue de 173,7 afectadas por 100 000 habitantes mujeres, la prevalencia por aseguradora fue de 176,7 afectadas por 100 000 mujeres afiliadas de la BDUA. La PCNR país fue de 15,6 por 100 000 mujeres y la PCNR por aseguramiento se ubicó en 15,8 afectadas por 100 000 mujeres afiliadas de la BDUA. El total de pacientes fallecidas con cáncer de mama fue de 2055, con una mortalidad país de 8,3 por 100 000 mujeres.

Edad de las pacientes con cáncer de mama

Se consideraron todas las afectadas por cáncer de mama; en la medición de la edad promedio de las afectadas, se encontraron una media y una mediana de 60 años (ver tabla 3.12).

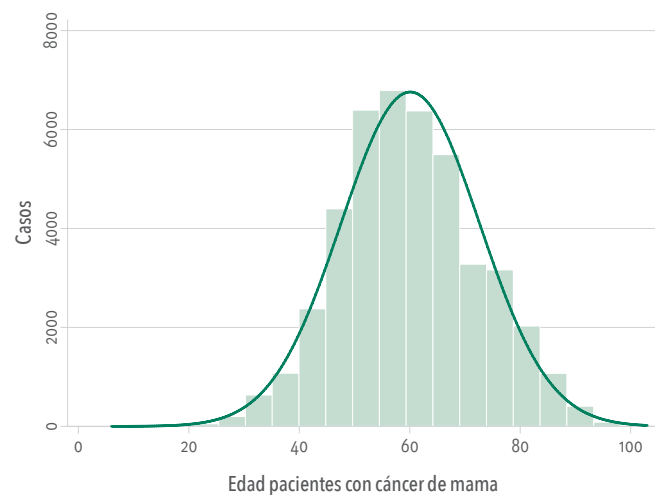


Figura 3.1. Histograma de edad en cáncer de mama

La distribución de la edad siguió un patrón normal, unimodal (ver figura 3.1), con algunos valores extremos al inicio y al final de la curva. En el diagrama quintil-normal, se observa esta misma tendencia. Existe un aumento de casos a partir de los 45 años de edad y en torno a la media (ver figura 3.2).

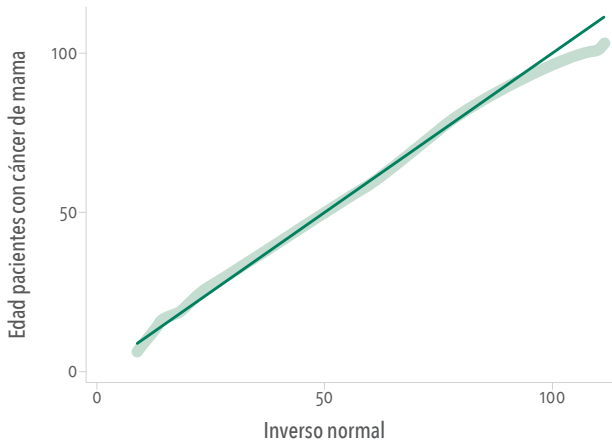


Figura 3.2. Quintil-normal de edad en cáncer de mama

Morbimortalidad por cáncer de mama

Prevalencia de cáncer de mama en el país

La prevalencia de cáncer de mama en el país fue de 173,7 por 100 000 habitantes mujeres (ver tabla 3.13)¹. Los departamentos más prevalentes fueron Risaralda, Antioquia, Quindío, Bogotá D. C., Valle del Cauca, Caldas, Huila, Bolívar y Atlántico, con prevalencias de 281,1 a 159,7 afectadas por 100 000 habitantes mujeres (ver figura 3.3).

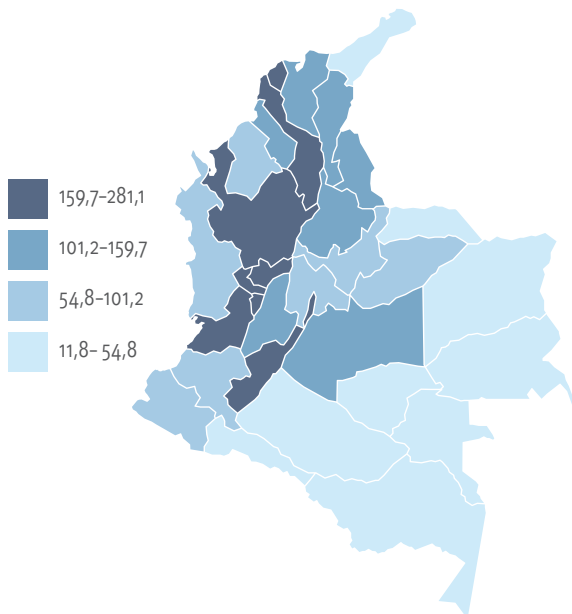


Figura 3.3. Prevalencia de cáncer de mama invasivo por departamento

¹ Datos país observados en el SGSSS colombiano.

Los departamentos menos prevalentes fueron Vaupés, Guainía, Vichada, Guaviare, Putumayo, Amazonas, Arauca y La Guajira, con prevalencias de 11,8 a 51,3 afectadas por 100 000 habitantes mujeres (ver figura 3.3).

Prevalencia de cáncer de mama en la BDUA

La prevalencia por régimen de afiliación se ubicó en 176,7 por 100 000 mujeres afiliadas de la BDUA (ver tabla 3.1). Las mayores prevalencias ajustadas fueron para las aseguradoras EASO16 y EPSO01 (ver tabla 3.14 para consultar valores de prevalencia por asegurador).

Tabla 3.1. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación

Pacientes con cáncer de mama en la BDUA	Pacientes contributivo	Pacientes subsidiado	Prevalencia contributivo	Prevalencia subsidiado	Prevalencia total c y s
40 408	31 099	9309	272,8	81,12	176,7

Comparación de morbimortalidad entre 2015 y 2016

El registro de cáncer con información auditada se ha realizado en dos periodos hasta el momento: de 2014 a 2015 y de 2015 a 2016, evidenciando que la prevalencia y la mortalidad, mas no la PCNR, han aumentado. Esto se debe principalmente a características del registro y al comportamiento de la enfermedad, como una mayor búsqueda de todos los casos de cáncer de mama independientemente del momento del diagnóstico, lo que conlleva dicho aumento de la prevalencia, sumado a la cronicidad de esta enfermedad (ver figura 3.4).

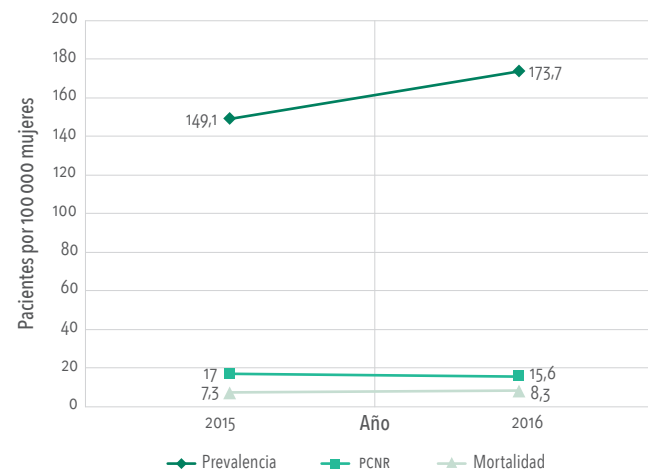


Figura 3.4. Morbimortalidad por cáncer de mama

PCNR de cáncer de mama en el país

La PCNR de cáncer de mama en el país es 15,6 por 100 000 habitantes mujeres (ver tabla 3.15)². Los departamentos con mayor PCNR fueron Risaralda, Antioquia, Bogotá D. C., Caldas, Valle del Cauca, Atlántico, Quindío y Bolívar, con proporciones de 30,4 a 15,5 por 100 000 habitantes mujeres. Los departamentos con menor PCNR fueron Vichada, Vaupés, Guaviare, Guainía, Putumayo, Chocó, La Guajira, Cauca y Amazonas, con proporciones de 0 a 6,4 por 100 000 habitantes mujeres (ver figura 3.5). El cáncer de mama representó el 13 % de los casos nuevos de cáncer en la población total (ver figura 3.6) y el 21 % de los casos nuevos de cáncer en mujeres (ver figura 3.7).

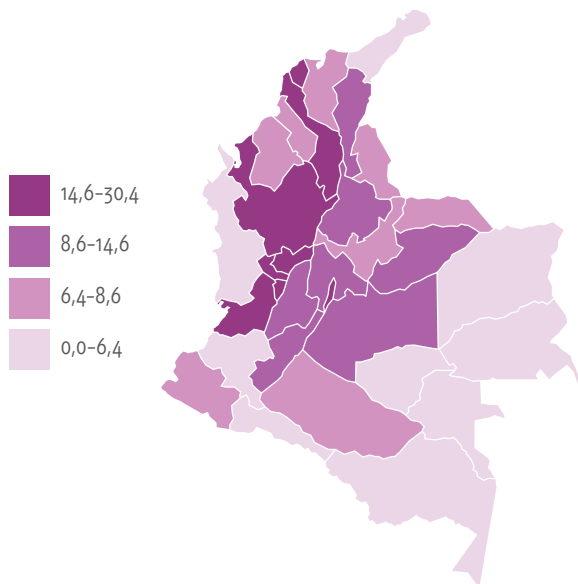


Figura 3.5. PCNR de cáncer de mama invasivo por departamento

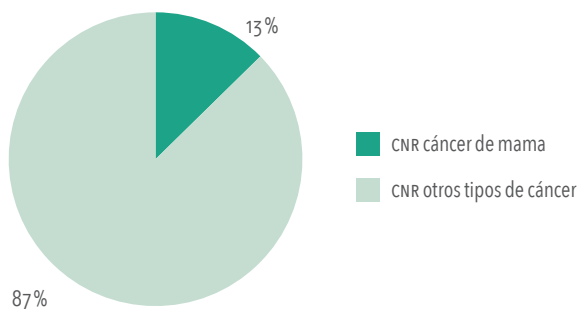


Figura 3.6. PCNR de cáncer de mama respecto a PCNR de cáncer global

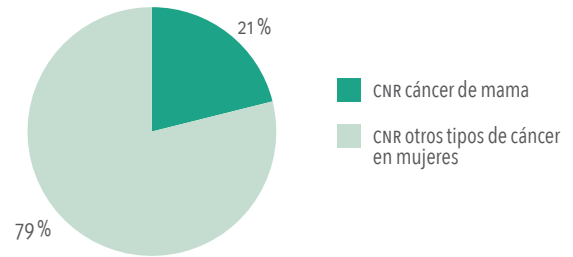


Figura 3.7. PCNR de cáncer de mama respecto a PCNR de cáncer global en mujeres

PCNR de cáncer de mama en la BDUA

La PCNR por aseguramiento fue de 15,8 por 100 000 habitantes mujeres. Las aseguradoras con mayores proporciones de cáncer de mama fueron EASO16 y EPSO33 (ver tabla 3.16).

Mortalidad por cáncer de mama en el país

La mortalidad país por cáncer de mama se ubicó en 8,3 fallecidas por 100 000 mujeres (ver tabla 3.17)³. Risaralda, Valle del Cauca, Huila, Antioquia, Bogotá D. C., Caldas, Santander, Atlántico y Quindío, presentan la mayor mortalidad, con tasas de 14,4 a 8,1 por 100 000 mujeres; mientras que Vichada, Vaupés, Guaviare, Casanare, Caquetá, Arauca, Putumayo, La Guajira, Chocó y Cundinamarca, tienen las tasas de mortalidad más bajas: de 0 a 4 por 100 000 mujeres (ver figura 3.8).

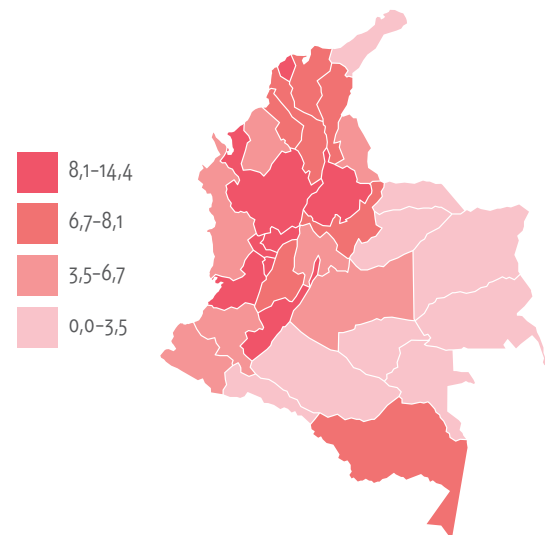


Figura 3.8. Mortalidad por cáncer de mama invasivo por departamento

2 Datos país observados en el sgss colombiano.

3 Datos país observados en el sgss colombiano.

Mortalidad por cáncer de mama en la BDUA

La mortalidad por cáncer de mama registró las mayores tasas ajustadas en las aseguradoras EPSO01 y EASO27. La mortalidad por régimen de afiliación se ubicó en 8,6 por 100 000 mujeres afiliadas de la BDUA (ver tabla 3.18).

Estadificación en cáncer de mama

La AJCC estadifica las pacientes con cáncer de mama usando el sistema TNM dentro de cuatro grupos de acuerdo con el compromiso tumoral, nodular, y metastásico (3). En la revisión de la octava edición de la clasificación del TNM para este tipo de cáncer, el panel revisor reconoció la necesidad de incorporar factores biológicos, como el grado tumoral, la tasa de proliferación, la expresión del receptor de estrógenos y progesterona, la expresión del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) y los paneles pronósticos de expresión génica en el sistema de estadificación, manteniendo el sistema de estadificación basado en el TNM (4). Esta estadificación fue realizada solo en población de CNR por cáncer de mama.

Estadificación TNM

En el registro para cáncer de mama, se encontró que en los regímenes contributivo, subsidiado y especial el mayor porcentaje de pacientes no cuenta con el estadio TNM. Analizando aquellos casos en los que sí existe reporte de TNM y excluyendo los no clasificados, se encontró que los estadios TNM II y III aportan la mayor proporción de pacientes, con el 70 % en el régimen contributivo y el 81 % en el subsidiado (ver figura 3.9 y tabla 3.19)⁴.

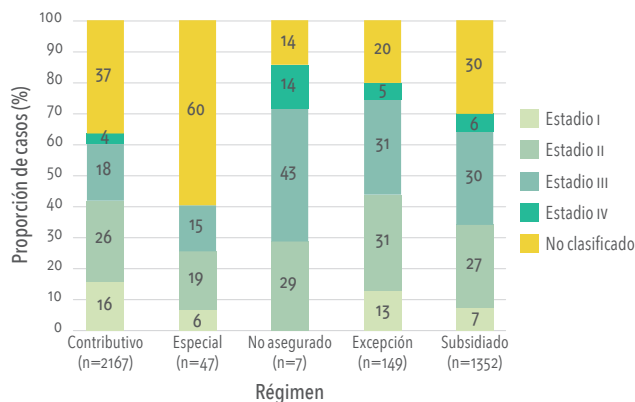


Figura 3.9. Estadificación TNM en cáncer de mama según régimen de afiliación

Pruebas diagnósticas

El HER2 o receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano es un gen que puede influir en el desarrollo del cáncer de mama. En las mujeres con niveles de HER2 más altos de lo normal, el cáncer de mama crece y se propaga más rápidamente, y así mismo su tratamiento puede diferir. Por esto conocer el estado de HER2 de la paciente en los informes patológicos es de suma importancia (5). Los resultados del análisis inmunohistoquímico de HER2 pueden ser: 0 (negativo), 1+ (negativo), 2+ (ambiguo o indeterminado), o 3+ (positivo) (5).

De las 3954 pacientes nuevas reportadas, 2627 (66 %) contaban con información sobre el resultado de la prueba HER2 por inmunohistoquímica. El mayor porcentaje de pacientes presentó un resultado negativo (ver tabla 3.2).

Tabla 3.2. Resultado de HER2 por inmunohistoquímica en CNR

Resultado HER2	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Negativo	1669	63,5
Indeterminado	417	15,9
Positivo	541	20,6
Total	2627	

Al obtener un resultado indeterminado o ambiguo se debe realizar un análisis de HER2 más exacto, 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 (6).

Dentro del reporte se cuenta con información de la realización o no de la prueba FISH, mas no con el resultado. Se observa que esta prueba se realizó solo en el 28 % de los casos en los que el resultado de la prueba de histoquímica de HER2 fue indeterminado, a pesar de que está principalmente indicada para esos casos. Adicionalmente se observa la realización de la prueba FISH en prueba HER2 con resultado positivo y negativo (ver tabla 3.3).

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

Tabla 3.3. Realización de prueba FISH en CNR según resultado de HER2

FISH	HER2 indeterminado (2+)		HER2 positivo (3+)		HER2 negativo (0 o 1+)	
	n	%	n	%	n	%
Se realizó	117	28,1	26	4,8	86	5,2
No se realizó	171	41,0	318	58,8	1007	60,3
Sin dato	129	30,9	197	36,4	576	34,5
Total	417		541		1669	

De acuerdo con el número de pacientes que contaban con resultado de la prueba HER2 se determinó cuántas de ellas recibieron trastuzumab, medicamento disponible específico para el cáncer de mama de receptores HER2 positivos; encontrando que de 541 pacientes con HER2 positiva (3+) por prueba de inmunohistoquímica, 112 (21 %) recibieron el medicamento (ver tabla 3.4).

Tabla 3.4. Administración de trastuzumab en CNR según resultado de HER2

Trastuzumab	Positivo (3+)		Negativo (0 o 1+)		Indeterminado (2+)	
	n	%	n	%	n	%
Sí recibió	112	21	19	1	8	2
No recibió*	228	42	944	57	224	54
No recibió**	1	0,2	0	0	0	0
No aplica	200	37	706	42	185	44
Total	541		1669		417	

* No considerado en plan terapéutico.

** propuesto en plan terapéutico.

Adicionalmente se determinó el porcentaje de casos comparando el estadio TNM y el resultado de la prueba HER2 por inmunohistoquímica, encontrando que HER2 positivas se encuentran en estadios más avanzados, lo que explica que las pacientes HER2 positivas estén en riesgo de evolucionar más rápidamente a estadios avanzados de la enfermedad y por ende requieran terapias de mayor costo (ver figura 3.10).

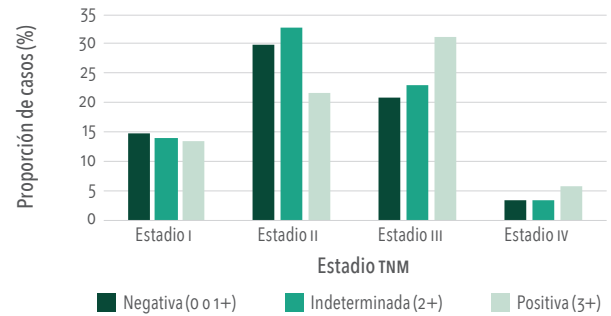


Figura 3.10. Proporción de casos según TNM y resultado de HER2

El análisis para la detección de receptores de hormonas permite determinar si es probable que el cáncer responda a la hormonoterapia o a otros tratamientos (7). Los resultados obtenidos muestran que de los 3954 CNR, el 42,7 % tuvo cáncer de mama positivo para receptores tanto de estrógenos como de progesterona, y el 3,1 % tuvo resultados positivos para solo una de las dos hormonas (ver tabla 3.5). Esto indica que la mayor proporción de mujeres del registro responderían a hormonoterapia para reducir o detener no solo el crecimiento y la propagación del tumor, sino también la recurrencia (8). Sin embargo, llama la atención que el 41 % de dichos registros no contaban con información sobre el resultado de las pruebas, cuando el ideal es que todas las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama tengan la realización y resultado de las pruebas hormonales y este sea reportado.

Tabla 3.5. Resultado de prueba hormonal en CNR

Resultado de prueba hormonal	n	%
Positivo+++ , >1 %, 1 razón, para progesterona y estrógeno	1688	42,7
Sin información	1618	40,9
Negativo para progesterona y estrógeno	526	13,3
Positivo+++ , >1 %, 1 razón estrógeno, pero (-) para progesterona	80	2,0
Positivo+++ , >1 %, 1 razón progesterona, pero (-) para estrógeno	42	1,1
Total	3954	

Terapia general en cáncer de mama

En el tratamiento general observado en las 3954 pacientes nuevas registradas con cáncer de mama se encontró que en el periodo de análisis 1822 pacientes recibieron quimioterapia, 775 recibieron radioterapia y 1183 recibieron cirugía (ver figura 3.11).

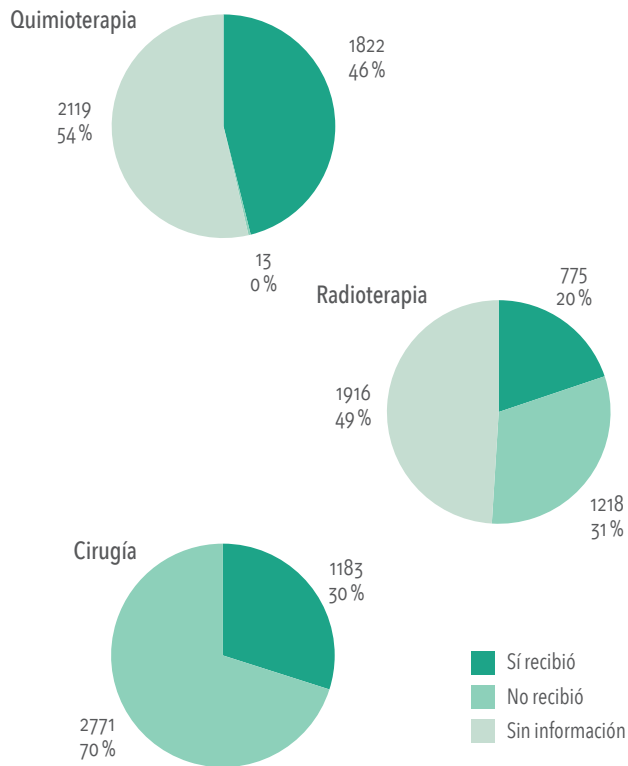


Figura 3.11. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo

Los porcentajes de registros para los que no hay información no corresponden con lo anticipado, ya que para este tipo de cáncer se esperan índices más altos de la realización de los tres tipos de terapia; se estima que lo anterior se debe a la falta de reportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC. Otra razón podría ser una falla en la gestión de soportes completos que permitan identificar dicha información.

Medicamentos en cáncer de mama

La cirugía es el tratamiento de elección para cáncer de mama temprano, pues muchas pacientes se curan con el tratamiento quirúrgico; la terapia adyuvante se utiliza en las pacientes llevadas a cirugía previamente, que requieren manejo para disminuir el riesgo de recurrencia local y sistémica; la terapia neoadyuvante se plantea para citoreducción previa a la cirugía; y la quimioterapia paliativa, para la enfermedad metastásica. La terapia adyuvante incluye una gran variedad de agentes quimioterapéuticos, agentes hormonales y terapias dirigidas (9). El análisis de medicamentos realizado en este documento fue elaborado sobre CNR.

Medicamentos observados en el reporte

Es importante mencionar que muchos de estos medicamentos se administran combinados, formando esquemas que dependen del estadio de la enfermedad, de las pruebas de HER2 y de receptores hormonales, y de si la paciente es pre o posmenopáusica, entre otras características y particularidades que se contemplan específicamente en las guías de práctica clínica. Sin embargo a continuación se expone un panorama general de frecuencia de uso de los medicamentos indicados para el cáncer de mama.

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

- AC: doxorrubicina y ciclofosfamida
- ACT: doxorrubicina, ciclofosfamida y paclitaxel
- FAC: ciclofosfamida, doxorrubicina y fluorouracilo
- TC: docetaxel y ciclofosfamida
- CMF: ciclofosfamida, metotrexato y fluorouracilo
- Docetaxel y doxorrubicina
- FEC: fluorouracilo, epirubicina y ciclofosfamida
- TAC: ciclofosfamida, doxorrubicina y docetaxel
- TCH: docetaxel, carboplatino y trastuzumab
- Pertuzumab, trastuzumab y docetaxel
- Ixabepilona y capecitabina

Entre los medicamentos mayormente registrados en cáncer de mama para los CNR, se encontró en primer lugar la ciclofosfamida, antineoplásico alquilante. En segundo y tercer lugar se encontraron la doxorrubicina (antraciclina) y el paclitaxel (taxano) respectivamente (ver tabla 3.6).

Tabla 3.6. Frecuencia de registro de medicamentos POS

Medicamento POS	CNR (n=3945)	Exclusivo	Combinado
Ciclofosfamida	1147	18	1129
Doxorrubicina	1092	23	1069
Paclitaxel	402	117	285
Tamoxifeno	268	223	45
Trastuzumab	153	12	141
Carboplatino	107	5	102
Fluorouracilo	98	2	96

Medicamento POS	CNR (n=3945)	Exclusivo	Combinado
Docetaxel	68	3	65
Metotrexato	39	2	37
Capecitabina	16	7	9
Gemcitabina	7	4	3
Cisplatino	7	1	6

Tabla 3.7. Frecuencia de registro de medicamentos no POS

Medicamento no POS	CNR (n=3945)	Exclusivo	Combinado
Letrozol	24	22	2
Anastrozol	17	15	2
Epirubicina	16	0	16
Exemestano	6	5	1
Pertuzumab	6	0	6
Goserelina	3	2	1
Fulvestrant	2	1	1
Emtansina	1	0	1
Ixabepilona	1	0	1
Vinorelbina	0	0	0
Paclitaxel-albumina (NAB-Paclitaxel)	0	0	0

Al formar los esquemas de acuerdo al reporte de los diferentes medicamentos, se obtuvo que AC tuvo el mayor número de registros (ver tabla 3.8).

Tabla 3.8. Frecuencia de registro de esquemas de medicamentos

Esquema	CNR (n=3945)	Esquema exclusivo*	Esquema combinado
AC Doxorubicina y ciclofosfamida	1027	865	162
AC-T Doxorubicina, ciclofosfamida y paclitaxel	105	62	43
FAC Doxorubicina, ciclofosfamida y fluorouracilo	39	37	2
TC Docetaxel, ciclofosfamida	36	22	14
CMF Ciclofosfamida, metotrexato y fluorouracilo	34	31	3
- Docetaxel y doxorubicina	15	2	13

Esquema	CNR (n=3945)	Esquema exclusivo*	Esquema combinado
FEC Fluorouracilo, epirubicina y ciclofosfamida	12	10	2
TAC Doxorubicina, ciclofosfamida y docetaxel	12	12	0
TCH Docetaxel, carboplatino y trastuzumab	7	6	1
- Pertuzumab, trastuzumab y docetaxel	3	2	1
- Ixabepilona y capecitabina	1	1	0

* Incluye corticoides, analgésicos, antieméticos.

Radioterapia en cáncer de mama

De los CNR de cáncer de mama, 775 pacientes recibieron radioterapia como parte del manejo de la enfermedad, de los cuales el 47,5 % recibió también quimioterapia en algún momento del periodo de reporte (ver tabla 3.9).

Tabla 3.9. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte según régimen de afiliación

Ambos tratamientos	Contributivo	Especial	No Asegurado	Excepción	Subsidiado
Recibió	245	3	0	15	105
No Recibió	272	5	0	41	252

Oportunidad en cáncer de mama

La oportunidad, entendida como la posibilidad que tienen los individuos de acceder al sistema de salud (10), se encuentra expresada en este documento como número de días a partir de un evento temporal pasado hasta un evento temporal posterior.

En cáncer de mama el 22 % de la población prevalente cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 38 días de mediana y 91,6 días de media (ver tabla 3.10 y figura 3.12). Esta diferencia entre la mediana y la media se debe a la presencia de datos extremos y a su dispersión, por lo cual la mediana representa la mejor medida en este caso.

Tabla 3.10. Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	9640	38	15-95	91,6	89,0 - 94,2	1-730

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

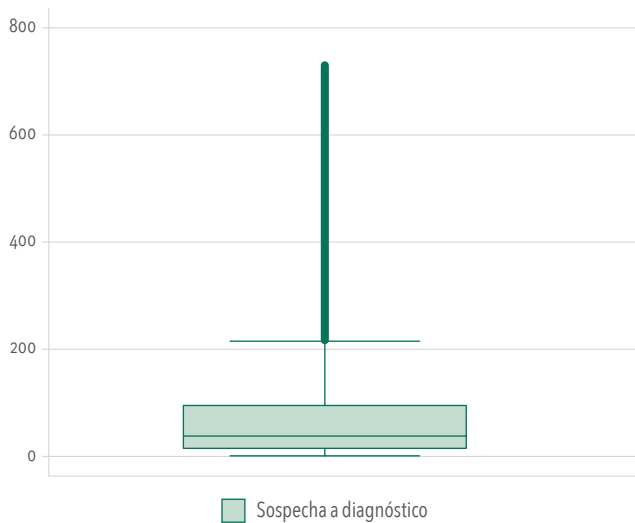


Figura 3.12. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes

De los CNR se puede establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico del 59 %, y el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento del 57,3 %. Se encontró que desde la sospecha clínica hasta el diagnóstico oncológico transcurren 31 días de mediana y 60 días de media, y entre diagnóstico y primer tratamiento, 42 días de mediana y 57 de media. Al comparar los datos de CNR con los de prevalentes se observa una reducción del intervalo de tiempo, adjudicada tanto a las mejoras en el registro, como al establecimiento en los últimos años de guías de práctica clínica y protocolos de diagnóstico temprano y manejo de la enfermedad (ver tabla 3.11 y figura 3.13).

Tabla 3.11. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	2323	31	13-59	60,1	56,0-64,3	1-730
Diagnóstico a primer tratamiento	2264	42	21-75	57,2	55,0-59,4	1-347

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

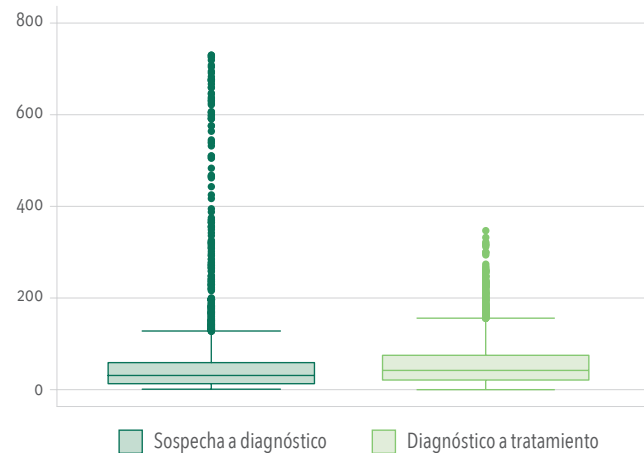


Figura 3.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR

Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico

En los resultados del intervalo de tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico de los CNR, en el régimen contributivo predominó el rango de 30 a 59 días, seguido en frecuencia por el rango temporal de 15 a 29 días. En el régimen subsidiado se sitúa en el primer lugar de frecuencia el rango temporal de 15 a 29 días (ver figura 3.14).

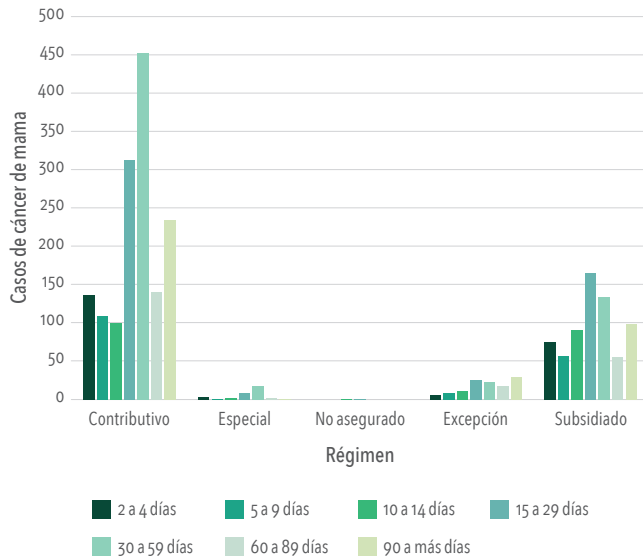


Figura 3.14. Oportunidad entre sospecha y diagnóstico

Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento

Al indagar sobre el rango temporal transcurrido desde el informe histológico válido hasta la valoración por oncología, observando los registros de la población de CNR en los regímenes contributivo y subsidiado, el rango temporal más frecuente fue entre 30 y 59 días (ver figura 3.15).

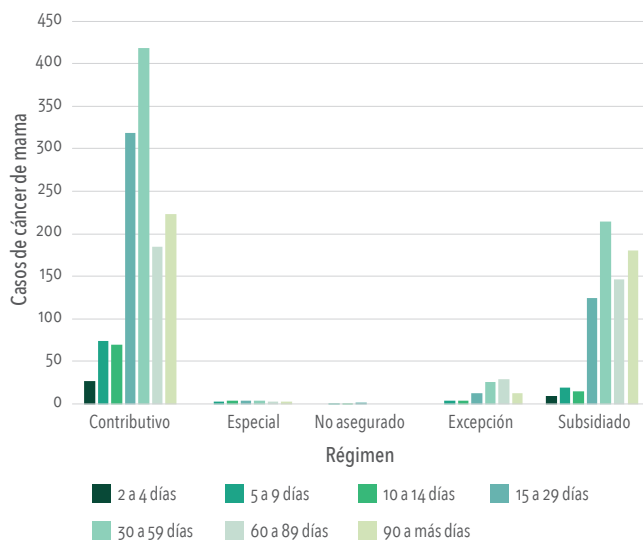


Figura 3.15. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento

Tablas complementarias

Tabla 3.12. Edad promedio de la población con cáncer de mama

Frecuencia (n)	Media	Desviación estándar	IC (95 %)
43 846	60,1	12,55	[59,98-60,21]

Tabla 3.13. Prevalencia de cáncer de mama invasivo por departamento*

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Amazonas	45,2	23,8
Antioquia	256,2	275,1
Arauca	50,0	36,8
Atlántico	159,7	156,9
Bogotá, D. C.	228,4	248,7
Bolívar	164,9	150,0
Boyacá	91,3	101,9
Caldas	189,9	226,7
Caquetá	54,8	41,6
Casanare	77,5	60,9
Cauca	81,0	74,3
Cesar	121,8	96,3
Chocó	65,6	42,4
Córdoba	98,7	83,7
Cundinamarca	90,4	88,6
Guainía	14,1	5,0
Guaviare	22,5	15,1
Huila	173,7	154,0
La Guajira	51,3	34,9
Magdalena	121,4	101,4
Meta	112,0	96,3
Nariño	89,4	81,8
Norte de Santander	156,4	146,2
Putumayo	40,1	27,0
Quindío	233,4	276,3
Risaralda	281,1	327,7
San Andrés	101,2	114,6
Santander	153,4	167,3
Sucre	120,2	107,9
Tolima	119,6	129,7
Valle del Cauca	193,6	215,7
Vaupés	11,8	9,2
Vichada	21,2	14,1
Total	173,7	173,7

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 3.14. Prevalencia de cáncer de mama invasivo por asegurador*

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
CCFO07	135,1	120,7
CCFO09	133,8	158,1
CCFO15	41,1	33,6
CCFO23	57,3	41,1
CCFO24	151,1	132,3
CCFO27	72,4	65,0
CCFO33	47,5	45,0
CCFO49	105,1	106,3
CCFO53	117,7	130,1
CCFO55	50,4	39,0
CCF102	13,6	7,4
EASO16	399,3	804,2
EASO27	288,6	869,6
EPSO01	366,4	496,3
EPSO02	227,7	178,9
EPSO03	176,2	160,9
EPSO05	353,6	419,2
EPSO08	296,6	297,2
EPSO10	344,0	308,3
EPSO12	333,6	347,2
EPSO16	328,8	327,5
EPSO17	183,8	155,2
EPSO18	359,8	314,1
EPSO20	10,3	10,2
EPSO22	24,9	28,6
EPSO23	183,4	165,8
EPSO25	65,1	53,9
EPSO33	291,3	264,8
EPSO37	215,3	407,5
EPSIO1	40,4	20,1
EPSIO2	55,3	41,9
EPSIO3	23,2	16,9
EPSIO4	50,2	32,4
EPSIO5	44,1	34,9
EPSIO6	62,8	48,1
EPSSO3	115,6	122,0
EPSS33	73,5	65,3
EPSS34	151,4	172,7
EPSS40	161,1	174,5
EPSS41	47,0	38,9
ESSO02	36,9	30,7
ESSO24	45,4	39,8
ESSO62	109,8	97,4
ESSO76	52,3	41,8
ESSO91	132,0	142,6
ESS118	40,4	39,1
ESS133	83,3	75,4
ESS207	146,1	124,7
Total	176,7	176,7

* Por 100 000 afiliadas.

Tabla 3.15. PCNR de cáncer de mama invasivo por departamento*

Departamento	PCNR ajustada	PCNR cruda
Amazonas	6,4	2,6
Antioquia	27,1	29,0
Arauca	8,6	6,1
Atlántico	16,0	15,9
Bogotá, D. C.	19,2	21,0
Bolívar	15,5	14,2
Boyacá	7,8	8,5
Caldas	17,9	20,8
Caquetá	6,6	5,0
Casanare	11,0	8,5
Cauca	6,3	5,7
Cesar	11,3	9,3
Chocó	4,7	3,2
Córdoba	9,6	8,2
Cundinamarca	6,8	6,6
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	14,5	12,9
La Guajira	5,4	3,7
Magdalena	8,6	7,2
Meta	9,0	7,9
Nariño	6,6	6,1
Norte de Santander	8,6	8,0
Putumayo	3,1	2,3
Quindío	16,0	18,1
Risaralda	30,4	34,4
San Andrés	14,6	15,6
Santander	11,3	12,3
Sucre	8,3	7,4
Tolima	13,2	14,2
Valle del Cauca	16,3	18,0
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	15,6	15,6

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 3.16. PCNR de cáncer de mama invasivo por asegurador*

Asegurador	PCNR ajustada	PCNR cruda
CCFO07	20,5	18,4
CCFO09	21,5	23,6
CCFO15	1,6	1,3
CCFO23	2,1	1,3
CCFO24	18,3	16,0
CCFO27	12,6	11,5
CCFO33	4,7	3,9
CCFO49	19,1	19,5
CCFO53	43,4	49,0
CCFO55	3,1	2,4
CCF102	0,0	0,0
EASO16	80,0	137,3
EASO27	22,1	66,6
EPSO01	26,3	33,3
EPSO02	23,9	20,6
EPSO03	1,4	1,3
EPSO05	47,0	55,1
EPSO08	35,8	37,4
EPSO10	36,2	35,1
EPSO12	1,7	1,5
EPSO16	21,7	22,2
EPSO17	3,2	2,6
EPSO18	60,7	57,2
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	6,0	6,4
EPSO23	0,0	0,0
EPSO25	17,2	13,7
EPSO33	72,0	68,0
EPSO37	5,1	9,9
EPSIO1	9,7	4,8
EPSIO2	13,8	10,0
EPSIO3	2,8	2,2
EPSIO4	9,3	5,9
EPSIO5	5,8	4,6
EPSIO6	10,4	7,6
EPSSO3	7,7	8,1
EPSS33	17,4	15,4
EPSS34	19,7	22,3
EPSS40	36,9	39,8
EPSS41	0,9	0,9
ESSO02	11,4	9,6
ESSO24	2,0	1,7
ESSO62	18,1	16,0
ESSO76	5,8	4,8
ESSO91	9,3	9,8
ESS118	3,9	3,8
ESS133	8,6	7,7
ESS207	25,8	22,1
Total	15,8	15,8

* Por 100 000 afiliadas.

Tabla 3.17. Mortalidad por cáncer de mama invasivo por departamento*

Departamento	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Amazonas	7,7	5,3
Antioquia	10,0	10,6
Arauca	3,3	2,3
Atlántico	8,4	8,3
Bogotá, D. C.	9,5	10,2
Bolívar	7,0	6,4
Boyacá	7,5	8,5
Caldas	8,5	10,1
Caquetá	2,8	2,1
Casanare	2,8	2,3
Cauca	4,7	4,4
Cesar	7,9	6,2
Chocó	3,8	2,4
Córdoba	5,2	6,3
Cundinamarca	4,0	2,8
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	10,6	9,4
La Guajira	3,5	2,5
Magdalena	7,1	5,9
Meta	6,6	5,4
Nariño	5,5	5,2
Norte de Santander	6,7	6,3
Putumayo	3,4	2,3
Quindío	8,1	9,7
Risaralda	14,4	16,6
San Andrés	5,4	5,2
Santander	8,4	9,3
Sucre	6,8	6,2
Tolima	7,7	8,2
Valle del Cauca	11,0	12,3
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	8,3	8,3

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 3.18. Mortalidad por cáncer de mama invasivo por asegurador*

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
CCFO07	6,7	5,9
CCFO09	13,9	16,4
CCFO15	1,4	1,3
CCFO23	3,0	2,7
CCFO24	9,7	8,7
CCFO27	4,5	4,2
CCFO33	4,1	3,9
CCFO49	5,4	5,3
CCFO53	5,3	6,8
CCFO55	1,9	1,5
CCF102	0,0	0,0
EASO16	0,0	0,0
EASO27	18,5	62,7
EPSO01	22,7	30,6
EPSO02	10,4	7,7
EPSO03	10,1	9,0
EPSO05	10,5	12,6
EPSO08	11,4	10,0
EPSO10	10,8	8,1
EPSO12	13,1	14,1
EPSO16	14,0	13,6
EPSO17	6,8	5,4
EPSO18	16,5	12,9
EPSO20	1,8	2,0
EPSO22	0,8	1,0
EPSO23	7,0	5,3
EPSO25	1,1	1,1
EPSO33	14,6	14,6
EPSO37	10,4	21,0
EPSIO1	3,8	1,9
EPSIO2	7,0	5,5
EPSIO3	2,4	1,8
EPSIO4	0,0	0,0
EPSIO5	0,0	0,0
EPSIO6	10,3	7,6
EPSSO3	8,9	9,3
EPSS33	6,8	6,2
EPSS34	9,8	11,2
EPSS40	10,0	10,9

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
EPSS41	2,3	2,5
ESSO02	2,5	2,0
ESSO24	1,3	1,1
ESSO62	9,5	8,5
ESSO76	4,7	3,8
ESSO91	10,9	11,6
ESS118	4,4	4,3
ESS133	6,0	5,6
ESS207	8,1	6,9
Total	8,6	8,6

* Por 100000 afiliadas.

Tabla 3.19. Estadificación TNM en cáncer de mama según régimen de afiliación

Estadio TNM	Contributivo (n=2167) (%)	Especial (n=47) (%)	No asegurado (n=7) (%)	Excepción (n=149) (%)	Subsidiado (n=1352) (%)
Estadio I	16	6	0	13	7
Estadio II	26	19	29	31	27
Estadio III	18	15	43	31	30
Estadio IV	4	0	14	5	6
No clasificado	37	60	14	20	30

Tabla 3.20. Porcentaje de casos según TNM y resultado de HER2

Estadio TNM	Negativo (0 o 1+) (%)	Indeterminado (2+) (%)	Positivo (3+) (%)	Sin dato (%)	Total (%)
Estadio I	15	14	13	6	12
Estadio II	30	33	22	18	25
Estadio III	21	23	31	19	22
Estadio IV	4	3	6	5	4
Sin información	26	24	23	44	32
Total	100	100	100	100	100

Indicadores de gestión del riesgo

Los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de mama en Colombia (11) son:

- INDICADOR 1:** Proporción de mujeres con cáncer de mama con estadificación TNM en prevalentes.
- INDICADOR 1.1:** Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en CNR.
- 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* con cirugía conservadora de la mama.
- INDICADOR 8.1:** Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo con 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 prevalentes.
- 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 prevalentes.
- 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.
- INDICADOR 19:** Mortalidad general en cáncer de mama.
- INDICADOR 20:** Supervivencia general a los 5 años.
- INDICADOR 21:** Proporción de mujeres con cáncer de mama que cumplen criterios de seguimiento.

EAPB	Indicador 1 (%)	Indicador 1.1 (%)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (%)	Indicador 6 (%)	Indicador 7 (%)	Indicador 8 (%)	Indicador 8.1 (%)	Indicador 9 (%)	Indicador 10 (%)
	>=78,7 71,5-78,6 <71,5	>=78,7 71,5-78,6 <71,5	>=12 6-11 <6	>=50 42-49 <42	>=58 50-57 <50	>=57,8 38,6-57,7 <38,6	>=90 70-89 <70	>=90 70-89 <70	>=65,4 18,9-65,3 <18,9	>=65,4 18,9-65,3 <18,9	>=90 70-89 <70	>=90 80-89 <80
CCFO07	60,9	76,2	0,0	50,0	50,0	90,0	76,2	81,0	***	33,3	***	7,7
CCFO09	98,3	100	0,0	16,7	83,3	***	75,0	100	***	***	***	0,0
CCFO15	79,7	50,0	0,0	50,0	50,0	100	75,0	50,0	***	50,0	***	***
CCFO23	52,0	100	0,0	100	0,0	***	0,0	100	***	***	***	***
CCFO24	80,6	82,1	6,3	23,3	76,7	100	76,9	86,5	***	33,3	100	20,0
CCFO27	65,1	44,4	25,0	0,0	100	75,0	77,8	100	0,0	100	***	0,0
CCFO33	93,3	100	0,0	50,0	50,0	***	100	100	***	***	***	0,0
CCFO49	67,9	81,8	0,0	44,4	55,6	100	27,3	90,9	***	100	***	0,0
CCFO53	25,0	21,1	0,0	75,0	25,0	***	52,6	36,8	***	***	***	14,3
CCFO55	12,7	40,0	50,0	100	0,0	100	0,0	100	0,0	0,0	***	***
CCF102	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
EASO16	69,4	71,4	0,0	80,0	20,0	100	85,7	100	***	66,7	100	0,0
EASO27	59,9	75,0	0,0	25,0	75,0	71,4	62,5	81,3	***	66,7	***	***
EPS001	80,9	94,1	28,1	30,4	69,6	86,4	82,4	84,0	40,0	40,0	100	40,0
EPS002	76,3	90,8	4,5	38,5	61,5	88,0	91,3	92,0	75,0	69,7	100	11,0
EPS003	26,6	65,5	0,0	63,2	36,8	92,9	69,0	82,8	***	72,7	100	14,3
EPS005	32,1	24,6	22,8	51,3	48,7	70,3	53,8	92,8	83,3	60,6	100	23,6
EPS008	79,5	68,3	9,2	50,4	49,6	79,0	77,4	30,3	100	61,9	66,7	0,0
EPS010	79,5	75,3	17,0	54,3	45,7	94,8	88,4	83,3	80,0	68,8	100	25,3
EPS012	66,5	0,0	***	***	***	***	50,0	0,0	***	***	***	***
EPS016	59,9	50,5	10,9	44,7	55,3	67,2	43,2	90,3	66,7	37,8	100	4,0
EPS017	79,4	61,1	0,0	27,3	72,7	100	83,3	50,0	***	0,0	***	0,0
EPS018	42,7	32,8	7,1	35,4	64,6	82,4	64,1	79,4	0,0	77,8	100	12,2
EPS020	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
EPS022	100	100	0,0	31,3	68,8	100	75,0	93,8	***	40,0	100	0,0
EPS023	13,7	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
EPS025	94,9	91,7	9,1	20,0	80,0	75,0	33,3	90,9	***	***	***	0,0
EPS033	74,6	60,9	0,0	14,3	85,7	100	21,7	95,7	***	20,0	***	20,0
EPS037	63,9	55,4	7,3	19,7	80,3	47,8	27,0	33,1	0,0	15,4	***	***
EPSI01	91,7	75,0	0,0	33,3	66,7	***	25,0	75,0	***	***	***	***
EPSI02	78,4	63,6	14,3	33,3	66,7	100	45,5	80,0	***	100	100	25,0
EPSI03	52,4	20,0	0,0	0,0	100	66,7	60,0	100	***	100	***	***
EPSI04	61,1	50,0	0,0	50,0	50,0	100	100	100	***	0,0	***	***
EPSI05	82,6	83,3	0,0	20,0	80,0	***	0,0	66,7	***	***	***	***
EPSI06	94,4	100	33,3	0,0	100	***	66,7	100	***	***	***	0,0
EPSS03	53,8	66,7	7,1	57,7	42,3	90,0	23,8	72,5	0,0	33,3	100	0,0
EPSS33	69,8	54,6	18,9	37,2	62,8	100	28,9	89,7	25,0	50,0	50,0	4,8
EPSS34	95,7	91,2	8,7	46,8	53,2	100	72,6	78,8	***	100	100	1,7
EPSS40	60,7	46,9	1,9	17,4	82,6	59,7	41,5	87,1	0,0	30,4	83,3	7,7
EPSS41	63,0	75,0	0,0	0,0	100	0,0	50,0	50,0	***	0,0	***	***
ESS002	73,8	85,0	5,9	6,3	93,8	80,0	55,0	94,7	0,0	25,0	***	0,0
ESS024	62,9	76,9	0,0	20,0	80,0	100	61,5	61,5	***	0,0	***	***
ESS062	63,9	61,6	8,2	35,9	64,1	76,6	67,4	81,7	100	57,6	83,3	12,5
ESS076	59,3	96,0	12,5	90,5	9,5	60,0	0,0	100	***	25,0	***	***
ESS091	89,1	85,7	0,0	33,3	66,7	100	85,7	100	***	33,3	100	0,0
ESS118	51,9	45,9	0,0	11,8	88,2	85,7	37,8	56,8	***	16,7	100	28,6
ESS133	65,3	78,3	3,7	34,6	65,4	42,9	50,7	64,2	***	0,0	***	0,0
ESS207	75,2	76,2	3,0	25,0	75,0	91,5	66,9	69,3	100	32,6	100	12,3
Total	62,7	59,0	9,4	38,9	61,1	81,8	60,4	78,5	66,7	54,7	97,7	15,6

SITUACIÓN DEL CÁNCER EN COLOMBIA

Cáncer de mama Cie-10: C50-D50; Cie-O-3: C50



Indicador 11 (%)	Indicador 12.1	Indicador 12.1	Indicador 12.2	Indicador 12.2	Indicador 13 (días)	Indicador 14 (días)	Indicador 15 (días)	Indicador 16 (días)	Indicador 17 (días)	Indicador 18	Indicador 19 (x 100000)
● >=70					● <=60	● <=30	● <=15	● <=15	● <=42		● <5,5
● 34,1-69	Por definir	Por definir	Por definir	Por definir	● 61-75	● 31-45	● 16-30	● 16-30	● 43-56	Por definir	● 5,5-8,2
● <34,1					● >75	● >45	● >30	● >30	● >56		● >8,2
● 33,3	6,25	12,5	11,4	37,5	● 152,5	● 112,2	● 72,1	● 70,4	● 100	4,5	● 6,2
● 0,0	0	0	13,6	0	● 123,8	● 92,8	● 35,9	● 55,0	***	15	● 22,0
***	0	0	6,9	100	● 118,3	● 102	● 12,3	● 89,7	● 134	3,4	● 1,0
● 0,0	0	0	0	***	● 83,0	● 46,0	● 12,0	● 34,0	***	8	● 4,2
● 50,0	1,7	0	7,8	4,3	● 92,4	● 72,0	● 22,9	● 62,5	● 66,5	6,8	● 7,6
● 50,0	0	***	4,3	0	● 37,5	● 38,8	● 18,3	● 20,8	***	7	● 4,4
***	0	0	0	0	***	***	● 24,5	***	***	13,3	● 5,7
● 50,0	0	0	0	0	● 75,7	● 27,5	● 26,0	● 45,5	***	5,4	● 7,2
***	0	0	25	0	***	● 19,0	***	● 19,0	***	14,3	● 8,9
● 100	0	0	***	***	● 119	● 64,0	● 35,8	● 35,6	***	3,6	● 0,9
***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	● 0,0
● 100	15,4	25	14,3	0	● 59,2	● 54,2	● 11,6	● 44,5	● 55,0	0	● 0,0
● 0,0	0	0	0	0	● 95,2	● 61,3	● 20,2	● 33,9	● 62,0	5,9	● 45,4
● 100	3,6	0	3,6	12,5	● 116,6	● 38,9	● 20,4	● 24,6	● 41,3	6,2	● 30,4
● 50,0	0	0	2,9	6,7	● 161,1	● 67,9	● 29,9	● 44,3	● 66,0	1,8	● 1,6
● 20,0	1,3	0	2,1	0	● 223,9	● 97,8	● 54,3	● 70,7	● 56,3	5	● 2,4
● 45,9	1,1	2,5	1,7	7,9	● 342,6	● 42,1	● 9,0	● 131	● 56,6	2,7	● 10,5
● 0,0	2,3	0	3,3	1,6	● 103,1	● 63,4	● 45,3	● 39,8	● 59,3	3	● 8,9
● 28,0	6,7	0,7	10,5	9,3	● 70,5	● 41,2	● 21,3	● 27,2	● 56,3	1,5	● 4,6
***	0,9	***	1,7	***	***	● 29,0	***	● 29,0	***	3,1	● 10,3
● 42,9	3,2	5,5	6,1	13,2	● 92,8	● 51,2	● 13,9	● 37,7	● 56,3	4	● 10,2
● 20,0	6,4	0	9,8	12,5	● 85,3	● 78,8	● 21,8	● 53,8	***	2,7	● 4,6
● 33,3	1,2	0	1,2	0	● 181,4	● 68,7	● 41,1	● 93,7	● 54,5	4,1	● 14,1
***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	● 0,0
● 50,0	0	0	11,5	9,1	● 178	● 60,0	● 0,0	● 65,6	● 31,0	5,3	● 0,9
***	0	***	0	***	***	***	***	***	***	1,4	● 0,5
● 0,0	0	0	7,7	12,5	● 119,3	● 43,1	● 10,9	● 48,7	● 73,0	0	● 0,0
● 50,0	0	0	5,3	8,3	● 65,0	● 49,6	● 7,0	● 42,4	● 38,5	7	● 14,5
● 8,3	5,2	0	9	14,8	● 180,6	● 46,4	● 8,3	● 46,9	● 37,9	6	● 16,5
● 50,0	0	0	0	0	● 92,5	● 28,0	● 2,3	● 25,5	***	8,3	● 1,7
● 50,0	0	0	11,8	50	● 129	● 48,1	● 20,8	● 42,9	● 69,0	13,5	● 7,0
● 0,0	0	***	0	0	● 159,7	● 79,0	● 18,8	● 86,0	● 49,0	4,8	● 0,7
● 50,0	0	0	14,3	100	● 116	● 63,8	● 9,5	● 59,0	● 33,0	0	● 0,0
***	0	0	0	0	● 14,0	● 17,3	***	● 20,8	***	0	● 0,0
***	0	***	9,1	0	● 125,5	● 113	● 56,0	● 64,5	***	16,7	● 12,2
● 0,0	5,6	6,7	9,7	9,1	● 110,5	● 95,9	● 7,5	● 97,4	● 88,0	7,5	● 1,9
● 17,6	4,1	0	3,2	0	● 58,1	● 40,2	● 6,3	● 34,7	● 5,2	9,7	● 6,1
● 38,5	0	0	14,1	12	● 67,6	● 57,2	● 0,8	● 64,4	● 66,8	6,7	● 5,9
● 28,8	8,8	3,7	11,8	14,8	● 72,1	● 51,9	● 17,6	● 42,6	● 58,0	6,2	● 6,6
***	0	***	9,1	0	● 111	***	● 11,0	● 24,0	● 72,5	25,9	● 2,3
● 0,0	11,1	0	22,2	26,7	● 119,9	● 54,3	● 10,4	● 72,0	● 108	7,7	● 2,9
● 50,0	0	0	8,4	12,5	● 87,0	● 53,4	● 44,6	● 25,3	● 61,0	2,4	● 1,0
● 22,9	7	0	5,3	12	● 192,9	● 73,6	● 27,3	● 62,9	● 77,8	7,6	● 6,9
● 0,0	6,3	0	14,7	0	● 93,8	● 80,0	● 46,8	● 47,8	***	9,6	● 3,9
● 16,7	3,6	25	5,4	0	● 102,5	● 84,9	● 57,4	● 56,5	● 43,0	8,6	● 12,8
● 25,0	2,9	0	2	0	● 100	● 51,6	● 39,2	● 32,5	● 61,5	11,8	● 4,2
● 25,0	0	0	0,5	2,9	● 71,8	● 55,7	● 30,6	● 42,3	● 73,0	7	● 5,1
● 54,5	0,8	4,2	1,7	0	● 137,6	● 85,8	● 31,2	● 64,0	● 51,7	5,7	● 7,2
● 30,9	3,8	1,6	6,7	8,6	● 123,1	● 56,2	● 22,5	● 54,1	● 58,0	4,4	● 6,2

Régimen	Indicador 1 (%)	Indicador 1.1 (%)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (%)	Indicador 6 (%)	Indicador 7 (%)	Indicador 8 (%)	Indicador 8.1 (%)	Indicador 9 (%)	Indicador 10 (%)
	● >=78,7 ● 71,5-78,6 ● <71,5	● >=78,7 ● 71,5-78,6 ● <71,5	● >=12 ● 6-11 ● <6	● >=50 ● 42-49 ● <42	● >=58 ● 50-57 ● <50	● >=57,8 ● 38,6-57,7 ● <38,6	● >=90 ● 70-89 ● <70	● >=90 ● 70-89 ● <70	● >=65,4 ● 18,9-65,3 ● <18,9	● >=65,4 ● 18,9-65,3 ● <18,9	● >=90 ● 70-89 ● <70	● >=90 ● 80-89 ● <80
Contributivo	● 61,0	● 55,5	● 11,8	● 44,1	● 55,9	● 83,0	● 65,5	● 77,1	● 73,1	● 62,9	● 99,3	● 16,7
Especial	● 61,5	● 47,2	● 52,9	● 50,0	● 50,0	● 75,0	● 63,9	● 92,6	● 0,0	● 100	● 100	***
No asegurado	● 85,7	● 50,0	● 0,0	● 0,0	● 100	***	● 0,0	● 50,0	***	● 0,0	***	● 0,0
Excepción	● 55,6	● 73,6	● 1,1	● 42,6	● 57,4	● 75,9	● 73,6	● 87,5	***	● 51,9	● 100	● 12,7
Subsidiado	● 69,2	● 65,0	● 5,9	● 32,1	● 67,9	● 78,5	● 51,8	● 80,7	● 35,7	● 37,7	● 89,7	● 6,4
Total	● 62,5	● 59,5	● 9,3	● 39,1	● 60,9	● 81,4	● 60,9	● 79,0	● 65,9	● 54,6	● 97,8	● 13,5

Renglón	Indicador 1 (%)	Indicador 1.1 (%)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (%)	Indicador 6 (%)	Indicador 7 (%)	Indicador 8 (%)	Indicador 8.1 (%)	Indicador 9 (%)
	● >=78,7 ● 71,5-78,6 ● <71,5	● >=78,7 ● 71,5-78,6 ● <71,5	● >=12 ● 6-11 ● <6	● >=50 ● 42-49 ● <42	● >=58 ● 50-57 ● <50	● >=57,8 ● 38,6-57,7 ● <38,6	● >=90 ● 70-89 ● <70	● >=90 ● 70-89 ● <70	● >=65,4 ● 18,9-65,3 ● <18,9	● >=65,4 ● 18,9-65,3 ● <18,9	● >=90 ● 70-89 ● <70
CCF contributivo	● 67,0	● 40,5	● 5,4	● 37,7	● 62,3	● 87,1	● 68,7	● 39,9	● 50,0	● 46,6	● 83,3
CCF subsidiado	● 63,6	● 69,6	● 8,1	● 50,9	● 49,1	● 94,2	● 56,1	● 84,5	● 0,0	● 52,8	● 100
Comerciales contributivo	● 56,5	● 71,2	● 18,1	● 43,6	● 56,4	● 84,9	● 78,9	● 88,0	● 69,6	● 59,8	● 100
Comerciales subsidiado	● 56,2	● 61,9	● 6,5	● 43,1	● 56,9	● 95,7	● 35,8	● 85,1	● 12,5	● 44,0	● 83,3
Cooperativas contributivo	● 59,9	● 50,5	● 10,9	● 44,7	● 55,3	● 67,2	● 43,2	● 90,3	● 66,7	● 37,8	● 100
Cooperativas subsidiado	● 67,7	● 75,7	● 4,2	● 32,2	● 67,8	● 79,6	● 53,1	● 78,5	● 66,7	● 23,8	● 95,8
Indígenas y adaptadas	● 73,7	● 67,3	● 6,0	● 30,2	● 69,8	● 87,6	● 55,7	● 87,9	***	● 66,7	● 100
Públicas y mixtas	● 79,7	● 76,7	● 4,5	● 22,5	● 77,5	● 63,8	● 49,9	● 72,3	● 0,0	● 37,1	● 94,4
Total	● 62,7	● 59,0	● 9,4	● 38,9	● 61,1	● 81,8	● 60,4	● 78,5	● 66,7	● 54,7	● 97,7

Bibliografía

1. World Health Organization. Cancer Fact Sheets: Breast Cancer [Internet]. International Agency for Research on Cancer, Globocan 2012. 2012. p. 0-5. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
2. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *Bmj*. 2000;09/08. 2000;321(7261):624-8.
3. Greene FL, Sobin LH. The staging of cancer: a retrospective and prospective appraisal. *CA Cancer J Clin*. 2008/05/08. 2008;58(3):180-90.
4. 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>
5. American Cancer Society. Estado de HER2 del cáncer de seno [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/comprencion-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/estado-de-her2-del-cancer-de-seno.html>
6. Breastcancer.org. HER2 Status [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.breastcancer.org/symptoms/diagnosis/her2>

Indicador 11 (%)	Indicador 12.1	Indicador 12.1	Indicador 12.2	Indicador 12.2	Indicador 13 (días)	Indicador 14 (días)	Indicador 15 (días)	Indicador 16 (días)	Indicador 17 (días)	Indicador 18	Indicador 19 (x 100000)
● >=70 ● 34,1-69 ● <34,1	Por definir	Por definir	Por definir	Por definir	● <=60 ● 61-75 ● >75	● <=30 ● 31-45 ● >45	● <=15 ● 16-30 ● >30	● <=15 ● 16-30 ● >30	● <=42 ● 43-56 ● >56	Por definir	● <5,5 ● 5,5-8,2 ● >8,2
● 34,3 ● 0,0 ***	4,1 0 0	1,4 0 ***	6,6 4,2 0	7,9 0 0	● 132,7 ● 291,1 ● 44,0	● 52,6 ● 41,8 ● 27,0	● 23,7 ● 11,0 ● 10,0	● 55,6 ● 86,2 ● 44,0	● 56,7 ● 38,8 ***	3,7 3,6 28,6	● 7,8 SD SD
● 51,9 ● 26,2 ● 31,9	2,3 2,7 3,7	2,5 2,1 1,7	4,1 7 6,6	0 9,4 8,2	● 102,8 ● 103,3 ● 123,3	● 51,0 ● 62,5 ● 55,9	● 28,1 ● 20,7 ● 22,6	● 36,7 ● 51,6 ● 53,6	● 57,0 ● 61,3 ● 57,7	2,5 7,1 4,4	SD 4,5 6,2

Indicador 10 (%)	Indicador 11 (%)	Indicador 12.1	Indicador 12.1	Indicador 12.2	Indicador 12.2	Indicador 13 (días)	Indicador 14 (días)	Indicador 15 (días)	Indicador 16 (días)	Indicador 17 (días)	Indicador 18	Indicador 19 (x 100000)
● >=90 ● 80-89 ● <80	● >=70 ● 34,1-69 ● <34,1	Por definir	Por definir	Por definir	Por definir	● <=60 ● 61-75 ● >75	● <=30 ● 31-45 ● >45	● <=15 ● 16-30 ● >30	● <=15 ● 16-30 ● >30	● <=42 ● 43-56 ● >56	Por definir	● <5,5 ● 5,5-8,2 ● >8,2
● 4,1 ● 6,0 ● 25,0 ● 9,8 ● 4,0 ● 8,9 ● 8,3 ● 2,3 ● 15,6	● 17,8 ● 40,5 ● 56,0 ● 21,9 ● 42,9 ● 24,3 ● 41,7 ● 25,1 ● 30,9	2,7 0,8 2,3 2,7 3,2 3,9 1,9 2,3 3,8	0 1,4 0,8 1,7 5,5 3,6 4,2 0,7 1,6	4 7,7 3,7 5,1 6,1 7,5 6,2 10,5 6,7	4,7 17,7 9,1 4,4 13,2 6,8 18,8 10,5 8,6	● 123,2 ● 100,3 ● 172,7 ● 114,4 ● 92,8 ● 113,2 ● 98,9 ● 121,4 ● 123,1	● 60,0 ● 63,8 ● 47,5 ● 70,8 ● 51,2 ● 67,4 ● 58,1 ● 51,7 ● 56,2	● 36,1 ● 28,9 ● 20,2 ● 18,8 ● 13,9 ● 35,9 ● 19,9 ● 8,1 ● 22,5	● 54,1 ● 48,1 ● 56,8 ● 61,3 ● 37,7 ● 50,4 ● 47,1 ● 48,7 ● 54,1	● 56,9 ● 100,2 ● 55,0 ● 47,0 ● 56,3 ● 68,0 ● 53,6 ● 56,5 ● 58,0	3,2 8,1 2,7 7,3 4 7,6 6,1 8,3 4,4	● 9,5 ● 6,2 ● 9,5 ● 6,2 ● 10,2 ● 5,5 ● 8,4 ● 4,6 ● 6,2

7. Breastcancer.org. Hormone Receptor Status [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.breastcancer.org/symptoms/diagnosis/hormone_status
8. 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](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60993-8)
9. Howard JH, Bland KI. Current management and treatment strategies for breast cancer. Curr Opin Obs Gynecol. 2011/11/30. 2012;24(1):44-8.
10. 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>
11. 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 [Internet]. 2016. 1-115 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/boletines/CAC_CO_2016_10_13_LIBRO-CONSENSO_camamacerv_PDF_V_o_A5-WEB.pdf

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3.1. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación	56
Tabla 3.2. Resultado de HER2 por inmunohistoquímica en CNR	58
Tabla 3.3. Realización de prueba FISH en CNR según resultado de HER2	59
Tabla 3.4. Administración de trastuzumab en CNR según resultado de HER2	59
Tabla 3.5. Resultado de prueba hormonal en CNR	59
Tabla 3.6. Frecuencia de registro de medicamentos POS	60
Tabla 3.7. Frecuencia de registro de medicamentos no POS	61
Tabla 3.8. Frecuencia de registro de esquemas de medicamentos	61
Tabla 3.9. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte según régimen de afiliación	61
Tabla 3.10. Oportunidad en prevalentes	62
Tabla 3.11. Oportunidad en CNR	62
Tabla 3.12. Edad promedio de la población con cáncer de mama	63
Tabla 3.13. Prevalencia de cáncer de mama invasivo por departamento	63
Tabla 3.14. Prevalencia de cáncer de mama invasivo por asegurador	64
Tabla 3.15. PCNR de cáncer de mama invasivo por departamento	64
Tabla 3.16. PCNR de cáncer de mama invasivo por asegurador	65
Tabla 3.17. Mortalidad por cáncer de mama invasivo por departamento	65
Tabla 3.18. Mortalidad por cáncer de mama invasivo por asegurador	66
Tabla 3.19. Estadificación TNM en cáncer de mama según régimen de afiliación	66
Tabla 3.20. Porcentaje de casos según TNM y resultado de HER2	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1. Histograma de edad en cáncer de mama	55
Figura 3.2. Quintil-normal de edad en cáncer de mama	56
Figura 3.3. Prevalencia de cáncer de mama invasivo por departamento	56
Figura 3.4. Morbimortalidad por cáncer de mama	56
Figura 3.5. PCNR de cáncer de mama invasivo por departamento	57
Figura 3.6. PCNR de cáncer de mama respecto a PCNR de cáncer global	57
Figura 3.7. PCNR de cáncer de mama respecto a PCNR de cáncer global en mujeres	57
Figura 3.8. Mortalidad por cáncer de mama invasivo por departamento	57
Figura 3.9. Estadificación TNM en cáncer de mama según régimen de afiliación	58
Figura 3.10. Proporción de casos según TNM y resultado de HER2	59
Figura 3.11. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo.....	60
Figura 3.12. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes.....	62
Figura 3.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR	62
Figura 3.14. Oportunidad entre sospecha y diagnóstico	63
Figura 3.15. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento.....	63

CÁNCER DE PRÓSTATA

CIE-10: 61; CIE-O-3: C61

CÁNCER DE PRÓSTATA CIE-10: 61; CIE-O-3: C61

El cáncer de próstata es el cuarto cáncer más frecuente en el mundo en la población general y el segundo más frecuente en los hombres, después del cáncer de pulmón (1). A un estimado de 1,1 millones de hombres en todo el mundo se les diagnosticó esta enfermedad en 2012, cantidad que corresponde al 15 % de los hombres diagnosticados con algún tipo de cáncer. Casi el 70 % de los casos (759 000) se presentó en las regiones más desarrolladas (1).

Las tasas de incidencia varían en cada región del mundo, encontrándose las más altas en Australia, Nueva Zelanda, América del Norte, y Europa occidental y septentrional; resultados que se explican por el mejoramiento y la generalización de la práctica del antígeno prostático específico (PSA) y la posterior biopsia en dichas regiones. Las tasas más bajas se encuentran en las poblaciones asiáticas, especialmente en el este y el sur central de Asia (1).

El cáncer de próstata es la quinta causa de muerte por cáncer de los hombres (6,6 % de las muertes masculinas totales) (1). La detección temprana del cáncer de próstata y su incidencia están influenciadas por los esfuerzos de cada región por la búsqueda de la enfermedad y la calidad del registro en cada país (1,2).

Características generales de la población con cáncer de próstata

En Colombia el cáncer de próstata ocupa el segundo lugar en los tipos de cáncer más frecuentes en la población general, después del cáncer de seno, y el primer lugar entre los más frecuentes en el sexo masculino.

La población total de pacientes con cáncer de próstata fue de 21 334 casos (20 717 de tipo invasivo), con un total de casos nuevos de 2379 (2334 invasivos). La prevalencia ajustada por edad en el país fue de 87 hombres por 100 000 habitantes hombres y la PCNR país fue de 9,8 por 100 000 hombres.

La prevalencia ajustada por edad en la BDUA fue de 91 por 100 000 afiliados y la PCNR, de 10,2 hombres por 100 000 hombres afiliados. Los medicamentos más usados en cáncer de próstata fueron los agonistas de la GnRH.

El total de pacientes fallecidos con cáncer de próstata fue de 1405, con una mortalidad de 5,7 muertos por 100 000 habitantes hombres en el país.

Edad de los pacientes con cáncer de próstata

Al tener en cuenta a todos los afectados por cáncer de próstata, se encontró en la medición de la edad promedio una media de 72,4 años y una mediana de 73 años (ver tabla 4.10).

La distribución de la edad sigue un patrón normal, con algunos valores extremos al inicio del histograma (ver figura 4.1). En el diagrama quintil-normal, se puede observar esta tendencia, con algunos casos antes de la cuarta década de vida, que deberían haber ocurrido en edades más tardías. La curva de distribución inicia a los 40 años de edad (ver figura 4.2).

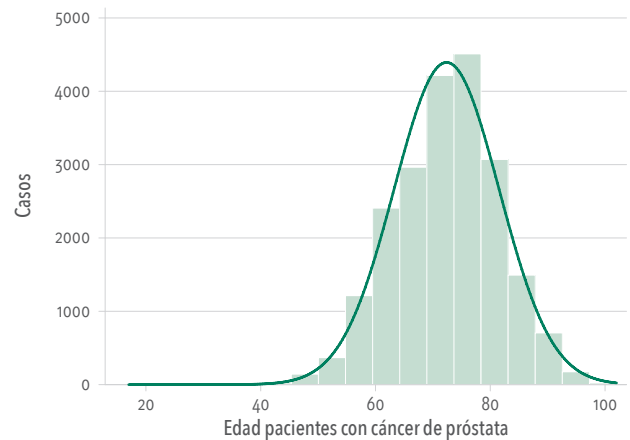


Figura 4.1. Histograma de edad en cáncer de próstata

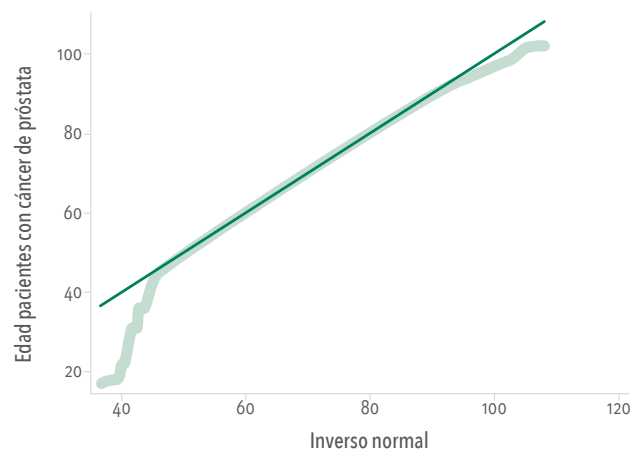


Figura 4.2. Quintil-normal de edad en cáncer de próstata

Grupos etarios en cáncer de próstata

En la distribución por grupos etarios se encontró que más del 90 % de los pacientes afectados son mayores de 60 años. El mayor número de casos se encontró en el grupo de edad de 80 años o más, sin embargo se debe tener en cuenta que este abarca un rango de edades más amplio que los otros grupos –de 80 a 102 años– (ver tabla 4.1).

Tabla 4.1. Grupos etarios en cáncer de próstata

Grupo etario	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
< de 34 años	13	0,06
35 a 39 años	12	0,06
40 a 44 años	12	0,06
45 a 49 años	105	0,49
50 a 54 años	418	1,96
55 a 59 años	1213	5,69
60 a 64 años	2407	11,28
65 a 69 años	3780	17,72
70 a 74 años	4265	19,99
75 a 79 años	4322	20,26
80 o más años	4787	22,44

Distribución de frecuencia en cáncer de próstata

En la distribución del cáncer de próstata por régimen de afiliación se encontró una mayor población en el régimen contributivo (79,3 %), seguido del subsidiado (16,3 %), con menor representación de la morbilidad en el resto de los regímenes (ver tabla 4.2).

Tabla 4.2. Frecuencia de cáncer de próstata según régimen de afiliación

Régimen	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Contributivo	16 910	79,3
Subsidiado	3481	16,3
Excepción	703	3,3
Especial	224	1,0
No asegurado	16	0,1

Morbimortalidad por cáncer de próstata

Prevalencia de cáncer de próstata en el país

La prevalencia del país fue de 87 casos de cáncer de próstata invasivo por 100 000 habitantes hombres en Colombia (ver tabla 4.11)¹.

Los departamentos con mayor prevalencia fueron Bogotá D. C., Antioquia, Valle del Cauca, Risaralda, Atlántico, Caldas, Quindío y Huila con prevalencias de 147,6 a 70,5 por 100 000 habitantes hombres. Los departamentos menos afectados fueron Vaupés, Amazonas, Guainía, Guaviare, Arauca, Caquetá, Putumayo y Vichada con prevalencias de 0 a 24,1 casos por 100 000 habitantes hombres (ver figura 4.3).

La población con cáncer de próstata invasivo en Colombia fue de 20 717 pacientes, lo cual representa el 30 % de los casos de cáncer invasivo en hombres y hace al cáncer de próstata la neoplasia más frecuente en la población masculina.

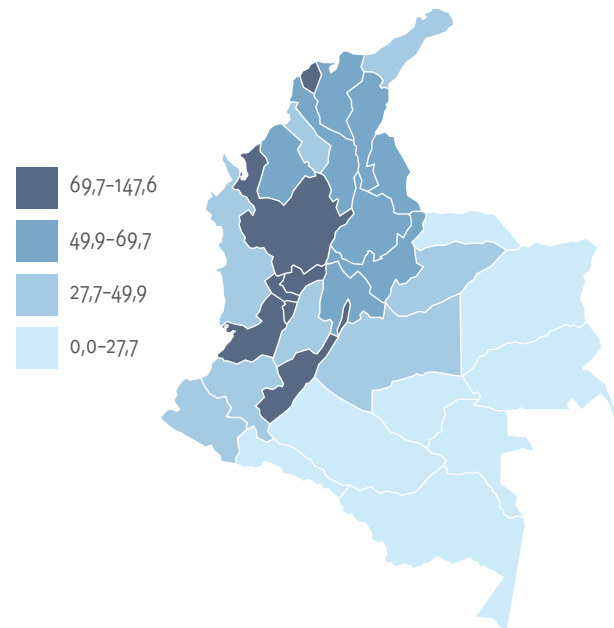


Figura 4.3. Prevalencia de cáncer de próstata invasivo por departamento

Prevalencia de cáncer de próstata en la BDUA

La prevalencia por régimen de afiliación fue de 91 por 100 000 pacientes hombres afiliados a la BDUA (para prevalencias por régimen de afiliación ver tabla 4.3, para prevalencias ajustadas por aseguradora ver tabla 4.12).

¹ Datos país observados en el sgss colombiano.

Tabla 4.3. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación

Pacientes con cáncer de próstata en la BDUA	Pacientes contributivo	Pacientes subsidiado	Prevalencia contributivo	Prevalencia subsidiado	Prevalencia total c y s
19 804	16 454	3350	148,4	31,3	91

Comparación de morbilidad entre 2015 y 2016

La morbilidad comparada entre los dos periodos analizados hasta el momento evidenció que tanto la prevalencia, como la PCNR y la mortalidad aumentaron. De acuerdo a lo esperado, el mayor incremento se observa en la prevalencia, debido a la cronicidad de la enfermedad y al aumento de casos nuevos con menor aumento de mortalidad; pero también a cambios del registro como una búsqueda más extensa de los casos y un mejor reporte (ver figura 4.4).

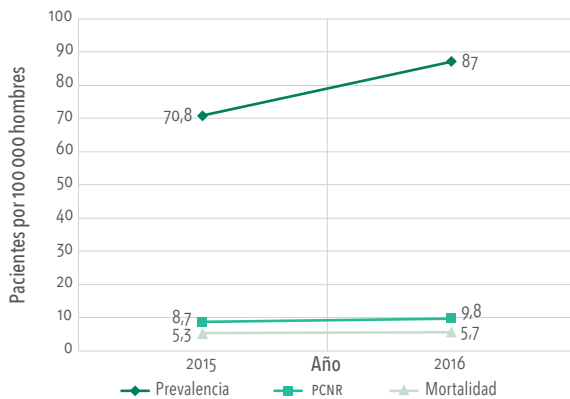


Figura 4.4. Morbilidad por cáncer de próstata

PCNR de cáncer de próstata en el país

La PCNR en el país fue de 9,8 casos nuevos de cáncer de próstata invasivo por 100 000 habitantes hombres (ver tabla 4.13)². Los departamentos con mayores PCNR fueron Bogotá D. C., Valle del Cauca, San Andrés y Providencia, Antioquia, Atlántico, Risaralda, Quindío, Cesar y Caldas, con una PCNR de 21,2 a 7,9 casos por 100 000 habitantes hombres. Los departamentos con menores PCNR fueron, Vichada, Vaupés, Guaviare, Amazonas, Arauca, Putumayo, Chocó, Sucre y La Guajira, Sucre con PCNR de 0 a 2,7 casos por 100 000 habitantes hombres (ver figura 4.5).

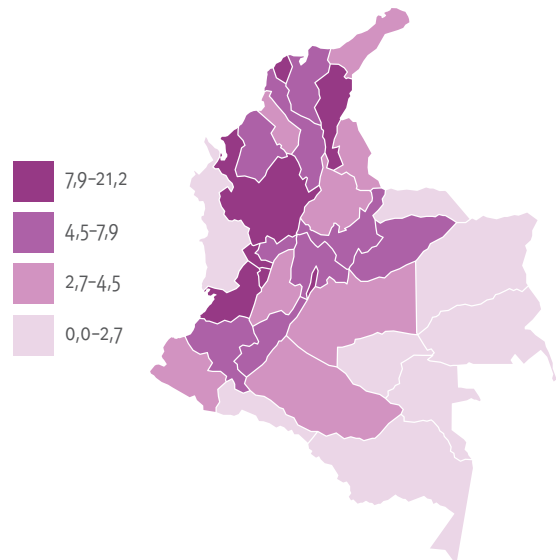


Figura 4.5. PCNR de cáncer de próstata invasivo por departamento

Se identificó un total de total 2379 casos nuevos de cáncer de próstata (2334 invasivo) en el país, representando el 8 % de los casos nuevos de cáncer por todo tipo (ver figura 4.6), y el 19 % de los casos nuevos totales de cáncer en hombres (ver figura 4.7).

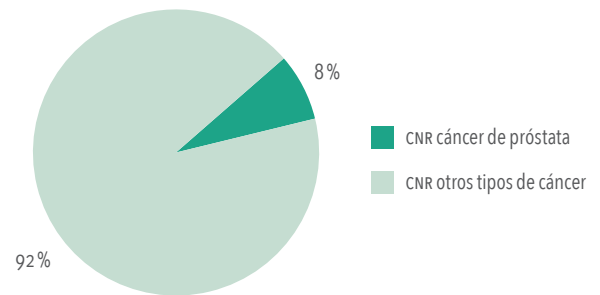


Figura 4.6. PCNR de cáncer de próstata respecto a PCNR de cáncer global

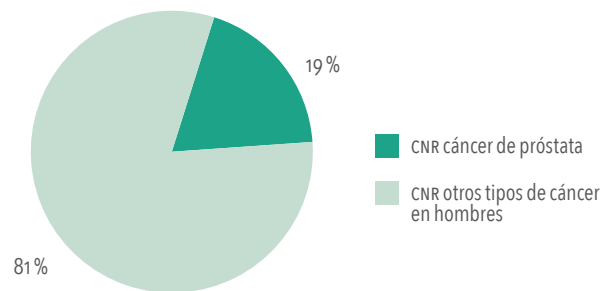


Figura 4.7. PCNR de cáncer de próstata respecto a PCNR de cáncer global en hombres

² Datos país observados en el sgss colombiano.

PCNR de cáncer de próstata en la BDUA

El cáncer de próstata invasivo en la población afiliada a la BDUA representó el 8 % de los casos nuevos de cáncer por todo tipo en el país; con una PCNR de 10,2 por 100 000 hombres afiliados a la BDUA. Las aseguradoras con mayor PCNR fueron EPSO17 y EPSO18 (ver tabla 4.14).

Mortalidad por cáncer de próstata en el país

La mortalidad en el país por cáncer de próstata se ubicó en 5,7 por 100 000 hombres (ver tabla 4.15)³. Bogotá D. C., Cesar, Risaralda, Valle del Cauca, Huila, Antioquia, Córdoba, Atlántico y Quindío representan la mayor mortalidad, con tasas de 5,1 a 9,5 por 100 000 hombres; mientras que Vichada, Vaupés, Guaviare, Guainía, Amazonas, La Guajira, Chocó y Caquetá, tienen las tasas más bajas de mortalidad en el país: de 0 a 2 por 100 000 hombres (ver figura 4.8).

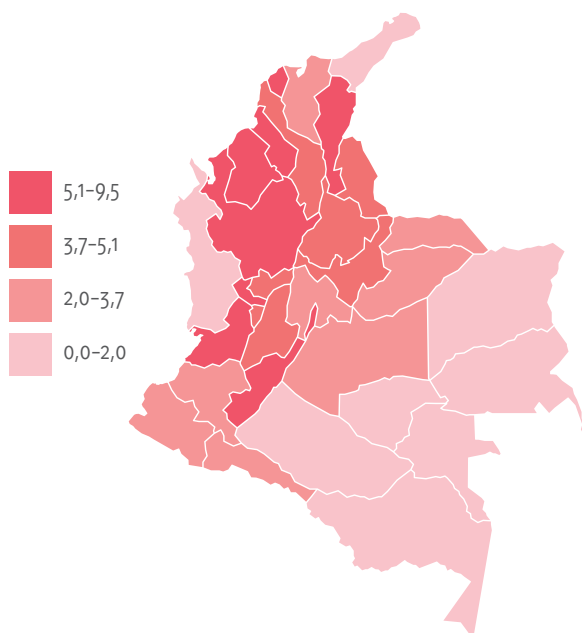


Figura 4.8. Mortalidad por cáncer de próstata invasivo por departamento

Mortalidad por cáncer de próstata en la BDUA

La mortalidad por cáncer de próstata registró las mayores tasas ajustadas en las aseguradoras EPSO18 y EASO27. La mortalidad por régimen de afiliación se ubicó en 6,1 por 100 000 hombres afiliados de la BDUA (ver tabla 4.16).

Estadificación en cáncer de próstata

En cáncer de próstata se utiliza el sistema internacional de estadificación 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) (3).

Adicionalmente, en cáncer de próstata se hace uso de la escala de Gleason, que referencia la calificación realizada por parte del patólogo de la apariencia histológica que exhibe el tejido prostático con un grado variado de diferenciación celular, en el cual los tumores menos agresivos o avanzados muestran un aspecto microscópico similar al de las células sanas (3).

Este sistema consiste en la asignación de una escala de 1 a 5 –patrones histológicos de diferenciación celular– a dos muestras de las dos áreas que forman la mayor parte del cáncer. Ambos resultados se suman para obtener una puntuación general de 2 a 10, con todas las combinaciones posibles, y este resultado tendrá implicaciones en el tratamiento y el pronóstico.

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

- Gleason x: no puede ser determinado.
- Gleason 2–6: el tejido tumoral es bien diferenciado.
- Gleason 7: el tumor es moderadamente diferenciado.
- Gleason 8–10: el tumor es pobremente diferenciado o anaplásico.

Sin embargo, esta escala ha generado diferentes discusiones y por ende modificaciones, algunos expertos han sugerido un cambio a 5 grupos (4):

- Grupo 1: Gleason ≤ 6
- 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

Este nueva escala de estadificación permite la realización de pronósticos más precisos y una menor posibilidad de sobretratamiento en el grupo 1 (4).

Además del estadio los expertos utilizan diferentes métodos para clasificar el riesgo y establecer pronósticos, entre ellos la suma de resultados de TNM, escala de Gleason, PSA e incluso tamaño de la próstata y edad al momento del diagnóstico (5).

³ Datos país observados en el sgsss colombiano.

Estadificación TNM

El TNM fue realizado en los CNR de cáncer de próstata, en todos los regímenes primó la no clasificación del TNM en los pacientes. Para aquellos que sí fueron clasificados en el régimen contributivo, el estadio más frecuente al momento del diagnóstico fue el II, seguido del I y menor cantidad de pacientes en estadios avanzados. En el régimen subsidiado el estadio que registró mayor proporción fue el I, seguido del IV (ver figura 4.9)⁴.

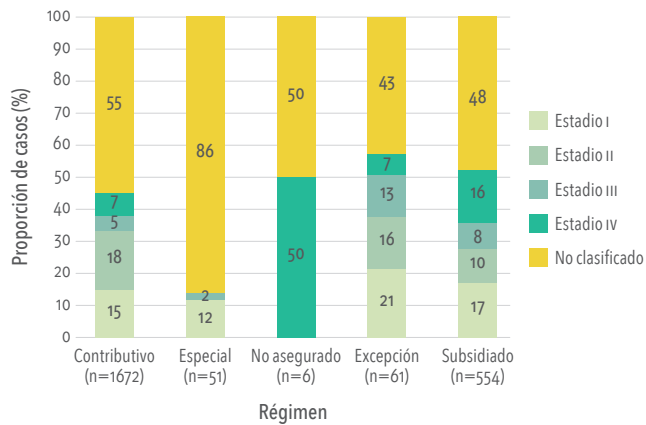


Figura 4.9. Estadificación TNM en cáncer de próstata según régimen de afiliación

Estadificación por escala de Gleason

En el gráfico de estadificación en población de CNR, usando la escala de Gleason, se encontró que en todos los regímenes la mayor proporción de casos no registran esta información. En aquellos que sí lo registraron, los puntajes más frecuentes fueron Gleason 6 y Gleason 7 para todos los regímenes de afiliación, siendo Gleason 8 el segundo más frecuente en el régimen de excepción (ver figura 4.10)⁵.

Sin embargo los puntajes por sí solos no son determinantes, 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 entre 3 + 4 y 4 + 3). Se encontró que el grupo más frecuente contenía las puntuaciones de Gleason de 2 a 6 o grupo 1, es decir células bien diferenciadas, esto para todos los regímenes (ver figura 4.11).

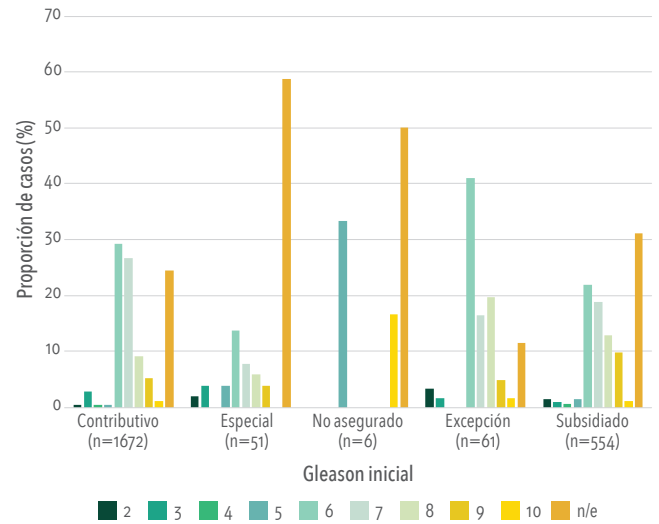


Figura 4.10. Puntaje de Gleason según régimen de afiliación

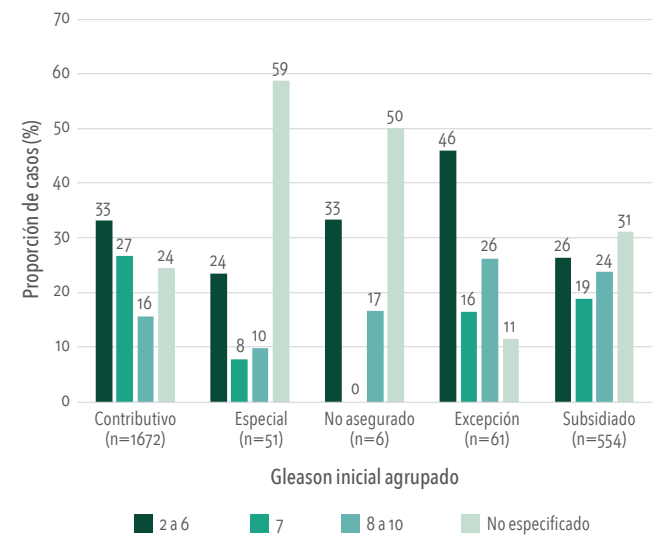


Figura 4.11. Puntaje de Gleason agrupado según régimen de afiliación

Terapia general en cáncer de próstata

En el tratamiento general observado en los 2379 CNR⁶ con cáncer de próstata se encontró que en el periodo de análisis 579 recibieron quimioterapia, 513 recibieron radioterapia y 505 recibieron cirugía (ver figura 4.12).

⁴ Datos analizados solo en población de CNR por contarse con mejor registro de información.

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

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

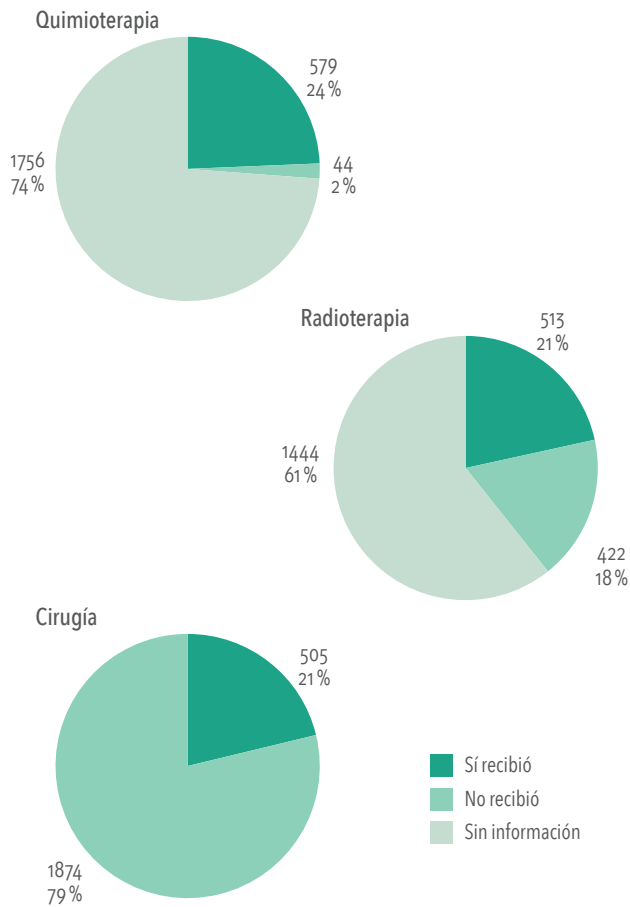


Figura 4.12. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo

Los porcentajes de registros para los que no hay información no corresponden con lo anticipado, ya que para este tipo de cáncer se esperan índices más altos de la realización de los tres tipos de terapia; se estima que lo anterior se debe a la falta de reportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC. Otra razón podría ser una falla en la gestión de soportes completos que permitan identificar dicha información.

Medicamentos en cáncer de próstata

Los objetivos de la farmacoterapia en cáncer de próstata son inducir remisión, reducir la morbilidad y prevenir complicaciones. Entre los medicamentos más usados se encuentran antagonistas de andrógenos, agonistas de la GnRH, bifosfonatos, ketoconazol, medicamentos quimioterapéuticos y corticosteroides, entre otros (6).

Medicamentos observados en el reporte

Dentro del listado de medicamentos se muestran los principalmente recomendados. En los CNR analizados se encontró que la mayoría son medicamentos no POS. En primer lugar se encuentran la terapia hormonal, los agonistas de la GnRH y otros antiandrógenos, que se utilizan como terapia de privación en cáncer de próstata metastásico; dentro de este grupo se encuentra en primer lugar el acetato de leuprolide, seguido de la bicalutamida y la goserelina (7) (ver tabla 4.4).

En la quimioterapia estándar para cáncer de próstata metastásico resistente a hormonoterapia, está establecido en primer lugar el uso de docetaxel más prednisona y en caso de no tener efecto puede utilizarse cabazitaxel (8); dentro del registro se presentaron pocos casos para el primero y ninguno para el segundo (ver tablas 4.4 y 4.5).

Tabla 4.4. Frecuencia de registro de medicamentos POS

Medicamento POS	CNR (n=2379)	Exclusivo*	Combinado**
Docetaxel	8	1	7

* Acompañado de corticoide, analgésico, antiemético.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Tabla 4.5. Frecuencia de registro de medicamentos no POS

Medicamento no POS	CNR (n=2379)	Exclusivo*	Combinado**
Leuprolide	217	157	60
Bicalutamida	150	61	89
Goserelina	148	109	39
Abiraterona	5	4	1
Cabazitaxel	0	0	0

* Acompañado de corticoide, analgésico, antiemético.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

A partir de los medicamentos anteriormente mencionados se determinaron las combinaciones registradas y se encontró que en determinados casos se reportaron combinaciones o esquemas que se utilizan en la práctica clínica, sin embargo, así mismo se encontraron casos con combinaciones no indicadas para este tipo de cáncer. La combinación con más registros fue de leuprolide con bicalutamida (ver tabla 4.6)

Tabla 4.6. Frecuencia de registro de combinaciones de medicamentos

Combinaciones		n
Leuprolide	Bicalutamida	52
	Goserelina	3
	Procarbazona*	3
	Ciclosporina y busulfano*	2
	Flutamida	1
	Docetaxel	1
	Ciclosporina*	1
	Bleomicina*	1
Bicalutamida	Combinaciones	n
	Leuprolide	52
	Goserelina	32
	Goserelina + docetaxel	1
	Docetaxel	3
Goserelina	Oxaliplatino*	1
	Combinaciones	n
	Bicalutamida	32
	Ciproterona*	9
	Leuprolide	3
Docetaxel	Bicalutamida + docetaxel	1
	Procarbazona+ ciclosporina + busulfano*	1
	Combinaciones	n
	Bicalutamida	3
Leuprolide	Bicalutamida + goserelina	1
	Leuprolide	1

* Combinaciones no establecidas en las guías de práctica clínica.

Radioterapia en cáncer de próstata

Entre los CNR de cáncer de próstata, 513 recibieron radioterapia, de los cuales el 35 % recibió terapia con algún medicamento para el cáncer de próstata durante el periodo de reporte (ver tabla 4.7).

Tabla 4.7. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte según régimen de afiliación

Ambos tratamientos	Contributivo	Especial	No Asegurado	Excepción	Subsidiado
Recibió	110	2	0	5	61
No Recibió	36	1	0	8	23

Oportunidad en cáncer de próstata

La oportunidad entendida como la posibilidad que tienen los individuos para acceder al sistema de salud (9), se encuentra expresada en este documento como número de días a partir de un evento temporal pasado hasta un evento temporal posterior.

En cáncer de próstata el 21,4 % de la población prevalente cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 38 días de mediana y 96,5 días de media (ver tabla 4.8 y figura 4.13).

Tabla 4.8 Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IOR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	4555	38	18 - 107	96,5	92,6 - 100,3	1 - 730

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

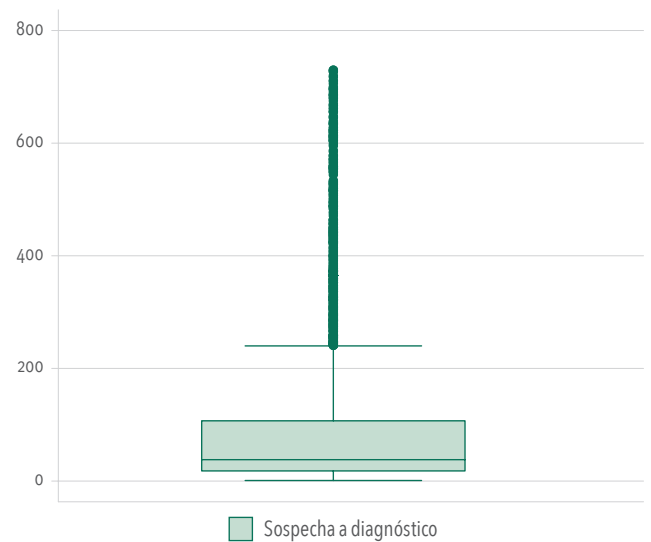


Figura 4.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes

En los CNR se observa un aumento en la cantidad de pacientes que cuentan con información para determinar la oportunidad, se obtuvieron datos para establecer

el tiempo entre sospecha y diagnóstico del 57 % de la población, y del 44 %, para establecer el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento. Se encontró que desde la sospecha clínica hasta el diagnóstico oncológico trascurren 32 días de mediana y 72 días de media, y entre diagnóstico y primer tratamiento, 53 días de mediana y 67,5 de media (ver tabla 4.9 y figura 4.14).

Tabla 4.9. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	1344	32	17-56	71,5	64,4-78,2	1-730
Diagnóstico a primer tratamiento	1050	53	22-93	67,5	63,9-71,1	0-332

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

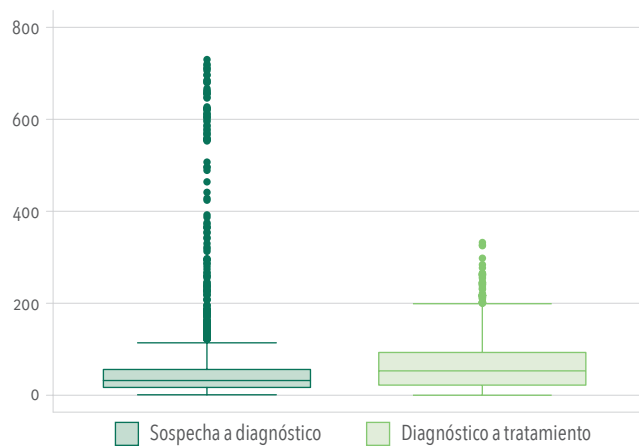


Figura 4.14. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR

Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico

Para el rango temporal de sospecha clínica a diagnóstico oncológico en CNR, en los regímenes contributivo y subsidiado predominó el rango temporal de 30 a 59 días, seguido en frecuencia por el rango temporal de 90 o más días, para el régimen subsidiado, y de 15 a 29 días, en el régimen contributivo (ver figura 4.15).

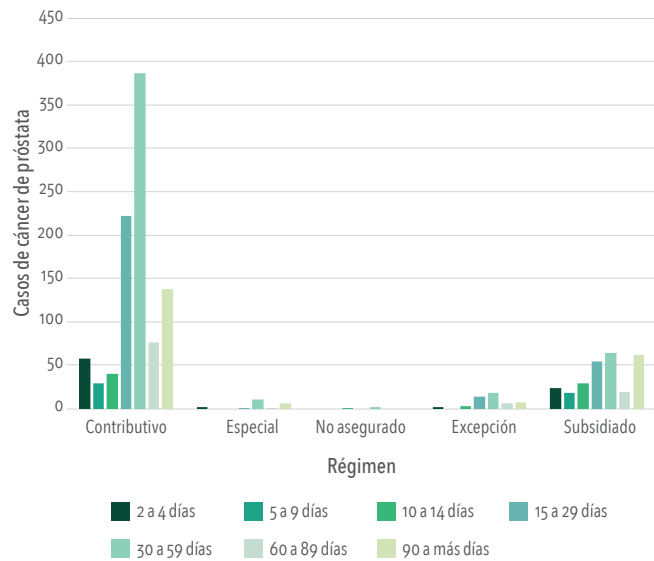


Figura 4.15. Oportunidad entre sospecha y diagnóstico

Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento

Para el rango temporal de diagnóstico oncológico a primer tratamiento en CNR, en el régimen contributivo predominó el rango temporal de 90 o más días y para el régimen subsidiado, el rango de 30 a 59 días (ver figura 4.16).

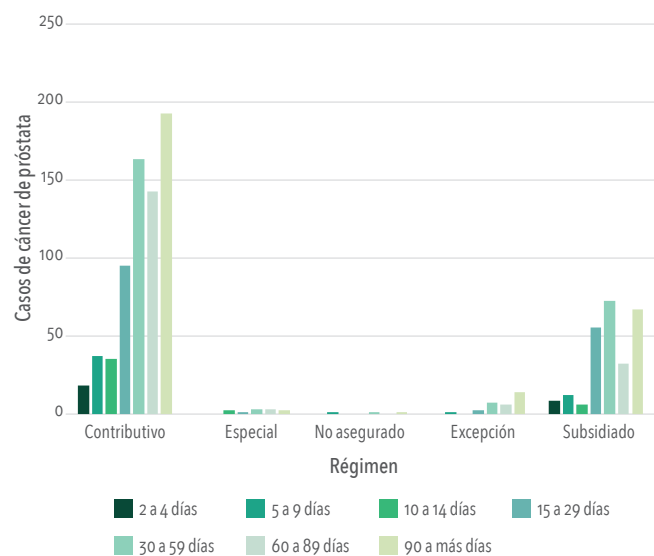


Figura 4.16. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento

Tablas complementarias

Tabla 4.10. Edad promedio de la población con cáncer de próstata

Frecuencia (n)	Media	Desviación estándar	IC (95 %)
21 334	72,4	9,1	[72,3-72,5]

Tabla 4.11. Prevalencia de cáncer de próstata invasivo por departamento*

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Amazonas	8,3	2,6
Antioquia	132,5	135,3
Arauca	11,5	8,3
Atlántico	97,1	88,4
Bogotá, D. C.	147,6	141,5
Bolívar	69,5	65,7
Boyacá	55,0	70,7
Caldas	81,4	103,6
Caquetá	15,2	12,5
Casanare	27,7	19,9
Cauca	42,9	44,2
Cesar	64,3	52,2
Chocó	47,4	30,8
Córdoba	60,8	56,8
Cundinamarca	53,8	55,7
Guainía	9,3	4,7
Guaviare	9,6	6,9
Huila	70,5	67,0
La Guajira	30,9	21,9
Magdalena	53,9	48,8
Meta	28,6	25,4
Nariño	35,9	37,0
Norte de Santander	49,9	47,9
Putumayo	23,1	17,2
Quindío	79,8	100,5
Risaralda	112,4	133,6
San Andrés	69,7	65,7
Santander	51,7	56,3
Sucre	38,3	40,3
Tolima	33,7	42,8
Valle del Cauca	115,1	124,9
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	24,1	13,7
Total	87,0	87,0

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 4.12. Prevalencia de cáncer de próstata invasivo por asegurador*

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
CCFO07	61,9	61,7
CCFO09	98,3	140,2
CCFO15	18,5	18,9
CCFO23	24,1	21,6
CCFO24	68,6	71,8
CCFO27	28,2	28,3
CCFO33	3,3	3,9
CCFO49	15,0	17,6
CCFO53	79,9	86,3
CCFO55	13,7	11,7
CCF102	7,9	5,2
EASO16	103,9	316,1
EASO27	264,0	1687,4
EPSO01	128,0	155,6
EPSO02	190,5	101,2
EPSO03	99,3	70,7
EPSO05	245,0	277,4
EPSO08	198,6	155,8
EPSO10	306,9	186,9
EPSO12	63,4	52,7
EPSO16	178,3	138,7
EPSO17	247,8	146,7
EPSO18	301,1	196,2
EPSO20	1,4	2,1
EPSO22	24,4	36,9
EPSO23	109,6	69,2
EPSO25	16,5	18,2
EPSO33	125,6	72,6
EPSO37	108,2	246,2
EPSIO1	26,7	14,0
EPSIO2	14,2	13,6
EPSIO3	13,1	11,0
EPSIO4	40,4	30,8
EPSIO5	11,4	10,3
EPSIO6	40,7	38,8
EPSSO3	23,1	29,9
EPSS33	20,1	20,8
EPSS34	67,4	79,3
EPSS40	31,7	38,7
EPSS41	11,7	16,4
ESSO02	22,1	22,9
ESSO24	14,7	14,1
ESSO62	35,6	39,6
ESSO76	13,9	12,6
ESSO91	40,7	53,1
ESS118	13,6	13,9
ESS133	27,2	30,6
ESS207	68,1	61,0
Total	91,0	91,0

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 4.13. PCNR de cáncer de próstata invasivo por departamento*

Departamento	PCNR ajustada	PCNR cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	11,9	12,4
Arauca	1,0	0,8
Atlántico	10,4	9,5
Bogotá, D. C.	21,2	21,1
Bolívar	5,6	5,2
Boyacá	5,3	6,7
Caldas	7,9	9,9
Caquetá	3,1	2,5
Casanare	7,3	5,0
Cauca	5,9	6,0
Cesar	7,9	6,4
Chocó	2,0	1,2
Córdoba	5,7	5,1
Cundinamarca	4,7	4,8
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	5,9	5,5
La Guajira	2,7	1,9
Magdalena	4,5	4,1
Meta	3,2	2,9
Nariño	3,7	3,8
Norte de Santander	3,1	3,0
Putumayo	1,6	1,1
Quindío	8,3	10,4
Risaralda	9,8	11,7
San Andrés	13,5	13,1
Santander	3,7	4,0
Sucre	2,7	2,8
Tolima	3,7	4,5
Valle del Cauca	15,1	16,4
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	9,8	9,8

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 4.14. PCNR de cáncer de próstata invasivo por asegurador*

Asegurador	PCNR ajustada	PCNR cruda
CCFO07	7,0	6,9
CCFO09	12,0	16,7
CCFO15	4,5	4,3
CCFO23	3,3	2,9
CCFO24	5,8	5,8
CCFO27	9,9	9,8
CCFO33	0,0	0,0
CCFO49	1,7	2,0

Asegurador	PCNR ajustada	PCNR cruda
CCFO53	39,2	42,2
CCFO55	1,4	1,2
CCF102	0,0	0,0
EASO16	23,4	70,2
EASO27	38,3	160,4
EPSO01	4,6	6,4
EPSO02	10,0	5,9
EPSO03	1,3	0,9
EPSO05	41,7	47,3
EPSO08	35,9	31,9
EPSO10	30,4	21,2
EPSO12	0,7	0,8
EPSO16	12,7	10,3
EPSO17	46,7	29,3
EPSO18	45,8	34,3
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	6,1	8,9
EPSO23	0,0	0,0
EPSO25	8,9	9,7
EPSO33	35,7	21,9
EPSO37	6,9	15,9
EPSIO1	3,8	2,0
EPSIO2	5,0	4,5
EPSIO3	2,9	2,3
EPSIO4	6,5	4,9
EPSIO5	2,2	2,1
EPSIO6	11,8	10,3
EPSSO3	4,1	5,3
EPSS33	5,0	5,0
EPSS34	12,9	15,4
EPSS40	4,3	5,2
EPSS41	0,1	0,2
ESSO02	4,7	4,8
ESSO24	0,7	0,6
ESSO62	7,8	8,6
ESSO76	2,7	2,3
ESSO91	3,3	4,4
ESS118	2,5	2,5
ESS133	2,9	3,1
ESS207	9,2	8,0
Total	10,2	10,2

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 4.15. Mortalidad por cáncer de próstata invasivo por departamento*

Departamento	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	6,9	7,0
Arauca	2,2	1,5
Atlántico	5,5	4,9
Bogotá, D. C.	9,5	8,5
Bolívar	4,8	4,6
Boyacá	4,7	6,4
Caldas	4,5	5,8
Caquetá	2,0	1,7
Casanare	2,7	1,7

Departamento	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Cauca	3,3	3,4
Cesar	7,8	6,2
Chocó	1,8	1,2
Córdoba	5,9	5,6
Cundinamarca	2,8	2,9
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	7,2	6,9
La Guajira	1,8	1,3
Magdalena	2,9	2,7
Meta	3,3	2,9
Nariño	3,7	3,9
Norte de Santander	4,2	4,0
Putumayo	2,3	1,7
Quindío	5,1	6,5
Risaralda	7,5	8,8
San Andrés	0,0	0,0
Santander	3,7	4,1
Sucre	4,1	4,4
Tolima	3,8	4,8
Valle del Cauca	7,5	8,2
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	5,7	5,7

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 4.16. Mortalidad por cáncer de próstata invasivo por asegurador*

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
CCFO07	3,9	3,9
CCFO09	14,8	20,9
CCFO15	2,0	2,3
CCFO23	1,2	1,4
CCFO24	8,7	9,3
CCFO27	5,3	5,4
CCFO33	0,0	0,0
CCFO49	1,7	2,0
CCFO53	11,0	11,5
CCFO55	1,5	1,2
CCF102	1,5	1,3
EASO16	4,4	17,6
EASO27	17,9	71,9
EPSO01	10,8	11,8
EPSO02	9,8	4,7
EPSO03	7,1	4,7
EPSO05	12,1	13,5
EPSO08	16,3	10,8
EPSO10	14,6	7,6
EPSO12	8,1	5,6
EPSO16	11,4	8,1
EPSO17	11,9	5,6
EPSO18	20,1	11,1
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	0,9	1,4
EPSO23	8,2	4,1
EPSO25	1,0	1,2
EPSO33	8,3	5,1
EPSO37	8,5	20,2

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
EPSIO1	6,2	3,0
EPSIO2	3,6	3,6
EPSIO3	2,7	2,3
EPSIO4	0,0	0,0
EPSIO5	1,4	1,4
EPSIO6	0,0	0,0
EPSS03	2,3	3,0
EPSS33	2,7	2,8
EPSS34	7,4	8,5
EPSS40	3,4	4,2
EPSS41	0,8	1,2
ESSO02	3,8	4,0
ESSO24	1,0	1,0
ESSO62	3,9	4,4
ESSO76	1,9	1,7
ESSO91	4,2	5,6
ESS118	1,2	1,2
ESS133	2,5	2,8
ESS207	4,6	4,2
Total	6,1	6,1

* Por 100 000 afiliados.

Indicadores de gestión del riesgo

Los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de próstata en Colombia (9) son:

INDICADOR 1. Oportunidad de diagnóstico en días; tiempo entre la consulta donde 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 pos tratamiento en cáncer de próstata.

INDICADOR 8. Supervivencia global (5 años).

INDICADOR 9. Calidad de vida.

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

EAPB	Indicador 1 (días)	Indicador 1.1 (%)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (%)
	● < 30	● > 56	● > 69	● < 31	● > 87	● < 30
	● 30-59	● 50-56	● 62-69	● 31-37	● 83-87	● 30-59
	● ≥ 60	● < 50	● ≤ 62	● ≥ 37	● < 83	● ≥ 60
CCF007	● 281,3	● 28,6	● 0,0	● 100	● 66,7	● 120,5
CCF009	● 37,5	● 100	● 37,5	● 62,5	● 87,5	● 82,3
CCF015	● 41,0	● 61,5	● 87,5	● 12,5	● 90,9	● 61,5
CCF023	● 21,0	● 50,0	● 100	● 0,0	● 100	***
CCF024	● 69,3	● 93,3	● 57,1	● 42,9	● 100	● 112,4
CCF027	● 64,8	● 11,1	● 0,0	● 100	● 75,0	● 48,0
CCF033	***	***	***	***	***	***
CCF049	***	● 0,0	***	***	***	● 0,0
CCF053	***	● 18,2	● 25,0	● 75,0	***	● 75,0
CCF055	● 37,0	● 50,0	● 50,0	● 50,0	● 66,7	● 60,5
CCF102	***	***	***	***	***	***
EAS016	● 5,8	● 50,0	● 50,0	● 50,0	● 100	● 63,5
EAS027	● 91,7	● 48,3	● 78,6	● 21,4	● 53,8	● 54,9
EPS001	● 121,8	● 100	● 100	● 0,0	● 100	● 135,3
EPS002	● 113,5	● 77,6	● 65,4	● 34,6	● 93,4	● 89,7
EPS003	● 35,9	● 30,8	● 37,5	● 62,5	● 65,0	● 53,5
EPS005	● 392,1	● 9,5	● 84,4	● 15,6	● 74,3	● 67,0
EPS008	● 65,2	● 48,0	● 87,8	● 12,2	● 96,9	● 83,3
EPS010	● 40,3	● 87,4	● 81,3	● 18,7	● 98,7	● 71,2
EPS012	***	● 100	● 50,0	● 50,0	● 0,0	***
EPS016	● 22,1	● 34,6	● 71,7	● 28,3	● 52,6	● 86,6
EPS017	● 29,9	● 89,9	● 81,0	● 19,0	● 86,7	● 48,3
EPS018	● 62,9	● 23,6	● 52,6	● 47,4	● 50,7	● 70,4
EPS020	***	***	***	***	***	***
EPS022	● 151,8	● 100	● 65,4	● 34,6	● 88,5	● 104,5
EPS023	***	***	***	***	***	***
EPS025	● 82,7	● 75,0	● 66,7	● 33,3	● 25,0	● 77,8
EPS033	● 16,1	● 35,7	● 40,0	● 60,0	● 57,1	● 46,8
EPS037	● 151,7	● 22,9	● 25,0	● 75,0	● 65,0	● 35,6
EPSI01	● 52,0	● 50,0	● 100	● 0,0	● 100	● 109
EPSI02	***	● 60,0	● 33,3	● 66,7	● 100	● 47,3
EPSI03	● 124	● 20,0	● 0,0	● 100	● 75,0	● 77,0
EPSI04	● 60,3	● 50,0	● 50,0	● 50,0	● 100	● 73,7
EPSI05	***	● 33,3	● 0,0	● 100	● 100	● 12,0
EPSI06	● 24,5	● 25,0	● 0,0	● 100	● 100	***
EPSS03	● 30,5	● 50,0	● 57,1	● 42,9	● 63,6	● 35,1
EPSS33	● 14,5	● 36,8	● 64,3	● 35,7	● 57,9	● 37,3
EPSS34	● 70,9	● 89,4	● 73,7	● 26,3	● 67,5	● 61,6
EPSS40	● 83,6	● 50,0	● 38,1	● 61,9	● 77,1	● 39,5
EPSS41	***	● 100	● 0,0	● 100	***	***
ESS002	● 54,8	● 25,0	● 33,3	● 66,7	● 70,0	● 191
ESS024	● 8,0	● 50,0	● 66,7	● 33,3	● 83,3	● 118,3
ESS062	● 95,2	● 42,7	● 34,3	● 65,7	● 48,6	● 68,0
ESS076	● 11,4	● 100	● 100	● 0,0	● 0,0	***
ESS091	● 112,3	● 85,7	● 66,7	● 33,3	● 85,7	● 126,3
ESS118	● 35,8	● 18,2	● 25,0	● 75,0	● 92,3	● 59,9
ESS133	● 10,2	● 51,7	● 40,0	● 60,0	● 92,9	● 37,1
ESS207	● 31,4	● 40,7	● 40,9	● 59,1	● 96,1	● 59,8
Total	● 90,6	● 48,7	● 69,5	● 30,5	● 76,4	● 66,3

Régimen	Indicador 1 (días)	Indicador 1.1 (%)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (%)
	● < 30	● > 56	● > 69	● < 31	● > 87	● < 30
	● 30-59	● 50-56	● 62-69	● 31-37	● 83-87	● 30-59
	● ≥ 60	● < 50	● ≤ 62	● ≥ 37	● < 83	● ≥ 60
Contributivo	● 98,2	● 46,4	● 74,4	● 25,6	● 78,7	● 68,3
Especial	● 104,1	● 15,4	● 87,5	● 12,5	● 42,0	● 63,2
No asegurado	● 28,0	● 66,7	● 25,0	● 75,0	● 100	● 75,3
Excepción	● 57,5	● 59,7	● 70,0	● 30,0	● 89,5	● 102,5
Subsidiado	● 64,2	● 55,5	● 56,9	● 43,1	● 70,4	● 61,2
Total	● 89,3	● 48,3	● 69,5	● 30,5	● 75,9	● 67,5

Renglón	Indicador 1 (días)	Indicador 1.1 (%)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (%)
	● < 30	● > 56	● > 69	● < 31	● > 87	● < 30
	● 30-59	● 50-56	● 62-69	● 31-37	● 83-87	● 30-59
	● ≥ 60	● < 50	● ≤ 62	● ≥ 37	● < 83	● ≥ 60
CCF contributivo	● 53,0	● 65,4	● 67,8	● 32,2	● 58,6	● 67,0
CCF subsidiado	● 79,0	● 45,9	● 44,6	● 55,4	● 83,8	● 70,0
Comerciales contributivo	● 167	● 68,6	● 82,8	● 17,2	● 91,6	● 91,0
Comerciales subsidiado	● 24,0	● 38,3	● 49,7	● 50,3	● 60,9	● 43,0
Cooperativas contributivo	● 22,0	● 34,6	● 71,7	● 28,3	● 52,6	● 87,0
Cooperativas subsidiado	● 45,0	● 51,8	● 50,9	● 49,1	● 71,1	● 94,0
Indígenas y adaptadas	● 60,0	● 42,1	● 39,0	● 61,0	● 91,1	● 62,0
Públicas y mixtas	● 108	● 72,9	● 44,8	● 55,2	● 64,6	● 64,0
Total	● 91,0	● 48,7	● 69,5	● 30,5	● 76,4	● 66,0

Bibliografía

1. International Agency for Research on Cancer. Cancer Fact Sheets : Prostate Cancer [Internet]. 2012. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers?cancer=19&type=0&sex=1>
2. Haas GP, Delongchamps N, Brawley OW, Wang CY, de la Roza G. The worldwide epidemiology of prostate cancer: perspectives from autopsy studies. Can J Urol. 2008/02/29. 2008;15(1):3866-71.
3. American Cancer Society. Prostate Cancer Stages [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/detection-diagnosis-staging/staging.html>

4. 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* [Internet]. 2016;69(3):428-35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2015.06.046>
5. American Society of Clinical Oncology. Prostate Cancer: Stages and Grades [Internet]. *Cancer.net*. 2017. Disponible en: <http://www.cancer.net/cancer-types/prostate-cancer/stages-and-grades>
6. Wirth MP, Hakenberg OW, Froehner M. Antiandrogens in the Treatment of Prostate Cancer. *Eur Urol*. 2007;51(2):306-14.
7. Smith MR, Finkelstein JS, McGovern FJ, Zietman AL, Fallon MA, Schoenfeld DA, et al. Changes in body composition during androgen deprivation therapy for prostate cancer. *J Clin Endocrinol Metab*. 2002;87(2):599-603.
8. Ministerio de la Protección Social. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata. 2013.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Atributos de la Calidad en la Atención en Salud [Internet]. Boletín de prensa. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCIÓN-EN-SALUD.aspx>
10. 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 [Internet]. 2017. 1-44 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/consenso cancer de prostata.pdf>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4.1. Grupos etarios en cáncer de próstata.	78
Tabla 4.2. Frecuencia de cáncer de próstata según régimen de afiliación.	78
Tabla 4.3. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación.	79
Tabla 4.4. Frecuencia de registro de medicamentos POS.	82
Tabla 4.5. Frecuencia de registro de medicamentos no POS.	82
Tabla 4.6. Frecuencia de registro de combinaciones de medicamentos.	83
Tabla 4.7. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte según régimen de afiliación.	83
Tabla 4.8 Oportunidad en prevalentes.	83
Tabla 4.9. Oportunidad en CNR.	84
Tabla 4.10. Edad promedio de la población con cáncer de próstata.	85
Tabla 4.11. Prevalencia de cáncer de próstata invasivo por departamento.	85
Tabla 4.12. Prevalencia de cáncer de próstata invasivo por asegurador.	85
Tabla 4.13. PCNR de cáncer de próstata invasivo por departamento.	86
Tabla 4.14. PCNR de cáncer de próstata invasivo por asegurador.	86
Tabla 4.15. Mortalidad por cáncer de próstata invasivo por departamento.	86
Tabla 4.16. Mortalidad por cáncer de próstata invasivo por asegurador.	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 4.1. Histograma de edad en cáncer de próstata	77
Figura 4.2. Quintil-normal de edad en cáncer de próstata	77
Figura 4.3. Prevalencia de cáncer de próstata invasivo por departamento	78
Figura 4.4. Morbimortalidad por cáncer de próstata	79
Figura 4.5. PCNR de cáncer de próstata invasivo por departamento	79
Figura 4.6. PCNR de cáncer de próstata respecto a PCNR de cáncer global	79
Figura 4.7. PCNR de cáncer de próstata respecto a PCNR de cáncer global en hombres	79
Figura 4.8. Mortalidad por cáncer de próstata invasivo por departamento	80
Figura 4.9. Estadificación TNM en cáncer de próstata según régimen de afiliación	81
Figura 4.10. Puntaje de Gleason según régimen de afiliación	81
Figura 4.11. Puntaje de Gleason agrupado según régimen de afiliación	81
Figura 4.12. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo	82
Figura 4.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes	83
Figura 4.14. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR	84
Figura 4.15. Oportunidad entre sospecha y diagnóstico	84
Figura 4.16. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento	84

CÁNCER DE CÉRVIX

CIE-10: C53; CIE-O-3: C53

CÁNCER DE CÉRVIX CIE-10: C53; CIE-O-3: C53

El cáncer de cérvix es el cuarto tipo de cáncer más común en la población mundial de mujeres y el séptimo en la población mundial general (1). Representa cerca del 12 % del cáncer femenino. Las regiones más afectadas son África oriental y central, mientras que las tasas más bajas se encuentran en Australia, Nueva Zelanda y Asia occidental (1).

En el año 2012 el cáncer de cérvix fue responsable del 7,5 % de las muertes de mujeres por cáncer, siendo nuevamente las regiones con menor desarrollo, las más afectadas. En regiones más desarrolladas su incidencia y mortalidad ha ido en descenso debido a la realización adecuada y a tiempo del test de Papanicolaou (2).

El principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de cérvix es la infección por el virus del papiloma humano. Otros factores de riesgo son envejecimiento, número elevado de partos, consumo prolongado de anticonceptivos orales, inmunosupresión, edad temprana al momento de la primera relación sexual, número elevado de parejas sexuales y tabaquismo (3).

Características generales de la población con cáncer de cérvix

En el registro el cáncer de cérvix ocupa el segundo lugar de los tumores malignos más frecuentes en la población de mujeres, con un total de 12 842 pacientes afectadas por esta neoplasia, de las cuales 10 646 fueron registradas con cáncer de tipo invasivo. Durante el periodo se presentó un total de 1971 CNR, 1505 en estado invasivo, lo cual representa el 9 % de la PCNR en mujeres (ver tabla 5.1).

La prevalencia de cáncer de cérvix invasivo en el país fue de 43,6 afectadas por 100 000 habitantes mujeres, y la PCNR en el país, de 6,2 afectadas por 100 000 habitantes mujeres. La prevalencia por aseguramiento fue de 45,7 por 100 000 mujeres afiliadas y la PCNR por aseguramiento, de 6,4 por 100 000 mujeres afiliadas. El total de mujeres fallecidas con cáncer de cérvix invasivo fue de 900, con una mortalidad de 3,5 por 100 000 mujeres en el país.

Tabla 5.1 Casos de cáncer de cérvix en el país¹ y en la BDUA

Cáncer de cérvix	País*	BDUA
Total	12 842	12 620
Total invasivos	10 646	10 461
Total <i>in situ</i>	2196	2159
CNR	1971	1919
CNR invasivos	1505	1465
CNR <i>in situ</i>	466	454
Mujeres fallecidas	900	843

Edad de las pacientes con cáncer de cérvix

Se consideraron todas las mujeres afectadas por cáncer de cérvix, en la medición de la edad promedio de las afectadas se encontró una media de 52,6 años de edad. Al determinar el promedio de la edad según el tipo de cáncer, se encontró que este se ubicó en 45,6 años cuando el cáncer está diagnosticado como *in situ*, mientras que en cáncer de cérvix invasivo se ubicó en 54,0 años de edad (ver tabla 5.10).

La distribución de la edad sigue un patrón normal (ver figura 5.1). En el diagrama quintil-normal, se observa menor compromiso de la población por debajo de la cuarta década de la vida, con algunos casos de curso temprano (ver figura 5.2).

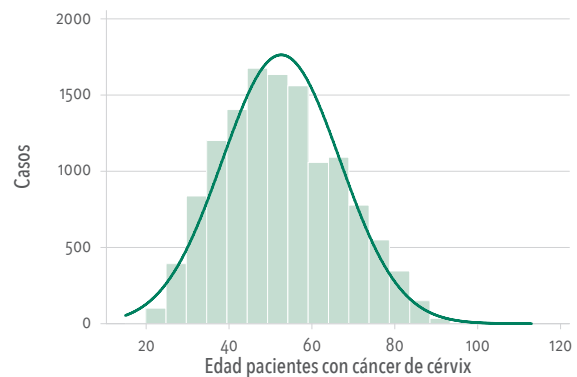


Figura 5.1. Histograma de edad en cáncer de cérvix

¹ Datos país observados en el sgss colombiano.

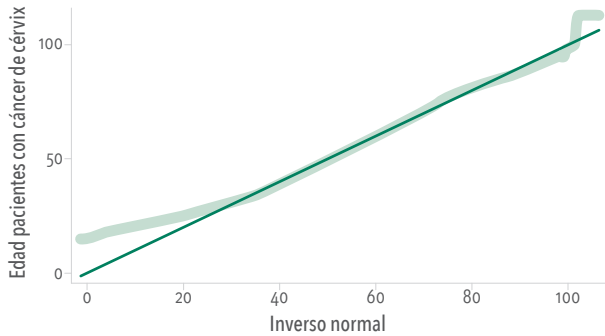


Figura 5.2. Quintil-normal de edad en cáncer de cérvix

Morbimortalidad por cáncer de cérvix invasivo

Prevalencia de cáncer de cérvix invasivo en el país

La prevalencia de cáncer de cérvix invasivo en Colombia fue de 43,6 por 100 000 habitantes mujeres (ver tabla 5.11)². Los departamentos con mayor prevalencia fueron Córdoba, Huila, Sucre, Antioquia, Casanare, Putumayo, Risaralda y Nariño con prevalencias de 53,1 a 67,4 por 100 000 mujeres (ver figura 5.3). Los departamentos con menor PCNR fueron Vichada, Vaupés, San Andrés y Providencia, La Guajira, Chocó, Santander, Arauca, Norte de Santander y Guainía con prevalencias de 6,5 a 25,7 por 100 000 mujeres (ver figura 5.3).

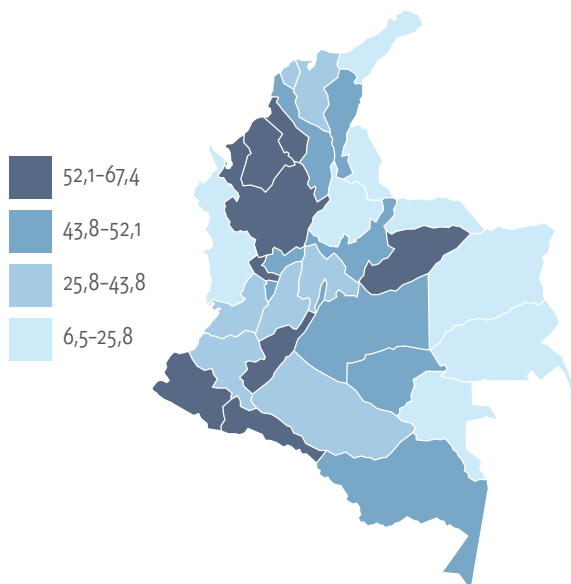


Figura 5.3. Prevalencia de cáncer de cérvix invasivo por departamento

Prevalencia de cáncer de cérvix invasivo en la BDUA

La prevalencia por regímenes de afiliación contributivo y subsidiado, se ubicó en 45,7 por 100 000 mujeres afiliadas de la BDUA (ver tabla 5.2). Las mayores prevalencias ajustadas fueron para las aseguradoras EPSO33 y CCFO09, (para consultar valores de prevalencia por asegurador, ver tabla 5.12).

Tabla 5.2. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación

Pacientes con cáncer de cérvix en la BDUA	Pacientes contributivo	Pacientes subsidiado	Prevalencia contributivo	Prevalencia subsidiado	Prevalencia total c y s
10 461	5107	5354	44,8	46,6	45,7

Comparación de morbimortalidad entre 2015 y 2016

Similar al comportamiento de los diferentes tipos de cáncer, al comparar los dos periodos que se han analizado hasta el momento, se observó un aumento de la prevalencia para el cáncer de cérvix invasivo, sin embargo, la PCNR y la mortalidad presentaron un leve descenso, no obstante, además de ser el comportamiento esperado en la prevalencia se puede deber igualmente a condiciones propias del registro (ver figura 5.4).

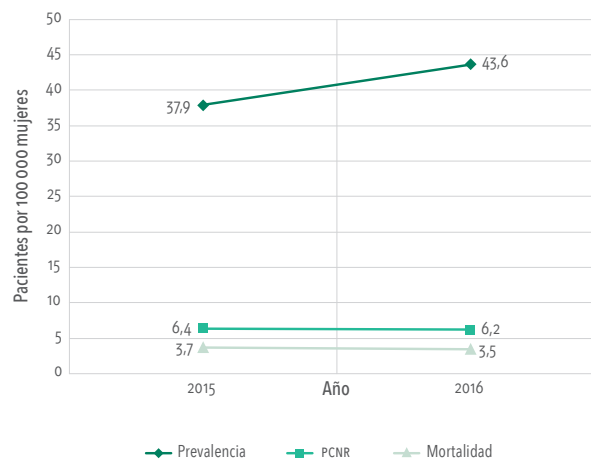


Figura 5.4. Comparativo cáncer de cérvix

² Datos país observados en el sgsss colombiano.

PCNR de cáncer de cérvix invasivo en el país

La PCNR de cáncer de cérvix invasivo en el país es 6,2 por 100 000 mujeres (ver tabla 5.13)³. Los departamentos con mayor PCNR de cáncer de cérvix invasivo fueron, Córdoba, Amazonas, Caquetá, Putumayo, Bogotá D. C., Quindío, Casanare y Cesar, con proporciones de 12,1 a 7,4 casos por 100 000 mujeres (ver figura 5.5). Los departamentos con menor PCNR fueron, San Andrés y Providencia, Guainía, Chocó, Vichada, Guaviare, La Guajira, Magdalena, Santander y Atlántico con proporciones de 0 a 4,1 por 100 000 mujeres (ver figura 5.5).

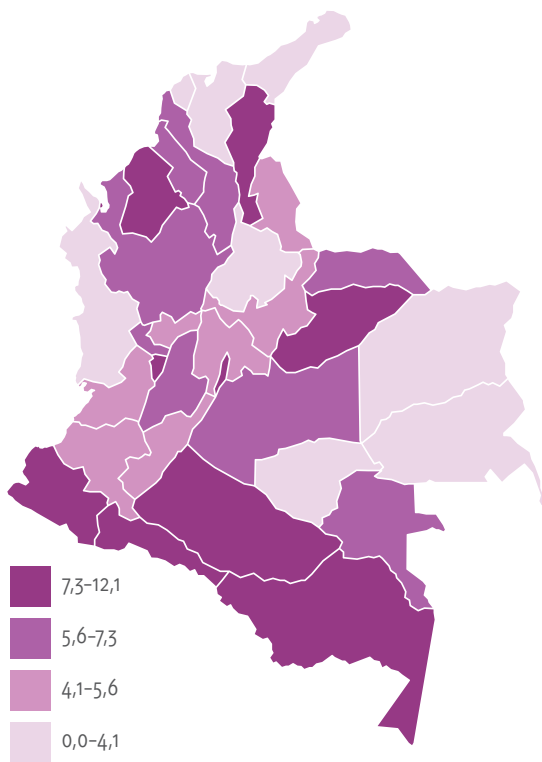


Figura 5.5. PCNR de cáncer de cérvix invasivo por departamento

PCNR de cáncer de cérvix invasivo en la BDUA

De los casos nuevos de cáncer en la población total, el cáncer de cérvix invasivo representó el 5 % de las neoplasias (ver figura 5.6). De igual forma, de los casos nuevos de cáncer solo en mujeres, este tipo de cáncer representó el 9 % de las neoplasias (ver figura 5.7).

Las aseguradoras con mayor PCNR ajustada por edad de cáncer de cérvix invasivo fueron EPSO33 y EPSIO6 (ver tabla 5.14).

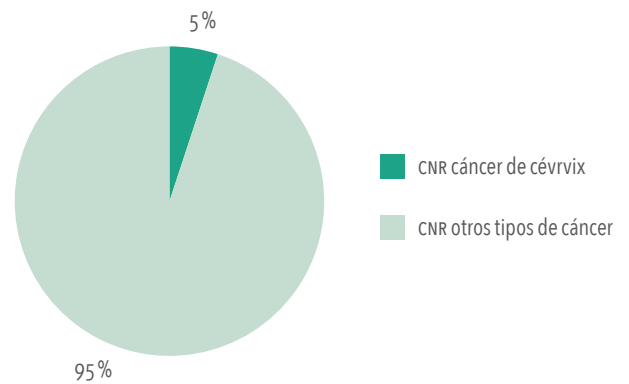


Figura 5.6. PCNR de cáncer de cérvix respecto a PCNR de cáncer global

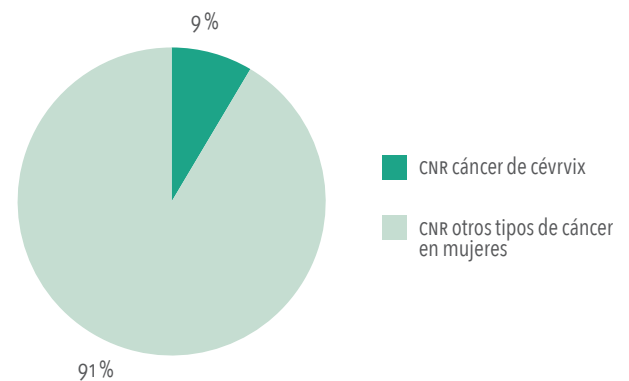


Figura 5.7. PCNR de cáncer de cérvix respecto a PCNR de cáncer global en mujeres

Mortalidad por cáncer de cérvix invasivo en el país

La mortalidad por cáncer de cérvix invasivo en el país se ubicó en 3,5 por 100 000 mujeres (ver tabla 5.15)⁴. Quindío, Córdoba, Caquetá, Huila, Casanare, Putumayo, Caldas y Risaralda presentan la mayor mortalidad, con tasas de 8,1 a 4,7 por 100 000 mujeres; mientras que Vichada, Vaupés, Guaviare, Guainía, Amazonas, La Guajira, Chocó y Cundinamarca tienen las tasas de mortalidad más bajas: de 0 a 1,7 por 100 000 mujeres (ver figura 5.8).

³ Datos país observados en el sgsss colombiano.

⁴ Datos país observados en el sgsss colombiano.

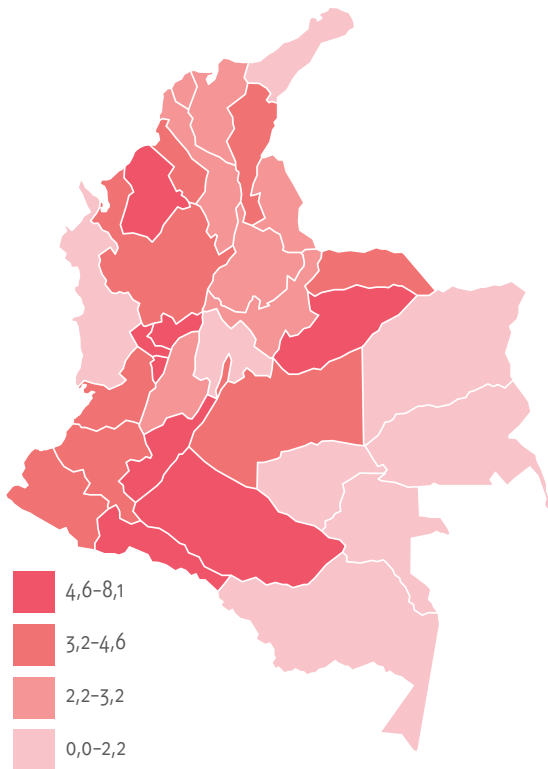


Figura 5.8. Mortalidad por cáncer de cérvix invasivo por departamento

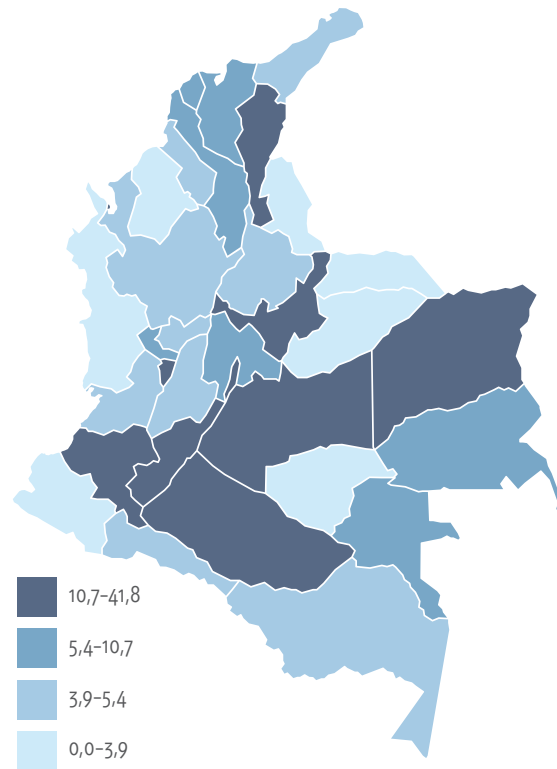


Figura 5.9. Prevalencia de cáncer de cérvix *in situ* por departamento

Mortalidad por cáncer de cérvix invasivo en la BDUA

La mortalidad por cáncer de cérvix invasivo registró las mayores tasas ajustadas en las aseguradoras EPSO33 y EPSIO6, la mortalidad por régimen de afiliación se ubicó en 3,7 por 100 000 mujeres afiliadas de la BDUA (ver tabla 5.16).

Morbimortalidad de cáncer de cérvix *in situ*

Prevalencia de cáncer de cérvix *in situ* en el país

La prevalencia de cáncer de cérvix *in situ* en Colombia fue de 9,0 por 100 000 habitantes mujeres, con un total de 2196 casos (ver tabla 5.17)⁵. Los departamentos más prevalentes fueron Huila, Cesar, Cauca, Quindío, Caquetá, Bogotá, D. C., Meta, Boyacá y Vichada, con prevalencias de 41,8 a 10,7 por 100 000 mujeres. Los departamentos menos prevalentes fueron San Andrés, Chocó, Arauca, Córdoba, Norte de Santander, Guaviare, Casanare, Nariño, Caldas y La Guajira, con prevalencias de 0 a 3,9 por 100 000 mujeres (ver figura 5.9).

Prevalencia de cáncer de cérvix *in situ* en la BDUA

La prevalencia por régimen de afiliación se ubicó en 9,4 por 100 000 mujeres afiliadas de la BDUA. Las mayores prevalencias ajustadas fueron para las aseguradoras CCFO24 y EPSO08, (ver tabla 5.18 para consultar valores de prevalencia por asegurador).

PCNR de cáncer de cérvix *in situ* en el país

La PCNR de cáncer de cérvix *in situ* en el país fue de 1,9 por 100 000 mujeres, con un total de 466 casos (ver tabla 5.19)⁶.

Los departamentos con mayor PCNR de cáncer de cérvix *in situ* fueron Quindío, Vaupés, Vichada, Bogotá, D. C., Caquetá, Huila, Cesar y Cauca, con proporciones de 7,2 a 3,4 casos por 100 000 habitantes mujeres (ver figura 5.10).

Los departamentos con menor PCNR fueron Amazonas, Chocó, Guainía, Guaviare, Norte de Santander, Putumayo, San Andrés, Córdoba y Bolívar, con proporciones de 0 a 0,3 por 100 000 mujeres (ver figura 5.10).

⁵ Datos país observados en el SGSSS colombiano.

⁶ Datos país observados en el SGSSS colombiano.

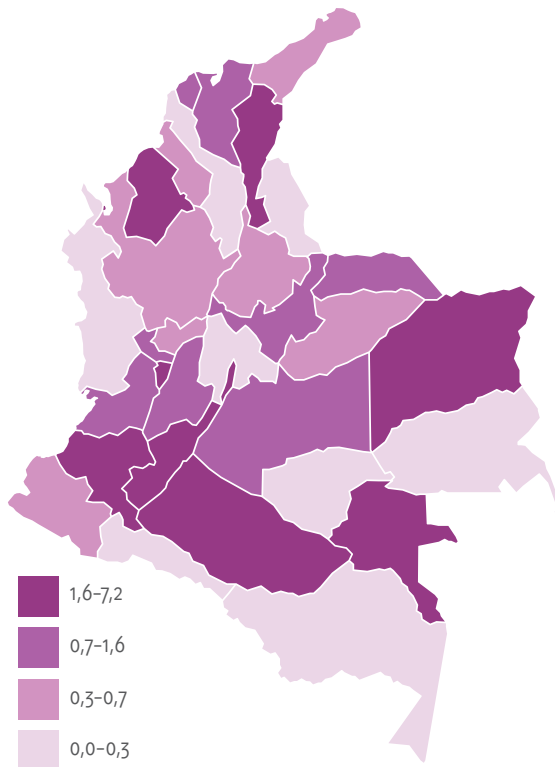


Figura 5.10. PCNR de cáncer de cérvix *in situ* por departamento

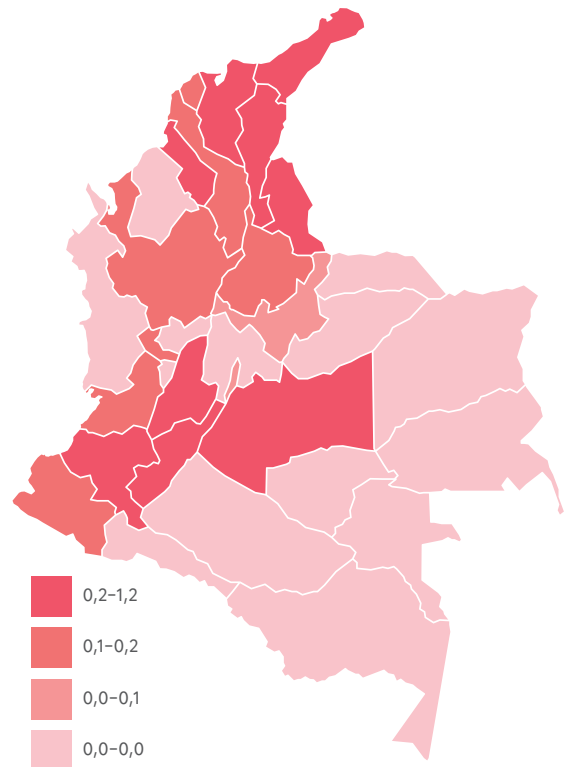


Figura 5.11. Mortalidad por cáncer de cérvix *in situ* por departamento

PCNR de cáncer de cérvix *in situ* en la BDUA

La PCNR por aseguradoras en cáncer de cérvix *in situ* fue de 2 afectadas por 100 000 habitantes mujeres. Las aseguradoras con mayores proporciones ajustadas de cáncer de cérvix *in situ* fueron EPS008 y EPSS34 (ver tabla 5.20).

Mortalidad por cáncer de cérvix *in situ* en el país

La mortalidad país por cáncer de cérvix *in situ* se ubicó en 0,2 fallecidas por 100 000 mujeres, con un total de 42 casos (ver tabla 5.21)⁷. Cesar, Magdalena, Cauca, Huila, La Guajira, Norte de Santander, Sucre, Tolima, Meta, Nariño, Bolívar, Valle del Cauca y Santander presentan la mayor mortalidad, con tasas de 1,2 a 0,2 por 100 000 mujeres, encontrándose por encima del total del país (ver figura 5.11).

Los departamentos Risaralda, Atlántico, Antioquia y Boyacá presentaron mortalidades entre 0,2 y 0,1, y el resto de departamentos no presentó pacientes fallecidas por cáncer de cérvix *in situ* (ver figura 5.11).

Mortalidad por cáncer de cérvix *in situ* en la BDUA

La mortalidad por cáncer de cérvix *in situ* registró las mayores tasas ajustadas en las aseguradoras ESS076 y CCFO27, la mortalidad por régimen de afiliación se ubicó en 0,2 por 100 000 mujeres afiliadas de la BDUA (ver tabla 5.22).

Estadificación en cáncer de cérvix

En cáncer de cérvix los estadios de la enfermedad se pueden clasificar de acuerdo a dos sistemas muy similares, el sistema FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) y el sistema TNM de la AJCC. Actualmente más ginecólogos y oncólogos ginecológicos están usando el sistema FIGO, pero el TNM continúa en uso. El sistema TNM clasifica el cáncer de cuello uterino tomando en cuenta tres factores: el tamaño o el alcance del cáncer (T), propagación a ganglios linfáticos (N) y presencia de metástasis (M). El sistema FIGO utiliza la misma información, sin embargo en este último la clasificación por etapas FIGO no incluye los ganglios linfáticos hasta la etapa IIIB y la etapa 0 no existe (4).

⁷ Datos país observados en el sgss colombiano.

Estadificación TNM

En el registro de estadificación TNM se observó que los regímenes subsidiado y contributivo aportaron la mayor parte de la población con cáncer de cérvix invasivo (ver figura 5.12).

Analizando la población de CNR de cáncer de cérvix invasivo, se encontró que la categoría no clasificado aportó la mayor proporción en el régimen contributivo y en los pocos casos reportados del régimen especial. En el régimen subsidiado la mayor proporción de casos se encontraba en el estadio III, seguida del estadio I (ver figura 5.12, ver tabla 5.23 para consultar valores absolutos)⁸.

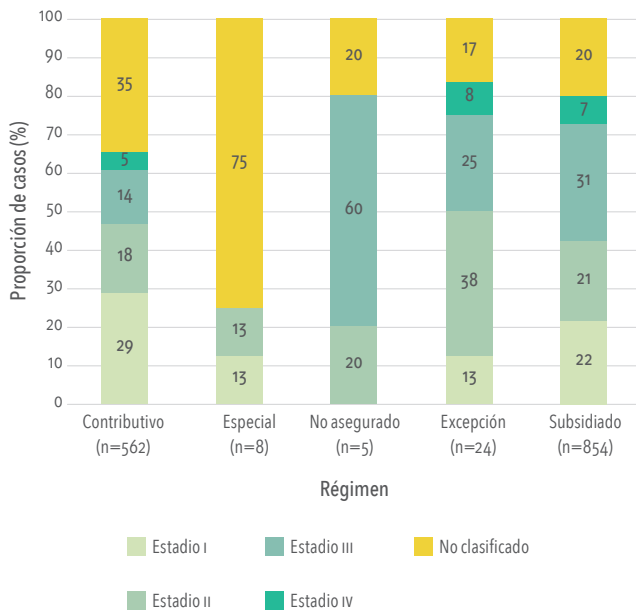


Figura 5.12. Estadificación TNM en cáncer de cérvix según régimen de afiliación

Terapia general en cáncer de cérvix

En el tratamiento general observado en los 1917 CNR⁹ con cáncer de cérvix se encontró que en el periodo de análisis 468 recibieron quimioterapia, 653 recibieron radioterapia y 599 recibieron cirugía (ver figura 5.13).

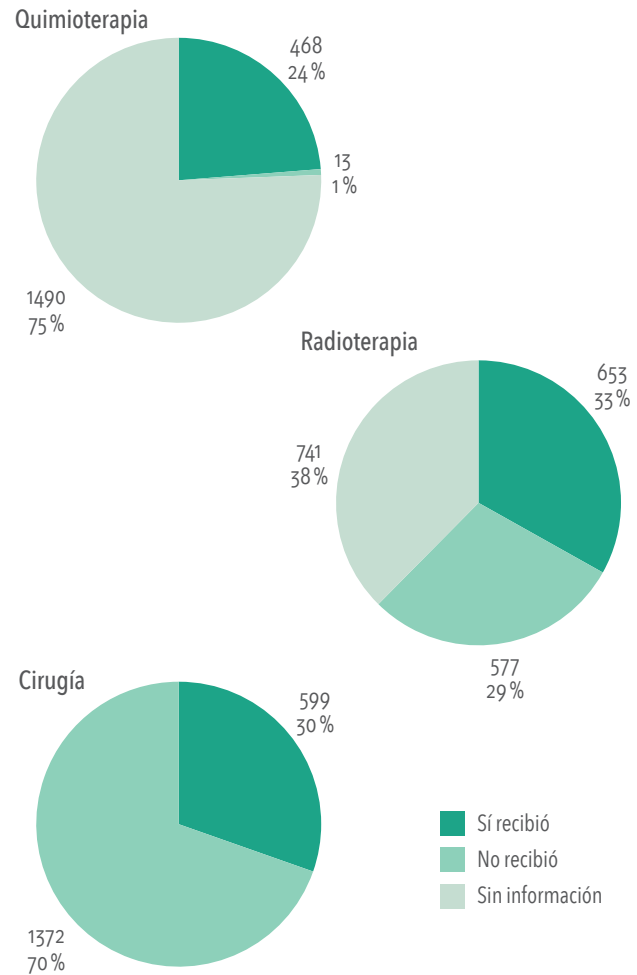


Figura 5.13. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo

Los porcentajes de registros para los que no hay información no corresponden con lo anticipado, ya que para este tipo de cáncer se esperan índices más altos de la realización de los tres tipos de terapia; se estima que lo anterior se debe a la falta de reportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC. Otra razón podría ser una falla en la gestión de soportes completos que permitan identificar dicha información.

Tratamiento en cáncer de cérvix

La Guía de Práctica Clínica colombiana establece los parámetros para definir el tratamiento del cáncer de cérvix invasivo, según el estadio TNM al momento del diagnóstico. A partir del estadio IA1 el tratamiento de elección es quirúrgico, se sugiere la histerectomía total como tratamiento estándar, con el fin de prevenir la

⁸ Datos analizados solo en población de CNR por contarse con mejor registro de información.

⁹ Datos analizados solo en población de CNR por contarse con mejor registro de información.

progresión de la enfermedad y la muerte. En estadio IA2 está indicada la histerectomía radical modificada; en estadios IB1y IIA1 se sugiere igualmente realizar la histerectomía radical. Adicionalmente, en estadios IA2, IB1 o IIA1 se recomienda la linfadenectomía pélvica como parte del tratamiento quirúrgico (5).

La radioterapia hace parte del tratamiento estándar del cáncer de cérvix, ya sea como terapia primaria concomitante con quimioterapia en los tumores localmente avanzados (IB2, IIA2, IIB, III y IV) o como terapia adyuvante sola o concomitante con quimioterapia en aquellas pacientes con estadios tempranos (IA1, IA2, IB1, IIA1) llevadas a cirugía, pero con factores de mal pronóstico para recaída (5). Para el estadio IVB el tratamiento se enfoca en el cuidado paliativo y el uso de radioterapia para controlar el sangrado y el dolor, y el uso de quimioterapia para el cáncer diseminado (6).

Las pacientes con el 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 de reducción del riesgo de muerte y de recurrencia. El cisplatino es elegido para este objeto, por evidenciar una adecuada respuesta y un aumento de la supervivencia global (5,7). Otras alternativas farmacológicas son la Gemcitabina, el Carboplatino y el Bevacizumab (8).

Medicamentos observados en el reporte

En los 1917 registros de pacientes diagnosticadas durante el periodo se observó que el principal medicamento utilizado fue el cisplatino, en concordancia con la literatura, seguido por el carboplatino, medicamento recomendado por su baja toxicidad renal. La combinación de medicamentos con mayor número de casos registrados fue la de carboplatino con paclitaxel (ver tablas 5.3 y 5.4).

Tabla 5.3. Frecuencia de registro de medicamentos POS

Medicamentos POS	CNR (n=1917)	Exclusivo*	Combinado**
Cisplatino	349	317	32
Carboplatino	96	11	85
Paclitaxel	91	2	89
Gemcitabina	6	0	6
Bevacizumab	3	0	3

* Exclusivo o acompañado de corticoides, analgésicos o antieméticos.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Tabla 5.4. Frecuencia de registro de combinaciones de medicamentos

	Combinaciones	n
Cisplatino	Cisplatino + fluorouracilo*	11
	Cisplatino + paclitaxel*	6
	Cisplatino + gemcitabina*	4
	Cisplatino + paclitaxel + bevacizumab*	2
	Cisplatino + capecitabina	2
	Cisplatino + docetaxel	1
	Cisplatino + ifosfamida*	1
	Cisplatino + etopósido	1
	Cisplatino + carboplatino	1
	Cisplatino + ciclosporina + ciclofosfamida	1
Carboplatino	Cisplatino + bleomicina	1
	Cisplatino + ciclofosfamida	1
	Carboplatino + paclitaxel*	73
	Carboplatino + paclitaxel + bevacizumab*	1
	Carboplatino + paclitaxel + bleomicina	6
	Carboplatino + paclitaxel + trastuzumab	1
	Carboplatino + cisplatino	1
	Carboplatino + gemcitabina*	1
	Carboplatino + etopósido	1
	Carboplatino + vinorelbina*	1
Paclitaxel	Paclitaxel + carboplatino**	73
	Paclitaxel + carboplatino** bevacizumab**	1
	Paclitaxel + cisplatino**	6
	Paclitaxel + cisplatino + bevacizumab**	2
	Paclitaxel + carboplatino + bleomicina	6
	Paclitaxel + cisplatino + bleomicina	1
	Paclitaxel + carboplatino + trasztuzumab	1

* Combinaciones válidas, algunas de segunda línea (8).

** Combinaciones válidas (8).

Radioterapia en cáncer de cérvix

La radioterapia forma parte del tratamiento estándar del cáncer de cérvix, específicamente cuando este se encuentra localmente avanzado, y se usa en concomitancia especialmente con cisplatino. Se encontró que, de los CNR en el periodo de reporte, 653 pacientes recibieron radioterapia y el 50 % de ellos recibió quimioterapia y radioterapia en el periodo de reporte (ver tabla 5.5). De las 349 pacientes que recibieron cisplatino, 264 recibieron radioterapia.

Tabla 5.5. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte según régimen de afiliación

Ambos tratamientos	Contributivo	Especial	No Asegurado	Excepción	Subsidiado
Recibió	183	2	3	3	261
No Recibió	235	0	2	3	356

Oportunidad en cáncer de cérvix

La oportunidad entendida como la posibilidad que tienen los individuos para acceder al sistema de salud (9), se encuentra expresada en este documento como número de días a partir de un evento temporal pasado hasta un evento temporal posterior.

En cáncer de cérvix solo el 25,2 % de la población total cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 30 días de mediana y 66 días de media (ver tabla 5.6 y figura 5.14).

Tabla 5.6. Oportunidad en prevalentes (*in situ* e invasivo)

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IOR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	3230	30	13-63	65,8	62,3-69,4	1-700

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

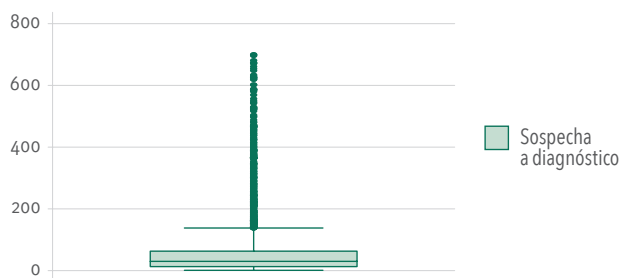


Figura 5.14 Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes

En los CNR de cáncer de cérvix general el 60 % de la población cuenta con datos para establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico, y el 56 %, para establecer el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento. En los CNR se encontró que entre la sospecha clínica hasta el diagnóstico transcurren 29 días de mediana y 47 días de media. En cuanto al tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento, la mediana fue de 49 días y la media de 61 días (ver tabla 5.7 y figura 5.15)

Tabla 5.7. Oportunidad en CNR (*in situ* e invasivo)

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IOR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	1172	29	12-45	46,5	42,4-50,6	1-681
Diagnóstico a primer tratamiento	1103	49	20-84	61,2	57,9-64,4	0-330

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

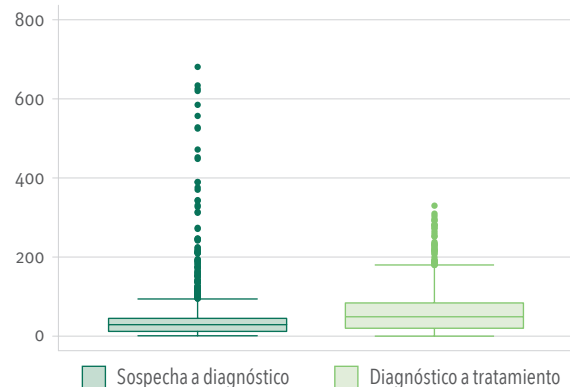


Figura 5.15 Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR

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

Tabla 5.8. Oportunidad en cáncer de cérvix *in situ*

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones **	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	288	45	17-49	53,0	45,4-60,7	1-528
Diagnóstico a primer tratamiento	203	42	16-80	58,6	50,3-67,0	0-292

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

** Datos obtenidos en CNR.

Tabla 5.9. Oportunidad en cáncer de cérvix invasivo

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones **	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	884	25	12-45	44,3	39,4-49,2	1-681
Diagnóstico a primer tratamiento	900	50	22,5-84	61,7	58,2-65,2	0-330

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

** Datos obtenidos en CNR.

Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico

Se realizó el análisis diferenciando los casos identificados como invasivos y los identificados como *in situ*, debido a la importancia que adquiere la oportunidad en el cáncer de cérvix *in situ*. En el cáncer de cérvix que se diagnostica ya en un estado invasivo, en cuanto al rango temporal de sospecha clínica a diagnóstico oncológico, en los regímenes contributivo y subsidiado, predominó el rango temporal de 30 a 59 días, seguido en frecuencia por el rango temporal de 15 a 29 días (ver figura 5.16).

Para el tumor de cérvix que se diagnostica *in situ* el rango temporal de sospecha clínica a diagnóstico, en el régimen contributivo, se concentran los casos principalmente entre 30 y 59 días, en el subsidiado la distribución es homogénea. No hay casos en los no asegurados. (ver figura 5.17).

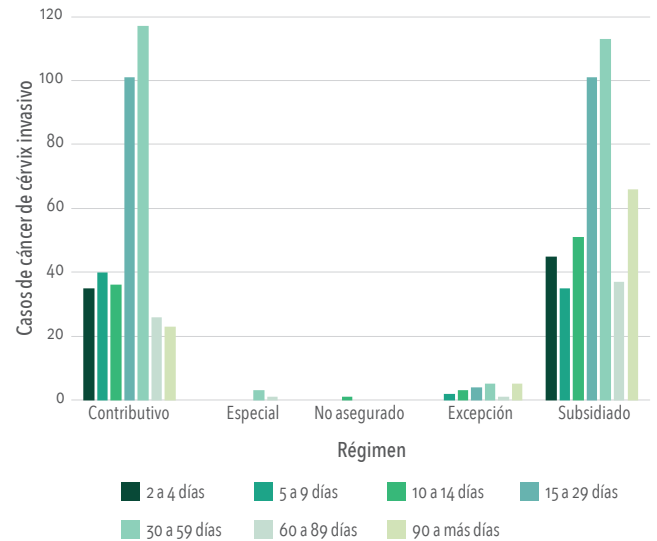


Figura 5.16. Oportunidad entre sospecha y diagnóstico en cáncer de cérvix invasivo

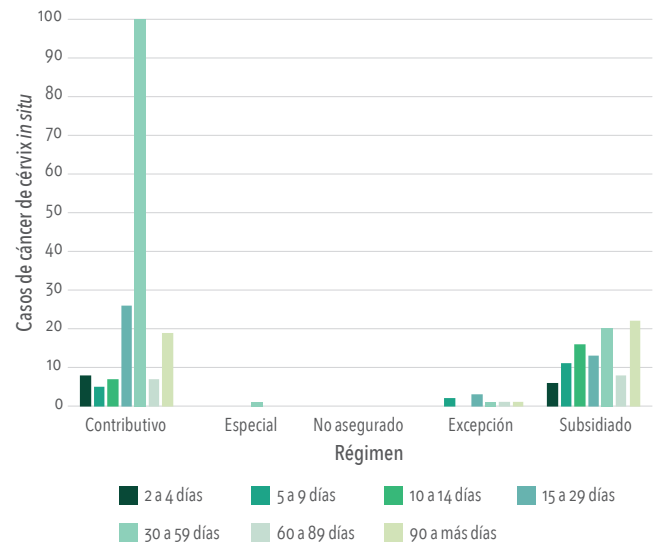


Figura 5.17. Oportunidad entre sospecha y diagnóstico en cáncer de cérvix *in situ*

Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento

Para el rango temporal de diagnóstico a primer tratamiento en cáncer de cérvix invasivo, en los regímenes contributivo y subsidiado predominó el rango temporal de 30 a 59 días, seguido de 90 o más días, con más cantidad de casos en el régimen subsidiado. No se cuenta con datos de no asegurados (ver figura 5.18).

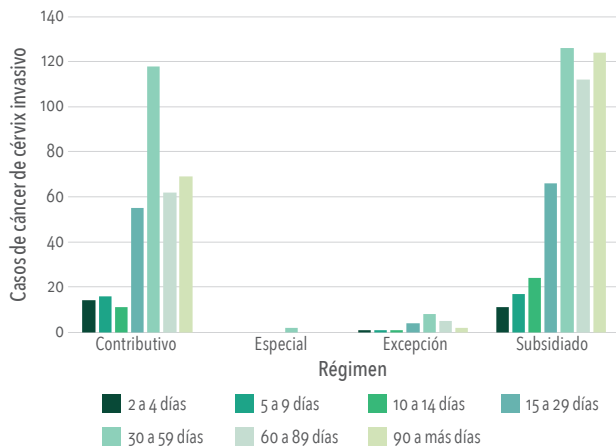


Figura 5.18. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento en cáncer de cérvix invasivo

En cáncer de cérvix *in situ* el rango temporal de diagnóstico a primer tratamiento, en el régimen contributivo, predominó el rango temporal de 30 a 59 días, mientras que en el régimen subsidiado se presentaron más casos en el rango de 90 o más días. Sobre el régimen especial y los no asegurados no se cuenta con el dato (ver figura 5.19).

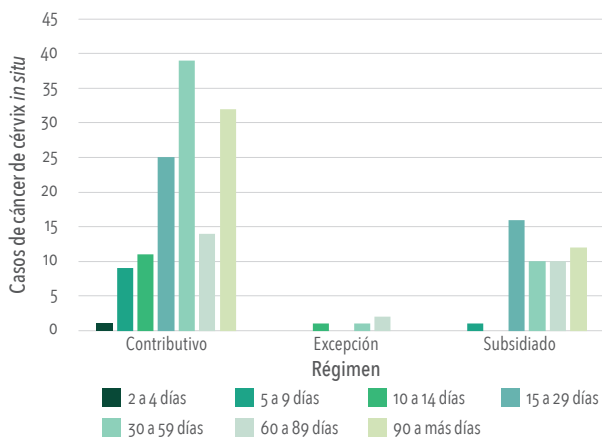


Figura 5.19. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento en cáncer de cérvix *in situ*

La CAC realizó un consenso basado en evidencia de los indicadores prioritarios en cáncer de cérvix, para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores. De los indicadores establecidos el número 8 hace referencia a la oportunidad de diagnóstico y primer tratamiento y establece tres rangos de días. Para el total de las aseguradoras del país, este indicador se encuentra por encima de los 60 días.

Tablas complementarias

Tabla 5.10. Edad promedio de la población con cáncer de cérvix

Tipo	Frecuencia (n)	Media	Desviación estándar	IC (95 %)
Todos	12 842	52,6	14,2	[52,3-52,8]
Invasivo	10 646	54,0	13,8	[53,8-54,3]
<i>In situ</i>	2196	45,6	14,3	[45,0-46,2]

Tabla 5.11. Prevalencia de cáncer de cérvix invasivo por departamento*

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Amazonas	43,8	26,5
Antioquia	55,7	59,1
Arauca	24,0	18,4
Atlántico	41,5	41,3
Bogotá, D. C.	47,8	52,7
Bolívar	45,5	41,6
Boyacá	45,7	49,0
Caldas	44,0	49,9
Caquetá	41,4	32,8
Casanare	55,3	44,4
Cauca	32,6	30,0
Cesar	47,8	39,4
Chocó	21,1	13,6
Córdoba	67,4	57,7
Cundinamarca	27,7	27,0
Guainía	25,8	14,9
Guaviare	48,3	32,0
Huila	66,2	59,4
La Guajira	20,5	14,5
Magdalena	29,5	24,9
Meta	52,1	46,4
Nariño	53,1	48,7
Norte de Santander	25,1	23,5
Putumayo	54,6	37,5
Quindío	48,1	53,9
Risaralda	53,3	60,0
San Andrés	12,1	13,0
Santander	22,8	24,4
Sucre	58,1	51,9
Tolima	36,1	37,3
Valle del Cauca	34,7	38,0
Vaupés	6,9	4,6
Vichada	6,5	5,6
Total	43,6	43,6

* Por 100 000 habitantes mujeres.

Tabla 5.12. Prevalencia de cáncer de cérvix invasivo por asegurador*

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
CCFO07	46,6	41,9
CCFO09	111,6	127,2
CCFO15	42,1	34,6
CCFO23	34,2	23,9
CCFO24	103,6	90,3
CCFO27	87,2	77,5
CCFO33	75,9	70,4
CCFO49	19,5	19,5
CCFO53	57,0	59,1
CCFO55	21,6	17,4
CCF102	7,4	4,9
EASO16	45,6	19,6
EASO27	18,3	70,5
EPSO01	19,3	25,9
EPSO02	31,5	28,3
EPSO03	28,3	27,7
EPSO05	44,8	52,4
EPSO08	47,5	50,4
EPSO10	56,4	58,4
EPSO12	47,9	54,8
EPSO16	45,1	47,4
EPSO17	42,4	40,5
EPSO18	76,0	75,0
EPSO20	2,0	2,0
EPSO22	23,6	26,2
EPSO23	29,2	28,7
EPSO25	61,9	52,8
EPSO33	153,0	145,8
EPSO37	38,3	60,7
EPSIO1	44,0	25,8
EPSIO2	67,7	50,1
EPSIO3	35,5	25,8
EPSIO4	18,7	13,2
EPSIO5	83,7	67,2
EPSIO6	83,6	63,3
EPSSO3	49,4	50,7
EPSS33	32,4	28,8
EPSS34	97,3	105,1
EPSS40	66,8	68,4
EPSS41	30,9	25,5
ESSO02	50,8	42,2
ESSO24	24,7	21,7
ESSO62	66,3	58,6
ESSO76	19,4	15,7
ESSO91	76,8	77,7
ESS118	21,8	21,2
ESS133	51,2	45,4
ESS207	97,5	83,7
Total	45,7	45,7

* Por 100 000 afiliadas.

Tabla 5.13. PCNR de cáncer de cérvix invasivo por departamento*

Departamento	PCNR ajustada	PCNR cruda
Amazonas	9,5	5,3
Antioquia	7,3	7,8
Arauca	7,0	5,4
Atlántico	4,1	4,1
Bogotá, D. C.	8,3	9,1
Bolívar	6,1	5,6
Boyacá	4,4	4,6
Caldas	5,5	6,3
Caquetá	8,7	6,7
Casanare	7,5	6,3
Cauca	4,4	4,0
Cesar	7,4	6,4
Chocó	1,1	0,8
Córdoba	12,1	10,4
Cundinamarca	5,2	5,1
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	2,6	1,9
Huila	4,6	4,2
La Guajira	3,3	2,5
Magdalena	3,5	2,9
Meta	5,8	5,2
Nariño	6,0	5,5
Norte de Santander	4,7	4,4
Putumayo	8,5	5,9
Quindío	8,1	8,7
Risaralda	7,2	8,0
San Andrés	0,0	0,0
Santander	4,0	4,2
Sucre	5,6	5,0
Tolima	6,0	6,1
Valle del Cauca	4,1	4,5
Vaupés	6,9	4,6
Vichada	2,6	2,8
Total	6,2	6,2

* Por 100 000 habitantes mujeres.

Tabla 5.14. PCNR de cáncer de cérvix invasivo por asegurador*

Asegurador	PCNR ajustada	PCNR cruda
CCFO07	9,4	8,4
CCFO09	10,7	10,9
CCFO15	8,0	6,4
CCFO23	6,8	5,3
CCFO24	7,1	6,2
CCFO27	16,2	14,7
CCFO33	1,4	2,0
CCFO49	3,3	3,5
CCFO53	15,0	16,9
CCFO55	0,0	0,0
CCF102	0,0	0,0
EASO16	0,0	0,0
EASO27	4,5	15,7
EPSO01	2,8	3,7
EPSO02	5,9	5,5
EPSO03	0,4	0,5
EPSO05	7,2	8,4
EPSO08	16,1	17,6
EPSO10	6,4	6,6
EPSO12	3,5	3,0
EPSO16	3,6	3,8
EPSO17	9,3	9,0
EPSO18	13,8	13,8
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	8,4	9,4
EPSO23	0,0	0,0
EPSO25	14,0	11,6
EPSO33	33,1	31,6
EPSO37	1,5	2,4
EPSIO1	8,6	4,8
EPSIO2	15,4	11,8
EPSIO3	6,6	4,9
EPSIO4	6,4	4,4
EPSIO5	5,4	4,6
EPSIO6	19,7	15,2
EPSSO3	8,2	8,2
EPSS33	11,0	9,8
EPSS34	16,1	16,9
EPSS40	13,3	13,5
EPSS41	0,8	0,7
ESSO02	16,7	13,9
ESSO24	1,7	1,5
ESSO62	12,9	11,4
ESSO76	0,9	0,8
ESSO91	4,9	4,9
ESS118	3,9	3,8
ESS133	5,9	5,2
ESS207	16,1	13,8
Total	6,4	6,4

* Por 100 000 afiliadas.

Tabla 5.15. Mortalidad por cáncer de cérvix invasivo por departamento*

Departamento	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	3,3	3,5
Arauca	3,2	2,3
Atlántico	2,4	2,4
Bogotá, D. C.	3,8	4,1
Bolívar	2,9	2,7
Boyacá	2,5	3,0
Caldas	4,7	5,5
Caquetá	5,8	4,2
Casanare	5,2	4,0
Cauca	3,8	3,5
Cesar	4,5	3,7
Chocó	1,3	0,8
Córdoba	6,9	2,7
Cundinamarca	1,7	3,8
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	5,2	4,7
La Guajira	0,5	0,4
Magdalena	2,5	2,1
Meta	4,6	4,0
Nariño	3,5	3,2
Norte de Santander	2,3	2,2
Putumayo	5,0	3,5
Quindío	8,1	9,0
Risaralda	4,7	5,3
San Andrés	2,2	2,6
Santander	3,2	3,4
Sucre	3,2	2,9
Tolima	2,9	3,0
Valle del Cauca	3,8	4,2
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	3,5	3,5

* Por 100 000 habitantes mujeres.

Tabla 5.16. Mortalidad por cáncer de cérvix invasivo por asegurador*

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
CCFO07	2,9	2,5
CCFO09	8,3	10,9
CCFO15	4,2	3,5
CCFO23	3,6	2,7
CCFO24	7,0	6,2
CCFO27	4,9	4,2
CCFO33	3,4	3,9
CCFO49	5,3	5,3
CCFO53	7,1	8,4
CCFO55	2,5	1,8
CCF102	1,6	1,2
EASO16	0,0	0,0
EASO27	1,1	3,9
EPSO01	1,9	2,8
EPSO02	2,5	2,3
EPSO03	2,4	2,3
EPSO05	2,7	3,2
EPSO08	2,6	2,5
EPSO10	1,3	1,1
EPSO12	5,4	5,9
EPSO16	3,1	3,2
EPSO17	3,7	3,2
EPSO18	7,1	6,4
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	0,6	0,7
EPSO23	2,5	2,0
EPSO25	5,2	4,2
EPSO33	18,1	19,4
EPSO37	2,9	5,1
EPSIO1	3,1	1,9
EPSIO2	8,2	6,4
EPSIO3	5,7	4,0
EPSIO4	0,0	0,0
EPSIO5	0,9	0,7
EPSIO6	13,6	10,1
EPSSO3	5,8	6,0
EPSS33	2,8	2,4
EPSS34	9,3	10,3
EPSS40	5,5	5,7
EPSS41	2,3	1,6
ESSO02	8,5	7,2
ESSO24	1,4	1,2
ESSO62	9,4	8,4
ESSO76	0,3	0,2
ESSO91	3,7	3,7
ESS118	2,7	2,6
ESS133	4,6	4,2
ESS207	7,0	6,0
Total	3,7	3,7

* Por 100 000 habitantes mujeres.

Tabla 5.17. Prevalencia de cáncer de cérvix *in situ* por departamento*

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Amazonas	4,1	2,6
Antioquia	4,4	4,6
Arauca	1,1	0,8
Atlántico	9,7	9,7
Bogotá, D. C.	14,6	16,0
Bolívar	6,3	5,7
Boyacá	12,1	12,1
Caldas	3,9	4,0
Caquetá	14,7	12,2
Casanare	2,9	2,8
Cauca	23,1	21,5
Cesar	25,5	21,4
Chocó	0,6	0,4
Córdoba	1,9	1,6
Cundinamarca	6,0	5,8
Guainía	7,2	5,0
Guaviare	2,9	1,9
Huila	41,8	38,4
La Guajira	3,9	2,9
Magdalena	7,5	6,4
Meta	14,3	13,7
Nariño	3,6	3,5
Norte de Santander	2,8	2,6
Putumayo	4,0	2,9
Quindío	17,1	16,7
Risaralda	8,2	8,6
San Andrés	0,0	0,0
Santander	4,7	4,9
Sucre	4,0	3,6
Tolima	4,7	4,8
Valle del Cauca	5,4	5,9
Vaupés	6,8	4,6
Vichada	10,7	8,5
Total	9,0	9,0

* Por 100 000 habitantes mujeres.

Tabla 5.18. PCNR de cáncer de cérvix *in situ* por asegurador*

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
CCFO07	2,8	2,5
CCFO09	8,9	9,1
CCFO15	1,5	1,3
CCFO23	8,6	6,6
CCFO24	68,5	59,1
CCFO27	5,8	5,2
CCFO33	8,7	7,8
CCFO49	3,6	3,5
CCFO53	1,4	1,7
CCFO55	6,7	5,5
CCF102	0,0	0,0
EASO16	0,0	0,0
EASO27	3,3	15,7
EPSO01	0,6	0,9
EPSO02	2,9	2,6
EPSO03	6,9	7,2
EPSO05	10,1	11,9
EPSO08	40,6	46,6
EPSO10	6,2	6,6
EPSO12	15,0	17,0
EPSO16	6,5	7,4
EPSO17	11,0	11,2
EPSO18	10,4	10,3
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	0,3	0,3
EPSO23	4,8	4,7
EPSO25	2,3	2,1
EPSO33	0,0	0,0
EPSO37	6,4	7,5
EPSIO1	3,9	2,9
EPSIO2	2,5	1,8
EPSIO3	8,1	6,2
EPSIO4	1,8	1,5
EPSIO5	7,1	5,9
EPSIO6	0,0	0,0
EPSSO3	9,7	9,3
EPSS33	7,6	6,8
EPSS34	29,1	28,5
EPSS40	3,9	3,9
EPSS41	8,0	6,1
ESSO02	0,0	0,0
ESSO24	1,7	1,5
ESSO62	29,8	26,3
ESSO76	16,5	13,3
ESSO91	13,5	12,9
ESS118	0,5	0,5
ESS133	10,4	8,9
ESS207	3,3	2,8
Total	9,4	9,4

* Por 100 000 afiliadas.

Tabla 5.19. PCNR de cáncer de cérvix *in situ* en mujeres por departamento*

Departamento	PCNR ajustada	PCNR cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	0,6	0,7
Arauca	1,1	0,8
Atlántico	0,8	0,8
Bogotá, D. C.	5,9	6,3
Bolívar	0,3	0,3
Boyacá	0,9	0,8
Caldas	0,6	0,6
Caquetá	4,0	3,4
Casanare	0,6	0,6
Cauca	3,4	3,2
Cesar	3,5	2,9
Chocó	0,0	0,0
Córdoba	0,1	0,1
Cundinamarca	1,6	1,6
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	3,9	3,7
La Guajira	0,4	0,4
Magdalena	1,3	1,1
Meta	0,9	0,8
Nariño	0,4	0,3
Norte de Santander	0,0	0,0
Putumayo	0,0	0,0
Quindío	7,2	6,9
Risaralda	1,4	1,4
San Andrés	0,0	0,0
Santander	0,4	0,4
Sucre	0,5	0,5
Tolima	0,8	0,9
Valle del Cauca	0,7	0,8
Vaupés	6,8	4,6
Vichada	6,4	5,6
Total	1,9	1,9

* Por 100 000 habitantes mujeres.

Tabla 5.20. PCNR de cáncer de cérvix *in situ* por asegurador*

Asegurador	PCNR ajustada	PCNR cruda
CCFO07	0,0	0,0
CCFO09	0,0	0,0
CCFO15	0,0	0,0
CCFO23	0,0	0,0
CCFO24	7,1	6,2
CCFO27	0,9	1,0
CCFO33	0,0	0,0
CCFO49	0,0	0,0
CCFO53	1,4	1,7
CCFO55	0,0	0,0
CCF102	0,0	0,0
EASO16	0,0	0,0
EASO27	0,0	0,0
EPSO01	0,0	0,0
EPSO02	0,3	0,2
EPSO03	0,1	0,1
EPSO05	1,9	2,2
EPSO08	28,6	32,6
EPSO10	1,2	1,4
EPSO12	0,7	0,7
EPSO16	0,6	0,7
EPSO17	2,0	2,2
EPSO18	2,0	2,1
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	0,3	0,3
EPSO23	0,0	0,0
EPSO25	1,2	1,1
EPSO33	0,0	0,0
EPSO37	0,0	0,0
EPSIO1	0,0	0,0
EPSIO2	1,4	0,9
EPSIO3	0,7	0,4
EPSIO4	1,8	1,5
EPSIO5	1,8	1,3
EPSIO6	0,0	0,0
EPSS03	1,1	1,1
EPSS33	2,6	2,3
EPSS34	8,2	7,5
EPSS40	0,4	0,4
EPSS41	0,0	0,0
ESSO02	0,0	0,0
ESSO24	0,2	0,2
ESSO62	5,4	4,8
ESSO76	3,5	2,8
ESSO91	0,0	0,0
ESS118	0,1	0,1
ESS133	0,7	0,6
ESS207	0,8	0,7
Total	2,0	2,0

* Por 100 000 afiliadas.

Tabla 5.21. Mortalidad por cáncer de cérvix *in situ* por departamento*

Departamento	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	0,1	0,2
Arauca	0,0	0,0
Atlántico	0,2	0,2
Bogotá, D. C.	0,0	0,0
Bolívar	0,2	0,2
Boyacá	0,1	0,2
Caldas	0,0	0,0
Caquetá	0,0	0,0
Casanare	0,0	0,0
Cauca	0,5	0,4
Cesar	1,2	0,8
Chocó	0,0	0,0
Córdoba	0,0	0,0
Cundinamarca	0,0	0,0
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	0,4	0,3
La Guajira	0,3	0,2
Magdalena	1,0	0,8
Meta	0,2	0,2
Nariño	0,2	0,2
Norte de Santander	0,3	0,3
Putumayo	0,0	0,0
Quindío	0,0	0,0
Risaralda	0,2	0,2
San Andrés	0,0	0,0
Santander	0,2	0,2
Sucre	0,3	0,2
Tolima	0,3	0,3
Valle del Cauca	0,2	0,2
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	0,2	0,2

* Por 100 000 habitantes mujeres.

Tabla 5.22. Mortalidad por cáncer de cérvix *in situ* por asegurador

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
CCFO07	0,0	0,0
CCFO09	0,0	0,0
CCFO15	0,0	0,0
CCFO23	0,0	0,0
CCFO24	0,4	0,4
CCFO27	0,9	1,0
CCFO33	0,0	0,0
CCFO49	0,0	0,0
CCFO53	0,0	0,0
CCFO55	0,3	0,3
CCF102	0,0	0,0
EASO16	0,0	0,0
EASO27	0,5	3,9
EPSO01	0,0	0,0
EPSO02	0,0	0,0
EPSO03	0,3	0,3
EPSO05	0,1	0,1
EPSO08	0,0	0,0
EPSO10	0,1	0,1
EPSO12	0,0	0,0
EPSO16	0,1	0,1
EPSO17	0,0	0,0
EPSO18	0,3	0,2
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	0,0	0,0
EPSO23	0,8	0,3
EPSO25	0,0	0,0
EPSO33	0,0	0,0
EPSO37	0,1	0,1
EPSIO1	0,0	0,0
EPSIO2	0,0	0,0
EPSIO3	0,0	0,0

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
EPSIO4	0,0	0,0
EPSIO5	0,0	0,0
EPSIO6	0,0	0,0
EPSSO3	0,4	0,4
EPSS33	0,3	0,3
EPSS34	0,0	0,0
EPSS40	0,3	0,3
EPSS41	0,0	0,0
ESSOO2	0,0	0,0
ESSO24	0,0	0,0
ESSO62	0,9	0,8
ESSO76	1,7	1,4
ESSO91	0,0	0,0
ESS118	0,1	0,1
ESS133	0,1	0,1
ESS207	0,0	0,0
Total	0,2	0,2

* Por 100 000 afiliadas.

Tabla 5.23. Estadificación TNM en cáncer de cérvix invasivo según régimen de afiliación

Estadio TNM	Negativo (0 o 1+) (%)	Indeterminado (2+) (%)	Positivo (3+) (%)	Sin dato (%)	Total (%)
Estadio I	29	13	0	13	22
Estadio II	18	13	20	38	21
Estadio III	14	0	60	25	31
Estadio IV	5	0	0	8	7
No clasificado	35	75	20	17	20

Indicadores de gestión del riesgo

Los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de cuello uterino en Colombia (10) son:

- INDICADOR 1.1** Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica (prevalentes).
- INDICADOR 1.2** Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica (CNR).
- INDICADOR 2.** Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA-IB1 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 tempranos.
- INDICADOR 6.2** Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con valoración por cuidado paliativo, estadios tardíos.
- 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 diagnóstico 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 13 y 14 no se midieron ya que aún no se cuenta con dicha información en el registro.

EAPB	Indicador 1.1 (%)	Indicador 1.2 (%)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (%)
	● >78 ● 69-78 ● <69	● >78 ● 69-78 ● <69	● >=90 ● 60-89 ● <60	● >62 ● 45-62 ● <45	● >65 ● 49-65 ● <49	● >=90 ● 60-89 ● <60
CCF007	● 56,1	● 66,7	● 100	● 20,0	● 40,0	● 0,0
CCF009	● 100	● 100	● 50,0	● 100	● 50,0	● 0,0
CCF015	● 91,0	● 95,0	● 0,0	● 45,5	● 0,0	● 0,0
CCF023	● 68,8	● 75,0	● 0,0	● 50,0	● 50,0	● 0,0
CCF024	● 89,7	● 100	● 0,0	● 54,5	● 72,7	● 9,1
CCF027	● 92,7	● 100	***	● 90,0	● 30,0	● 0,0
CCF033	● 100	● 100	***	● 100	● 0,0	● 0,0
CCF049	● 90,0	● 100	***	● 50,0	● 50,0	● 0,0
CCF053	● 28,6	● 44,4	● 0,0	● 33,3	● 0,0	● 0,0
CCF055	● 100	***	***	***	***	***
CCF102	● 66,7	***	***	***	***	***
EAS016	● 100	***	***	***	***	***
EAS027	● 46,7	● 75,0	● 50,0	● 100	● 0,0	● 0,0
EPS001	● 85,7	● 100	● 0,0	● 50,0	● 100	● 0,0
EPS002	● 86,3	● 82,0	● 36,4	● 86,7	● 86,7	● 0,0
EPS003	● 37,5	● 70,0	● 0,0	● 50,0	● 16,7	● 0,0
EPS005	● 12,8	● 8,5	● 0,0	● 33,3	● 33,3	● 0,0
EPS008	● 61,8	● 60,7	● 51,6	● 56,5	● 13,0	● 8,7
EPS010	● 78,9	● 94,0	● 86,5	● 84,6	● 73,1	● 0,0
EPS012	● 66,0	● 75,0	***	● 33,3	● 0,0	● 0,0
EPS016	● 69,8	● 67,7	● 11,1	● 58,3	● 50,0	● 8,3
EPS017	● 96,7	● 91,7	● 4,8	● 4,3	● 43,5	● 0,0
EPS018	● 40,3	● 50,0	● 0,0	● 52,2	● 39,1	● 17,4
EPS020	● 0,0	***	***	***	***	***
EPS022	● 92,9	● 91,7	● 16,7	● 31,3	● 37,5	● 0,0
EPS023	● 14,3	● 90,9	***	***	***	***
EPS025	● 78,4	● 90,9	● 25,0	● 50,0	● 66,7	● 0,0
EPS033	● 85,0	● 92,3	● 0,0	● 100	● 37,5	● 0,0
EPS037	● 58,1	● 62,9	● 0,0	● 26,7	● 13,3	● 6,7
EPSI01	● 90,5	● 100	● 0,0	● 33,3	● 100	● 0,0
EPSI02	● 91,4	● 75,0	● 50,0	● 85,7	● 71,4	● 0,0
EPSI03	● 91,7	● 90,9	● 100	● 100	● 55,6	● 0,0
EPSI04	● 100	● 100	***	● 100	● 100	● 0,0
EPSI05	● 94,5	● 85,7	***	● 33,3	● 33,3	● 0,0
EPSI06	● 68,4	● 83,3	***	● 40,0	● 20,0	● 0,0
EPSS03	● 72,2	● 80,0	● 16,7	● 53,8	● 11,5	● 3,8
EPSS33	● 63,6	● 60,4	● 12,5	● 100	● 37,5	● 0,0
EPSS34	● 65,3	● 77,3	● 15,0	● 13,2	● 31,6	● 0,0
EPSS40	● 76,1	● 73,2	● 50,0	● 74,1	● 31,5	● 0,0
EPSS41	● 66,7	● 0,0	***	***	***	***
ESS002	● 84,7	● 71,9	● 33,3	● 71,4	● 42,9	● 0,0
ESS024	● 53,0	● 90,9	● 100	● 44,4	● 66,7	● 0,0
ESS062	● 72,1	● 84,3	● 61,5	● 51,6	● 45,2	● 8,1
ESS076	● 62,2	● 100	● 0,0	***	***	***
ESS091	● 91,1	● 100	● 100	● 75,0	● 100	● 0,0
ESS118	● 64,3	● 81,6	● 0,0	● 70,4	● 29,6	● 0,0
ESS133	● 56,1	● 79,5	● 14,3	● 50,0	● 60,7	● 0,0
ESS207	● 71,0	● 78,4	● 26,1	● 65,7	● 82,9	● 0,0
Total	● 67,4	● 73,8	● 34,8	● 57,9	● 44,5	● 2,5

SITUACIÓN DEL CÁNCER EN COLOMBIA

Cáncer de cérvix Cie-10: C53; Cie-0-3: C53



Indicador 6.1 (%)	Indicador 6.2 (%)	Indicador 7 (días)	Indicador 8 (días)	Indicador 9 (días)	Indicador 10 (días)	Indicador 11 (por 100 000 hab.)	Indicador 12 (por 100 000 hab.)
Por definir	Por definir	● ≤ 60 ● 61-75 ● > 75	● ≤ 30 ● 31-45 ● > 45	● ≤ 30 ● 31-45 ● > 45	● ≤ 15 ● 16-30 ● > 30	Por definir	● < 5,5 ● 5,5-8,2 ● > 8,2
20,0	0,0	● 176	● 31,0	● 72,2	● 22,5	11,2	● 1,2
3,6	7,1	● 117,8	● 58,0	● 17,5	● 39,8	14,7	● 9,8
0,0	4,9	● 124,3	● 85,9	● 21,5	● 69,9	9,6	● 3,4
0,0	0,0	● 125,5	● 82,0	● 35,7	● 52,5	8,3	● 4,2
1,7	9,6	● 178	● 88,6	● 56,0	● 48,1	8,7	● 7,6
0,0	3,0	● 37,0	● 18,9	● 12,7	● 7,0	14,8	● 5,9
0,0	0,0	● 82,0	● 61,0	● 35,0	● 26,0	2,8	● 5,7
0,0	0,0	● 126	***	***	● 97,0	4,8	● 7,2
0,0	0,0	***	***	● 1,0	***	20,1	● 6,7
58,3	***	***	***	***	***	0,0	● 2,3
***	0,0	***	***	***	***	0,0	● 2,0
0,0	***	***	***	***	***	0,0	● 0,0
0,0	0,0	● 55,0	● 80,5	● 24,8	● 37,0	16,5	● 8,3
0,0	0,0	● 149,3	● 7,7	● 19,0	● 4,0	3,4	● 1,1
4,1	9,1	● 86,9	● 65,7	● 20,8	● 45,8	6,2	● 1,2
0,0	0,0	● 213	● 34,0	● 58,5	● 21,0	0,5	● 0,5
0,0	3,8	● 53,3	● 41,1	● 8,9	● 16,6	9,0	● 2,3
4,7	1,3	● 126,9	● 77,1	● 45,3	● 51,7	18,5	● 1,7
5,5	16,3	● 52,1	● 37,1	● 17,5	● 27,2	7,0	● 0,3
0,0	9,1	***	● 116	● 45,3	● 45,0	3,8	● 5,6
4,0	5,1	● 52,1	● 53,4	● 17,1	● 52,3	2,7	● 1,9
3,6	17,9	● 55,3	● 43,3	● 19,2	● 39,2	7,3	● 2,7
10,7	3,2	● 119,3	● 80,0	● 41,9	● 52,0	15,8	● 6,8
***	***	***	***	***	***	0,0	● 0,0
0,0	24,0	● 204,9	● 75,4	● 5,5	● 72,8	11,1	● 0,9
***	0,0	***	***	***	***	0,0	● 0,0
8,3	11,8	● 297	● 71,9	● 0,0	● 210,6	17,5	● 6,4
0,0	7,7	● 69,4	● 53,2	● 7,7	● 45,5	37,8	● 17,4
1,6	15,4	● 133,9	● 30,2	● 13,2	● 18,5	2,6	● 4,0
0,0	0,0	● 111	● 61,3	● 2,7	● 59,3	8,6	● 1,7
0,0	0,0	● 87,5	● 84,8	● 9,6	● 77,5	16,9	● 7,0
25,0	3,4	● 154,7	● 45,3	● 32,4	● 18,1	7,8	● 4,9
0,0	0,0	● 118	● 55,3	● 32,3	● 23,0	7,2	● 0,0
0,0	0,0	***	● 32,0	***	● 7,3	6,8	● 1,0
0,0	0,0	***	● 125,5	● 35,8	● 125	24,4	● 12,2
0,0	9,1	● 102,3	● 85,1	● 23,6	● 65,7	9,5	● 1,4
11,1	5,1	● 66,8	● 45,0	● 7,2	● 40,3	11,1	● 2,9
4,5	15,5	● 76,3	● 74,8	● 5,9	● 71,3	15,8	● 5,9
2,9	7,0	● 63,9	● 48,2	● 25,8	● 35,5	16,9	● 4,1
0,0	33,3	***	● 11,0	***	● 11,0	0,7	● 0,7
4,2	6,3	● 148,2	● 84,1	● 13,4	● 76,4	18,8	● 8,8
0,0	12,5	● 51,8	● 51,4	● 35,6	● 26,8	1,6	● 1,0
2,0	7,9	● 114,8	● 61,8	● 25,6	● 44,1	13,2	● 9,5
0,0	5,0	***	***	● 47,0	***	1,2	● 0,6
0,0	0,0	● 101	● 91,3	● 32,0	● 75,7	4,3	● 4,3
7,7	7,1	● 83,3	● 52,6	● 57,3	● 13,8	5,1	● 2,6
0,0	2,9	● 81,0	● 73,7	● 51,9	● 36,4	6,5	● 4,4
0,0	0,5	● 113,3	● 75,2	● 22,7	● 56,6	16,1	● 5,9
4,3	7,2	● 9448,1	● 60,3	● 24,5	● 46,1	7,1	● 2,9

Régimen	Indicador 1.1 (%)	Indicador 1.2 (%)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (%)
	● >78	● >78	● >=90	● >62	● >65	● >=90
	● 69-78	● 69-78	● 60-89	● 45-62	● 49-65	● 60-89
	● <69	● <69	● <60	● <45	● <49	● <60
Contributivo	● 61,5	● 65,2	● 42,0	● 57,1	● 46,9	● 4,6
Especial	● 44,4	● 33,3	● 100	● 0,0	● 0,0	● 0,0
No asegurado	● 100	***	***	***	***	***
Excepción	● 46,9	● 77,8	● 100	● 75,0	● 75,0	● 0,0
Subsidiado	● 72,8	● 79,2	● 28,9	● 58,2	● 43,5	● 1,7
Total	● 67,1	● 73,6	● 35,5	● 58,1	● 45,0	● 2,5

Renglón	Indicador 1.1 (%)	Indicador 1.2 (%)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (%)
	● >78	● >78	● >=90	● >62	● >65	● >=90
	● 69-78	● 69-78	● 60-89	● 45-62	● 49-65	● 60-89
	● <69	● <69	● <60	● <45	● <49	● <60
CCF contributivo	● 66,2	● 69,3	● 18,8	● 36,6	● 23,9	● 6,5
CCF subsidiado	● 80,3	● 86,8	● 25,0	● 60,4	● 32,5	● 1,0
Comerciales contributivo	● 55,6	● 75,1	● 30,7	● 63,7	● 73,3	● 0,0
Comerciales subsidiado	● 64,6	● 75,7	● 7,3	● 76,0	● 25,8	● 1,0
Cooperativas contributivo	● 69,8	● 67,7	● 11,1	● 58,3	● 50,0	● 8,3
Cooperativas subsidiado	● 69,3	● 85,8	● 41,9	● 61,2	● 61,1	● 1,2
Indígenas y adaptadas	● 85,4	● 87,1	● 50,0	● 70,3	● 54,3	● 0,0
Públicas y mixtas	● 62,5	● 66,0	● 21,3	● 39,0	● 36,1	● 1,3
Total	● 67,4	● 73,8	● 34,8	● 57,9	● 44,5	● 2,5

Bibliografía

1. International Agency for Research on Cancer. Cancer Fact Sheets: Cervical Cancer. World Health Organization [Internet]. 2012; Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
2. Sherris J, Herdman C, Elias C. Cervical cancer in the developing world. West J Med. 2001;09/29. 2001;175(4):231-3.
3. National Cancer Institute. Cervical Cancer Prevention (PDQ®)-Health Professional Version [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.cancer.gov/types/cervical/hp/cervical-prevention-pdq>
4. American Cancer Society. Cervical Cancer Stages [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/detection-diagnosis-staging/staged.html>

Indicador 6.1 (%)	Indicador 6.2 (%)	Indicador 7 (días)	Indicador 8 (días)	Indicador 9 (días)	Indicador 10 (días)	Indicador 11 (por 100 000 hab.)	Indicador 12 (por 100 000 hab.)
		● ≤ 60	● ≤ 30	● ≤ 30	● ≤ 15		● < 5,5
Por definir	Por definir	● 61-75	● 31-45	● 31-45	● 16-30	Por definir	● 5,5-8,2
		● > 75	● > 45	● > 45	● > 30		● > 8,2
4,1	9,6	● 86,8	● 55,9	● 26,1	● 39,7	5,3	● 2,0
0,0	0,0	● 45,0	● 45,0	● 8,8	● 45,0	***	SD
0,0	0,0	***	***	***	***	***	SD
0,0	7,7	● 90,4	● 37,2	● 25,9	● 21,9	***	SD
4,6	5,9	● 100,5	● 63,1	● 23,6	● 50,1	9,2	● 3,9
4,2	7,2	● 94,2	● 59,9	● 24,5	● 45,6	7,3	● 2,9

Indicador 6.1 (%)	Indicador 6.2 (%)	Indicador 7 (días)	Indicador 8 (días)	Indicador 9 (días)	Indicador 10 (días)	Indicador 11 (por 100 000 hab.)	Indicador 12 (por 100 000 hab.)
		● ≤ 60	● ≤ 30	● ≤ 30	● ≤ 15		● < 5,5
Por definir	Por definir	● 61-75	● 31-45	● 31-45	● 16-30	Por definir	● 5,5-8,2
		● > 75	● > 45	● > 45	● > 30		● > 8,2
4,7	7,9	● 100,5	● 79,1	● 37,9	● 47,0	11,3	● 4,2
8,4	2,5	● 120,8	● 60,8	● 31,4	● 45,3	8,6	● 5,1
2,4	5,9	● 85,4	● 37,9	● 16,5	● 23,4	5,1	● 1,0
2,8	5,5	● 112,9	● 54,3	● 24,2	● 43,1	14,7	● 5,6
4,0	5,1	● 52,1	● 53,4	● 17,1	● 52,3	2,7	● 1,9
1,7	5,3	● 99,1	● 70,0	● 35,7	● 47,1	8,3	● 4,6
3,1	0,5	● 105,2	● 69,2	● 22,9	● 49,6	11,0	● 4,4
2,9	17,8	● 115,2	● 51,9	● 10,1	● 70,0	9,2	● 3,1
4,3	7,2	● 94,5	● 60,3	● 24,5	● 46,1	7,1	● 2,9

- 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.
- 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.
- Monk BJ, Willmott LJ, Sumner DA. Anti-angiogenesis agents in metastatic or recurrent cervical cancer. Gynecol Oncol [Internet]. 2010;116(2):181-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2009.09.033>
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cervical Cancer. 2016; Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp

9. 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-ATENCION-EN-SALUD.aspx>
10. 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 [Internet]. 2016. 1-115 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/boletines/CAC_C

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1 Casos de cáncer de cérvix en el país y en la BDUA	95
Tabla 5.2. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación	96
Tabla 5.3. Frecuencia de registro de medicamentos POS	101
Tabla 5.4. Frecuencia de registro de combinaciones de medicamentos	101
Tabla 5.5. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte según régimen de afiliación	102
Tabla 5.6. Oportunidad en prevalentes (<i>in situ</i> e invasivo)	102
Tabla 5.7. Oportunidad en CNR (<i>in situ</i> e invasivo)	102
Tabla 5.8. Oportunidad en cáncer de cérvix <i>in situ</i>	103
Tabla 5.9. Oportunidad en cáncer de cérvix invasivo	103
Tabla 5.10. Edad promedio de la población con cáncer de cérvix	104
Tabla 5.11. Prevalencia de cáncer de cérvix invasivo por departamento	104
Tabla 5.12. Prevalencia de cáncer de cérvix invasivo por asegurador	105
Tabla 5.13. PCNR de cáncer de cérvix invasivo por departamento	105
Tabla 5.14. PCNR de cáncer de cérvix invasivo por asegurador	106
Tabla 5.15. Mortalidad por cáncer de cérvix invasivo por departamento	106
Tabla 5.16. Mortalidad por cáncer de cérvix invasivo por asegurador	107
Tabla 5.17. Prevalencia de cáncer de cérvix <i>in situ</i> por departamento	107
Tabla 5.18. PCNR de cáncer de cérvix <i>in situ</i> por asegurador	108
Tabla 5.19. PCNR de cáncer de cérvix <i>in situ</i> en mujeres por departamento	108
Tabla 5.20. PCNR de cáncer de cérvix <i>in situ</i> por asegurador	109
Tabla 5.21. Mortalidad por cáncer de cérvix <i>in situ</i> por departamento	109
Tabla 5.22. Mortalidad por cáncer de cérvix <i>in situ</i> por asegurador	110
Tabla 5.23. Estadificación TNM en cáncer de cérvix invasivo según régimen de afiliación	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 5.1. Histograma de edad en cáncer de cérvix.	95
Figura 5.2. Quintil-normal de edad en cáncer de cérvix	96
Figura 5.3. Prevalencia de cáncer de cérvix invasivo por departamento	96
Figura 5.4. Comparativo cáncer de cérvix.	96
Figura 5.5. PCNR de cáncer de cérvix invasivo por departamento	97
Figura 5.6. PCNR de cáncer de cérvix respecto a PCNR de cáncer global.	97
Figura 5.7. PCNR de cáncer de cérvix respecto a PCNR de cáncer global en mujeres	97
Figura 5.8. Mortalidad por cáncer de cérvix invasivo por departamento.	98
Figura 5.9. Prevalencia de cáncer de cérvix <i>in situ</i> por departamento	98
Figura 5.10. PCNR de cáncer de cérvix <i>in situ</i> por departamento	99
Figura 5.11. Mortalidad por cáncer de cérvix <i>in situ</i> por departamento	99
Figura 5.12. Estadificación TNM en cáncer de cérvix según régimen de afiliación.	100
Figura 5.13. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo.	100
Figura 5.14. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes	102
Figura 5.15. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR.	102
Figura 5.16. Oportunidad entre sospecha y diagnóstico en cáncer de cérvix invasivo	103
Figura 5.17. Oportunidad entre sospecha y diagnóstico en cáncer de cérvix <i>in situ</i>	103
Figura 5.18. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento en cáncer de cérvix invasivo	104
Figura 5.19. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento en cáncer de cérvix <i>in situ</i>	104

CÁNCER DE COLON Y RECTO
CIE-10: C18-C21; CIE-O-3: C18-C21
(INCLUYE AÑO)

CÁNCER DE COLON Y RECTO CIE-10: C18-C21; CIE-O-3: C18-C21 (INCLUYE ANO)

El cáncer de colon y recto es el tercer tipo de cáncer más frecuente en ambos sexos, siendo el tercer cáncer más común en los hombres y el segundo en las mujeres en todo el mundo. Aproximadamente el 55 % de los casos ocurren en las regiones más desarrolladas. Las tasas de incidencia varían en todo el mundo, encontrando las tasas más altas en Australia y Nueva Zelanda, y las más bajas en África Occidental (1).

Según la Organización Panamericana de la Salud, en la región de las Américas el cáncer de colon y recto es el cuarto cáncer más común tanto en hombres como en mujeres, calculando que cada año se presentan en la región más de 246 000 nuevos casos y aproximadamente 112 000 muertes debidas a esta enfermedad. Se espera que para el año 2030 la incidencia de cáncer de colon y recto aumente en un 60 % en la región, si no se realizan las acciones necesarias para evitarlo (2).

Características generales de la población con cáncer de colon y recto

En Colombia, de los once tipos de cáncer reportados a la CAC, el cáncer de colon y recto ocupó el tercer lugar de los tumores malignos más frecuentes en la población, con un total de 13 220 pacientes afectados por esta neoplasia, 12 801 con cáncer invasivo. Se presentaron un total de 2151 pacientes nuevos durante el periodo, lo cual representa el 6,9 % del total de casos nuevos por todos los tipos de cáncer, 2089 de estos casos fueron catalogados como invasivos. Se consideró usar la misma codificación que indica la IARC para el registro de este tipo de cáncer, en el cual se incluye el cáncer de ano (3). Teniendo en cuenta lo anterior y basándose en el CIE10 registrado, se encontró que 7786 (58,9 %) pacientes fueron incluidos con diagnóstico de cáncer de colon, 4579 (34,6 %) con cáncer de recto y 855 (6,5 %) con cáncer de ano.

En el país la prevalencia fue de 26,6 por 100 000 habitantes y la PCNR, de 4,3 por 100 000 habitantes. La revalencia por aseguradora fue de 35,3 afectados por 100 000 afiliados de la BDUA y la PCNR por aseguramiento, de 4,5 afectados por 100 000 afiliados de la BDUA.

El total de pacientes fallecidos con cáncer de colon y recto fue de 1599, con una mortalidad de 3,2 por 100 000 habitantes en el país.

Edad de los pacientes con cáncer de colon y recto

La edad promedio de los pacientes con cáncer de colon y recto reportados en el registro fue de 63 años de edad, teniendo en cuenta todas las edades (ver tabla 6.12).

En el histograma de la edad de los pacientes con cáncer de colon y recto, la distribución sigue un patrón aproximadamente normal, al igual que en el diagrama de quintil-normal se evidenciaron colas y asimetría hacia la izquierda, dadas por casos con aparición en edades tempranas (ver figuras 6.1 y 6.2).

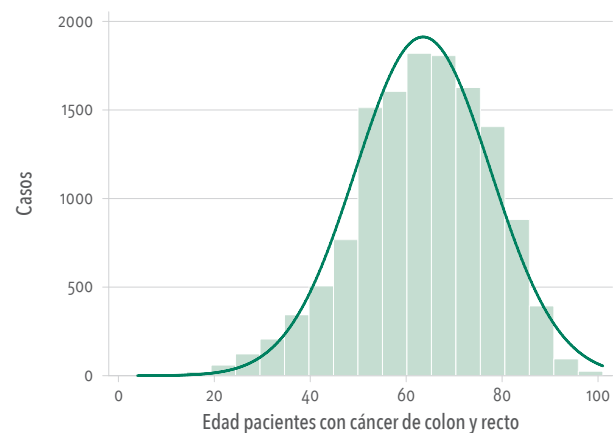


Figura 6.1. Histograma de edad en cáncer de colon y recto

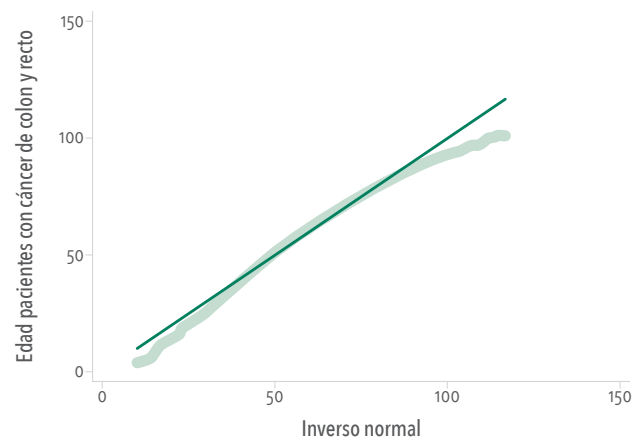


Figura 6.2. Quintil-normal de edad en cáncer de colon y recto

Grupos etarios en cáncer de colon y recto y distribución por sexo

En la distribución por grupos etarios del cáncer de colon y recto se encontró que la población más afectada está conformada por personas mayores de 45 años, con el 81,6 % de los casos (ver tabla 6.13). Las proporciones de afección por cáncer de colon y recto por sexo fueron mayores para las mujeres en todos los grupos etarios, encontrando que la enfermedad fue más frecuente entre los 65 y los 75 años de edad para ambos sexos (ver figura 6.3). Se reportó un total de 7276 mujeres y 5944 hombres; con una razón Mujer: Hombre de 1,2: 1 (ver figura 6.4).

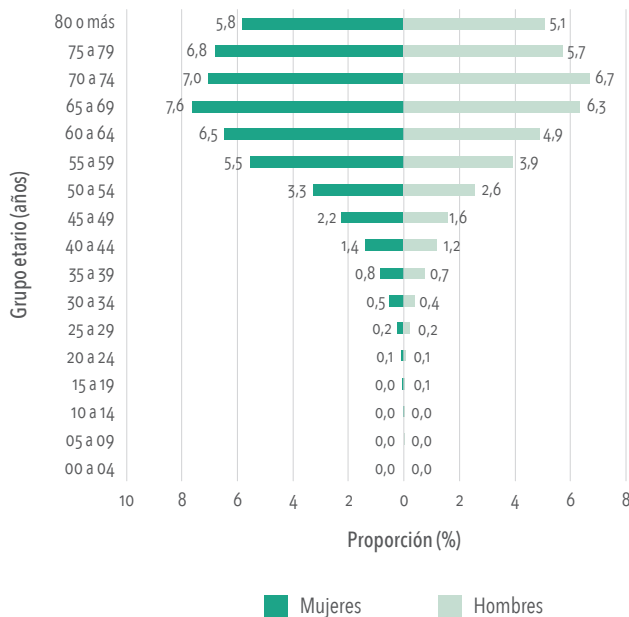


Figura 6.3. Distribución de cáncer de colon y recto según grupo etario y sexo

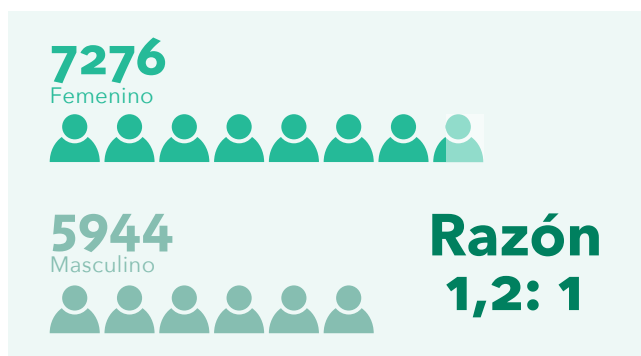


Figura 6.4. Distribución de cáncer de colon y recto según sexo

Morbimortalidad por cáncer de colon y recto

Prevalencia de cáncer de colon y recto en el país

La prevalencia de cáncer de colon y recto invasivo en el país fue de 26,6 por 100 000 habitantes (ver tabla 6.14)¹. Los departamentos más prevalentes fueron Bogotá D. C., Risaralda, Antioquia, Caldas, Quindío y Valle del Cauca, con prevalencias de 43,1 a 32,6 por 100 000 habitantes (ver figura 6.5). Los departamentos menos prevalentes fueron Guainía, Vichada, La Guajira, Vaupés, Putumayo, Guaviare y Chocó, con 0 a 7,5 casos de cáncer de colon y recto por 100 000 habitantes (ver figura 6.5).

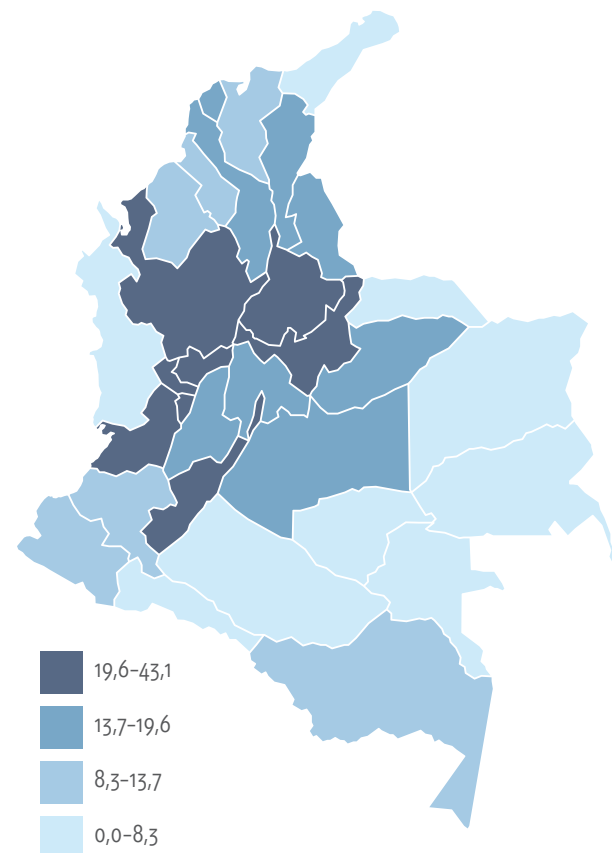


Figura 6.5. Prevalencia de cáncer de colon y recto invasivo por departamento

El total de pacientes afectados con cáncer de colon y recto fue de 13 220 en el periodo considerado, de los cuales 12 801 eran casos invasivos, lo cual representa el 6,8 % de todos los tipos de cáncer prevalentes invasivos en la población colombiana reportada (ver figura 6.6).

¹ Datos país observados en el sgsss colombiano.

SITUACIÓN DEL CÁNCER EN COLOMBIA

Cáncer de colon y recto Cie-10: C18-C21; Cie-O-3: C18-C21 (Incluye ano)

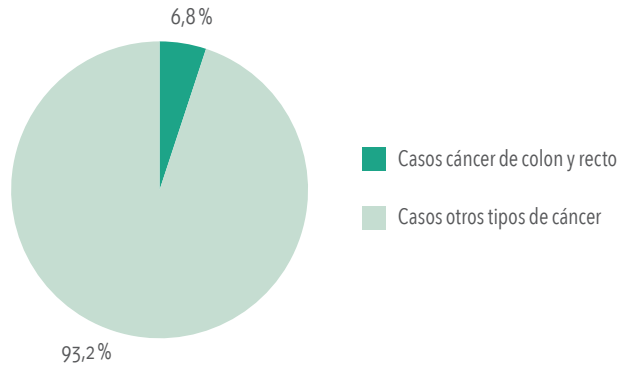


Figura 6.6. Prevalencia de cáncer de colon y recto respecto a prevalencia de cáncer global

Prevalencia de cáncer de colon y recto en la BDUA

La prevalencia de cáncer de colon y recto invasivo por régimen de afiliación fue de 27,5 por 100 000 afiliados de la BDUA. Al hacer una distinción entre los regímenes subsidiado y contributivo, se encontró que el contributivo presenta una mayor prevalencia de casos (ver tabla 6.1). Las aseguradoras con mayores tasas de prevalencia ajustada fueron EPSO18 y EPSO08 (ver tabla 6.15).

Tabla 6.1. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación

Pacientes con cáncer de colon y recto en la BDUA	Pacientes contributivo	Pacientes subsidiado	Prevalencia contributivo	Prevalencia subsidiado	Prevalencia total c y s
12 296	9340	2956	41,6	13,3	27,5

Comparación de morbilidad entre 2015 y 2016

La morbilidad comparada entre los dos periodos analizados hasta el momento, evidenciaron que la prevalencia, la PCNR y la mortalidad aumentaron. El mayor aumento se observa en la prevalencia con un menor aumento de la PCNR y de la mortalidad, esto puede deberse tanto al comportamiento esperado de la enfermedad, así como a la adición de pacientes con cáncer de ano en el análisis (ver figura 6.7).

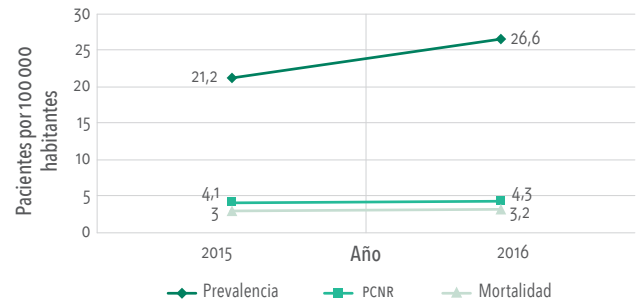


Figura 6.7. Morbimortalidad por cáncer de colon y recto

PCNR de cáncer de colon y recto en el país

La PCNR de cáncer de colon y recto invasivo en el país se ubicó en 4,3 por 100 000 habitantes (ver tabla 6.16)². Los departamentos con mayor PCNR fueron Bogotá D. C., Risaralda, Antioquia, Quindío, San Andrés y Providencia, Caldas y Valle del Cauca, con proporciones de 8,1 a 4,3 por 100 000 habitantes (ver figura 6.8). Los departamentos con menor PCNR fueron Vichada, Vaupés, Guainía, Amazonas, La Guajira, Putumayo, Guaviare, Arauca y Sucre, con proporciones de 0 a 1,1 por 100 000 habitantes (ver figura 6.8). La PCNR de cáncer de colon y recto representa el 6,9 % de la PCNR total de cáncer en la población (ver figura 6.9).

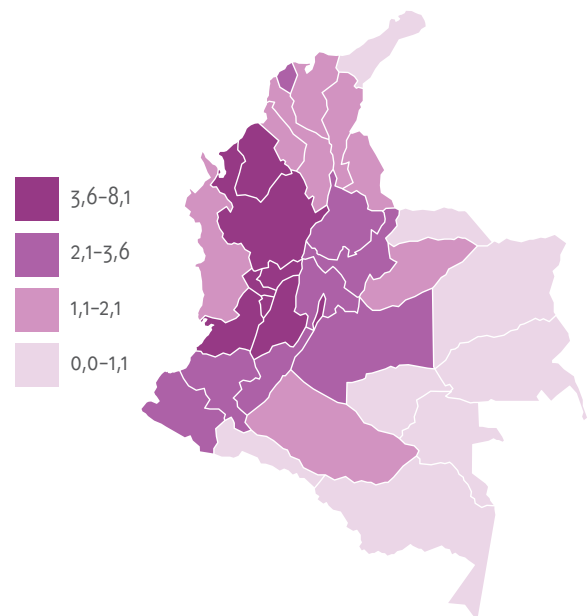


Figura 6.8. PCNR de cáncer de colon y recto invasivo por departamento

² Datos país observados en el sgsss colombiano.

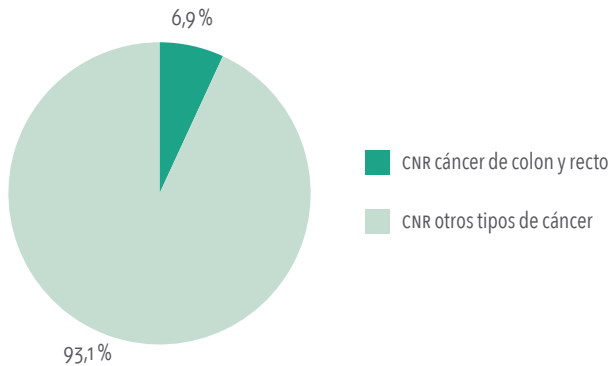


Figura 6.9. PCNR de cáncer de colon y recto respecto a PCNR de cáncer global

PCNR de cáncer de colon y recto en la BDUA

La PCNR de cáncer de colon y recto invasivo por régimen de afiliación, frente a todos los tipos de cáncer invasivos reportados como nuevos, fue de 7%, con una tasa de 4,5 afectados por 100 000 pacientes afiliados de la BDUA. Las aseguradoras con mayor PCNR fueron EPSO33 y CCF053 (ver tabla 6.17).

Mortalidad por cáncer de colon y recto en el país

La mortalidad por cáncer de colon y recto invasivo en el país fue de 3,2 casos por 100 000 habitantes (ver tabla 6.18)³. Los departamentos con mayor mortalidad fueron Risaralda, Bogotá D. C., Caldas, Quindío, Valle del Cauca, Antioquia y Huila, con tasas de 5,4 a 3,2 por 100 000 habitantes (ver figura 6.10).

Los departamentos con menores tasas de mortalidad por cáncer de colon y recto fueron Vichada, Vaupés, San Andrés y Providencia, Guainía, La Guajira, Putumayo, Casanare, Sucre y Magdalena, con tasas de 0 a 0,9 por 100 000 habitantes (ver figura 6.10).

Mortalidad por cáncer de colon y recto en la BDUA

La mortalidad por cáncer de colon y recto invasivo registró las mayores tasas ajustadas en las aseguradoras EPSO12 y EPSO18. La mortalidad por régimen de afiliación se ubicó en 3,4 por 100 000 afiliados de la BDUA (ver tabla 6.19).

³ Datos país observados en el sgsss colombiano.

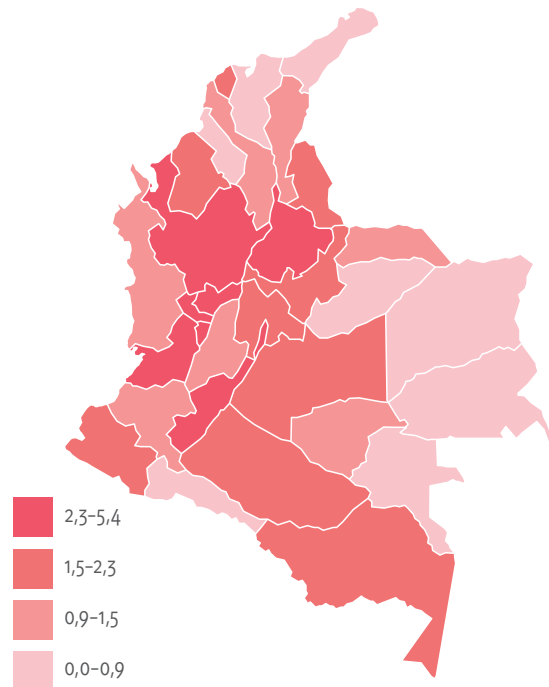


Figura 6.10. Mortalidad por cáncer de colon y recto invasivo por departamento

Estadificación en cáncer de colon y recto

Muchos factores afectan el pronóstico en cáncer de colon y recto, y el más importante para establecer pronóstico es la estadificación tumoral, la cual tiene en cuenta el grado de invasión de la pared intestinal, las metástasis locales y las metástasis distantes, para este fin existen 3 sistemas de clasificación diferentes, sistema Duke, sistema Astle Coller, y sistema TNM (4) (ver tabla 6.2).

Tabla 6.2. Clasificaciones en cáncer de colon y recto

Compromiso	Dukes	Astle Coller	TNM
Tumor confinado a la mucosa	A	A	Tis, No
Invasión tumoral confinada a la mucosa, no nódulos	A	B1	T1, No
Invasión limitada a la submucosa con nódulos	C	C1	T1, N1-2
Tumor que invade la mucosa sin compromiso nodal	A	B2	T2, No
Invade la capa muscular y compromiso de nódulos	C	C1	T2, N1-2
Ocupa la capa muscular sin compromiso nodular	B	B2	T3, No

Compromiso	Dukes	Astle Collier	TNM
Ocupa la capa muscular con compromiso nodular	C	C2	T3, N1-2
Compromiso tumoral de órganos vecinos sin compromiso nodular	B	B2	T4, No
Compromiso tumoral de órganos vecinos con compromiso nodular	C	C2	T4, N1-2
Otros factores y metástasis distantes	D	D	T1-4, No-2, M1

Adaptado de: TNM and Modified Dukes staging along with the demographic characteristics of patients with colorectal carcinoma (4).

Estadificaciones TNM y Dukes

La estadificación TNM en el registro de cáncer de colon y recto para CNR mostró que los regímenes contributivo y subsidiado aportaron la mayor parte de la población (ver figura 6.11)⁴. Se reportó una gran cantidad (cerca del 43 % del total) de datos que no cuenta con estadificación TNM en todos los regímenes.

Al analizar la población de CNR con reporte de TNM se encontró que los estadios II y III aportan la mayor proporción, con 35 % en el régimen contributivo, y 40 % en el subsidiado (ver figura 6.11).

Por otro lado, la estadificación por el sistema Dukes mostró que tan solo el 22 % de la población se encuentra clasificada por medio de este sistema. El estadio más frecuente fue el A, con 7,9 %, seguido del estadio B con 7,3 %. El reporte actual evidencia que la escala Dukes se encuentra en desuso (ver tabla 6.20).

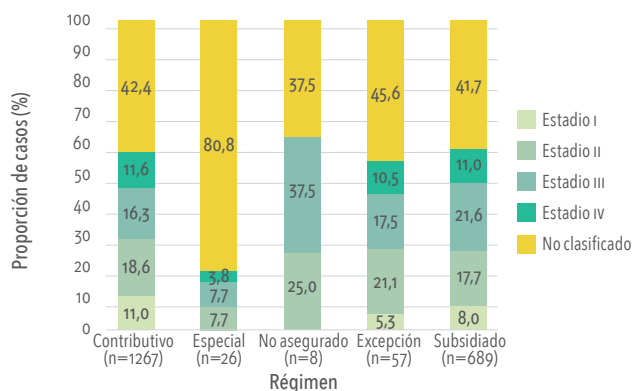


Figura 6.11. Estadificación TNM en cáncer de colon y recto según régimen de afiliación

⁴ Datos analizados solo en población de CNR por contarse con mejor registro de información.

Terapia general en cáncer de colon y recto

En el tratamiento general observado en los 2151 CNR⁵ con cáncer de colon y recto se encontró que en el periodo de análisis 796 recibieron quimioterapia, 431 recibieron radioterapia y 716 recibieron cirugía (ver figura 6.12).

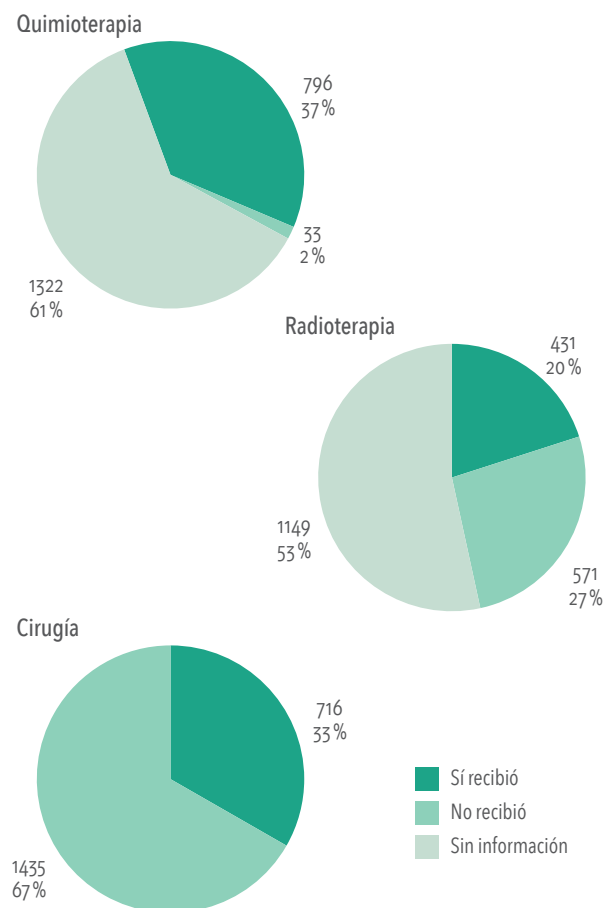


Figura 6.12. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo

Los porcentajes de registros para los que no hay información no corresponden con lo anticipado, ya que para este tipo de cáncer se esperan índices más altos de la realización de los tres tipos de terapia; se estima que lo anterior se debe a la falta de reportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC. Otra razón podría ser una falla en la gestión de soportes completos que permitan identificar dicha información.

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

Medicamentos en cáncer de colon y recto

El 5 fluorouracilo sigue siendo uno de los pilares de la quimioterapia en cáncer de colon y recto, tanto en terapia adyuvante, como en manejo de estadios metastásicos. Adicionalmente se ha incrementado el uso de las fluoropirimidinas orales como la capecitabina y el 5 fluorouracilo, en combinación con oxaliplatino e irinotecán. Algunos regímenes combinados establecen infusiones continuas con fluorouracilo o capecitabina (5).

Las combinaciones usadas más frecuentemente son (6,7):

- 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

Generalmente la quimioterapia para el cáncer anal consiste en una combinación de fármacos, más comúnmente incluyendo mitomicina C o cisplatino. La quimioterapia es particularmente eficaz en el tratamiento del cáncer anal cuando se administra en combinación con una terapia de radiación (8).

Medicamentos observados en el reporte

En esta ocasión se analizaron los casos de cáncer de colon y recto y de cáncer de ano por separado. Del primero, se obtuvo un total de 1981 CNR y se encontró que los tres medicamentos más usados fueron el fluorouracilo, el oxaliplatino y la capecitabina (ver tablas 6.3 y 6.4).

Tabla 6.3. Frecuencia de registro de medicamentos POS

Medicamento POS	CNR (n=1981)	Exclusivo*	Combinado**
Fluorouracilo	473	194	279
Capecitabina	210	99	111
Leucovorina	130	4	126
Bevacizumab	44	3	41

* Exclusivo o acompañado de corticoides, analgésicos o antieméticos.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Tabla 6.4. Frecuencia de registro de medicamentos no POS

Medicamento no POS	CNR (n=1981)	Exclusivo*	Combinado**
Oxaliplatino	253	16	237
Irinotecan	13	0	13
Cetuximab	3	0	3
Panitumomab	1	0	1

* Exclusivo o acompañado de corticoides, analgésicos o antieméticos.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Se determinaron las combinaciones registradas con base en los esquemas establecidos para este tipo de cáncer, encontrando que el esquema más frecuentemente registrado fue FU-LV (fluorouracilo más leucovorina) (ver tabla 6.5).

Tabla 6.5. Frecuencia de registro de esquemas de medicamentos

Esquema		CNR (n=1981)	Esquema exclusivo*	Esquema combinado
FU-LV	Fluorouracilo + leucovorina	122	76	46
XELOX	Capecitabina + oxaliplatino	93	83	10
FOLFOX	Fluorouracilo + leucovorina + oxaliplatino	40	35	5
FOLFIRI	Fluorouracilo + leucovorina + irinotecán	2	1	1
FOLFOXIRI	Fluorouracilo + leucovorina + oxaliplatino + irinotecán	0	0	0
FOLFIRI-CETUXIMAB	Fluorouracilo + leucovorina + irinotecán + cetuximab	1	1	0
FOLFIRI-BEVACIZUMAB	Fluorouracilo + leucovorina + irinotecán + bevacizumab	0	0	0
FOLFIRI-PANITUMOMAB	Fluorouracilo + leucovorina + irinotecán + panitumomab	0	0	0

* Puede ir acompañado de medicamentos de soporte.

Los esquemas combinados muestran diferentes opciones válidas en su mayoría. Se presentan algunos ejemplos a continuación: de los 46 combinados en FU-LV, 35 están combinados con oxaliplatino (FOLFOX), uno con irinotecán (FOLFIRI), uno con irinotecán más

cetuximab, cinco con oxaliplatino más bevacizumab, dos con bevacizumab, uno con capecitabina y uno con ciclofosfamida (no indicada). De los diez medicamentos combinados de XELOX, nueve se combinaron con bevacizumab y uno con panitumomab más capecitabina. Los cinco registros del esquema FOLFOX combinado, registraron adicionalmente el uso de bevacizumab.

En la terapia dirigida de los CNR con cáncer de colon y recto se encontraron tres medicamentos reportados, bevacizumab, registrado en su mayoría junto con oxaliplatino (25 casos); cetuximab, combinado en un caso con FOLFIRI, uno con irinotecán y uno con oxaliplatino; y panitumomab, en conjunto con XELOX (ver tabla 6.6).

Tabla 6.6. Terapia dirigida

Medicamento	CNR (n=1981)	Esquema exclusivo*	Esquema combinado
Bevacizumab	44	3	41
Cetuximab	3	0	3
Panitumomab	1	0	1

* Puede ir acompañado de medicamentos de soporte.

En cuanto al cáncer anal, durante el periodo se registraron 170 casos nuevos. El medicamento reportado con mayor frecuencia fue el fluorouracilo, seguido de la mitomicina C (ver tablas 6.7 y 6.8).

Tabla 6.7. Frecuencia de registro de medicamentos POS en cáncer de ano

Medicamento POS	CNR (n=170)	Exclusivo	Combinado
Fluorouracilo	30	9	21
Cisplatino	10	3	7

Tabla 6.8. Frecuencia de registro de medicamentos no POS en cáncer de ano

Medicamento no POS	CNR (n=170)	Exclusivo	Combinado
Mitomicina C	14	3	11

Radioterapia en cáncer de colon y recto

Del total de CNR, 371 pacientes recibieron radioterapia en cáncer de colon y recto como parte del manejo,

de estos el 55 % recibió radioterapia y quimioterapia durante el periodo de reporte (ver tabla 6.9).

Tabla 6.9. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte según régimen de afiliación

Ambos tratamientos	Contributivo	Especial	No Asegurado	Excepción	Subsidiado
Recibió	140	5	1	7	86
No Recibió	115	1	0	7	62

Oportunidad en cáncer de colon y recto

La oportunidad entendida como la posibilidad que tienen los individuos para acceder al sistema de salud (9), se encuentra expresada en este documento como número de días a partir de un evento temporal pasado hasta un evento temporal posterior.

En cáncer de colon y recto el 26 % de la población prevalente cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 27 días de mediana y 70 días de media (ver tabla 6.10 y figura 6.13).

En los CNR se observa un aumento en la cantidad de pacientes que cuentan con información para determinar oportunidad. Se pudo establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico del 61 % de la población, y el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento, del 51 %. Se encontró que desde la sospecha clínica hasta el diagnóstico trascurren 22 días de mediana y 43 días de media, y entre diagnóstico y primer tratamiento, 39 días de mediana y 53 días de media (ver tabla 6.11 y figura 6.14).

Tabla 6.10. Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	3388	27	12-63	70,0	66,1-73,9	1-720

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

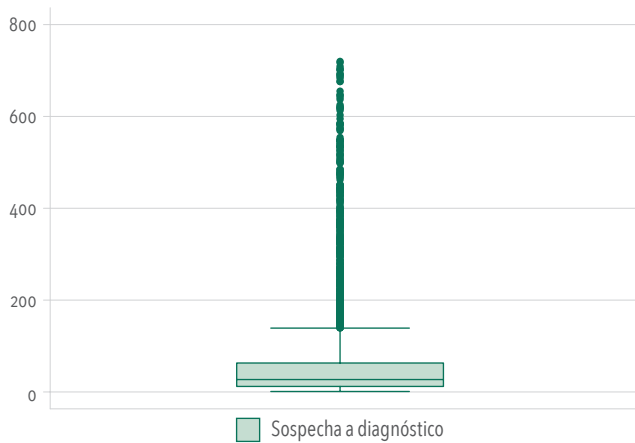


Figura 6.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes

Tabla 6.11. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IOR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	1313	22	9-45	42,9	38,8-47,1	1-701
Diagnóstico a primer tratamiento	1088	39	19-72	52,9	50,0-55,8	0-313

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

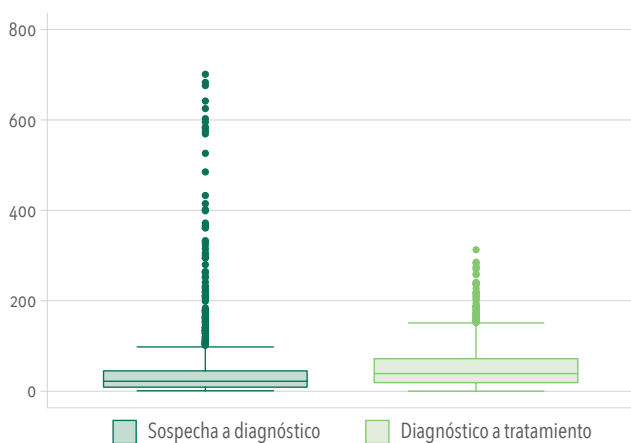


Figura 6.14. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR

Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico

En los resultados del intervalo de tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico de los CNR, predominó el rango de 30 a 59 días, seguido en frecuencia por el rango temporal de 15 a 29 días, en los regímenes contributivo y subsidiado (ver figura 6.15).

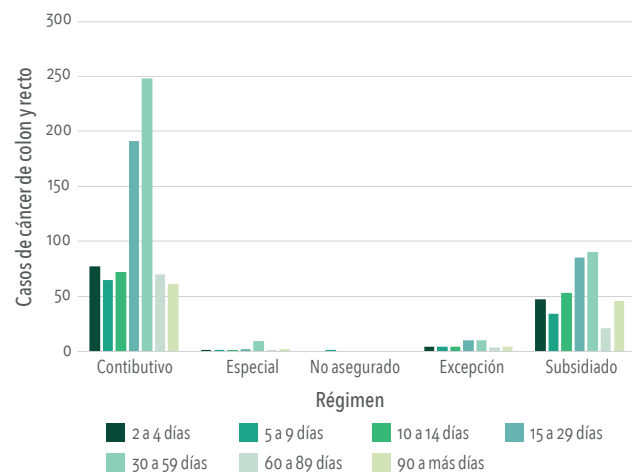


Figura 6.15. Oportunidad entre sospecha y diagnóstico

Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento

Para el rango temporal entre el diagnóstico y el primer tratamiento recibido en los CNR de los regímenes contributivo y subsidiado, predominó el rango de 30 a 59 días (ver figura 6.16).

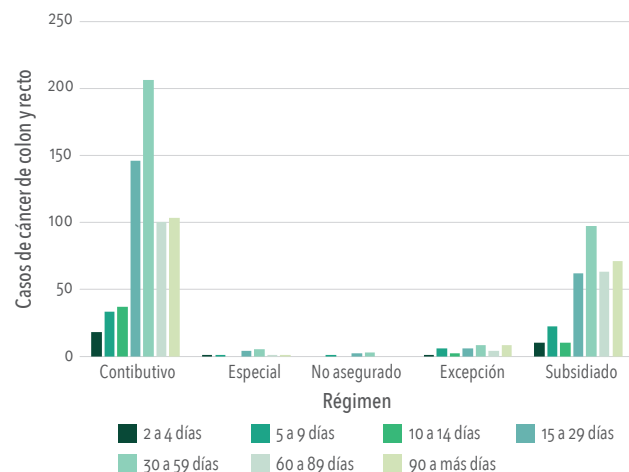


Figura 6.16. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento

Tablas complementarias

Tabla 6.12. Edad promedio de la población con cáncer de colon y recto

Frecuencia (n)	Media	Desviación estándar	IC (95 %)
13 220	64	14,1	[63,3-63,8]

Tabla 6.13. Distribución de cáncer de colon y recto según grupo etario y sexo

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
Menores de 19 años	20	17	37
20 a 24 años	28	32	60
25 a 29 años	69	54	123
30 a 34 años	108	99	207
35 a 39 años	182	162	344
40 a 44 años	294	213	507
45 a 49 años	430	338	768
50 a 54 años	732	518	1250
55 a 59 años	854	647	1501
60 a 64 años	1006	836	1842
64 a 69 años	927	888	1815
70 a 74 años	895	758	1653
75 a 79 años	768	675	1443
80 a más años	963	707	1670
Total	7276	5944	13 220

Tabla 6.14. Prevalencia de cáncer de colon y recto invasivo por departamento*

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Amazonas	12,2	5,2
Antioquia	37,7	39,8
Arauca	8,1	5,7
Atlántico	18,0	17,5
Bogotá, D. C.	43,1	44,8
Bolívar	14,3	13,2
Boyacá	19,6	22,7
Caldas	35,1	42,9
Caquetá	8,3	6,5
Casanare	14,1	10,7
Cauca	11,7	11,2

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Cesar	13,7	10,9
Chocó	7,5	4,8
Córdoba	13,4	11,6
Cundinamarca	18,9	18,9
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	5,8	4,5
Huila	24,7	22,4
La Guajira	2,6	1,8
Magdalena	10,9	9,4
Meta	17,5	15,2
Nariño	11,3	10,7
Norte de Santander	19,3	18,1
Putumayo	4,6	3,5
Quindío	33,9	40,9
Risaralda	41,6	48,5
San Andrés	11,7	11,8
Santander	21,8	23,8
Sucre	12,1	11,4
Tolima	16,1	18,1
Valle del Cauca	32,6	35,9
Vaupés	3,3	2,3
Vichada	2,1	1,4
Total	26,6	26,6

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 6.15. Prevalencia por cáncer de colon y recto invasivo por asegurador*

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
CCFO07	18,8	16,7
CCFO09	30,3	37,9
CCFO15	5,2	4,6
CCFO23	3,8	2,8
CCFO24	30,1	27,9
CCFO27	14,0	12,8
CCFO33	9,6	8,8
CCFO49	6,1	6,5
CCFO53	26,8	29,6
CCFO55	5,0	4,0
CCF102	1,3	0,6

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
EASO16	55,7	148,3
EASO27	39,1	192,6
EPSO01	46,0	60,6
EPSO02	34,0	24,7
EPSO03	24,2	20,9
EPSO05	60,7	71,3
EPSO08	65,9	59,3
EPSO10	52,3	41,4
EPSO12	65,6	63,8
EPSO16	50,8	46,6
EPSO17	51,5	37,8
EPSO18	66,6	53,9
EPSO20	4,0	4,2
EPSO22	11,6	14,5
EPSO23	25,2	21,5
EPSO25	9,9	8,5
EPSO33	45,8	35,8
EPSO37	30,6	62,1
EPSIO1	1,5	1,0
EPSIO2	7,4	5,9
EPSIO3	4,9	3,8
EPSIO4	3,0	2,3
EPSIO5	5,5	4,4
EPSIO6	6,3	5,1
EPSSO3	17,0	18,8
EPSS33	10,6	9,9
EPSS34	33,1	37,3
EPSS40	25,3	28,2
EPSS41	6,1	5,7
ESSO02	8,5	7,4
ESSO24	5,9	5,3
ESSO62	18,1	17,2
ESSO76	4,6	3,8
ESSO91	20,6	23,2
ESS118	6,1	5,9
ESS133	13,3	12,6
ESS207	16,7	14,5
Total	27,5	27,5

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 6.16. PCNR de cáncer de colon y recto invasivo por departamento*

Departamento	PCNR ajustada	PCNR cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	5,9	6,2
Arauca	1,1	0,8
Atlántico	3,4	3,3
Bogotá, D. C.	8,1	8,5
Bolívar	1,5	1,4
Boyacá	3,6	4,2
Caldas	5,7	7,0
Caquetá	1,7	1,3
Casanare	2,0	1,4
Cauca	2,1	2,0
Cesar	1,3	1,1
Chocó	1,2	0,8
Córdoba	3,6	3,1
Cundinamarca	3,3	3,3
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	1,1	0,9
Huila	2,4	2,2
La Guajira	0,3	0,2
Magdalena	1,8	1,6
Meta	3,3	2,8
Nariño	2,1	1,9
Norte de Santander	2,0	1,9
Putumayo	0,4	0,3
Quindío	5,9	7,1
Risaralda	6,0	7,0
San Andrés	5,8	5,2
Santander	2,2	2,4
Sucre	1,1	1,1
Tolima	3,9	4,4
Valle del Cauca	4,3	4,8
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	4,3	4,3

* Por 100 000 habitantes

Tabla 6.17. PCNR de cáncer de colon y recto invasivo por asegurador*

Asegurador	PCNR ajustada	PCNR cruda
CCFO07	2,4	2,3
CCFO09	11,0	13,6
CCFO15	1,7	1,5
CCFO23	0,0	0,0
CCFO24	5,4	5,0
CCFO27	4,3	3,7
CCFO33	0,0	0,0
CCFO49	0,0	0,0
CCFO53	15,9	17,1
CCFO55	0,2	0,1
CCF102	0,0	0,0
EASO16	14,7	27,8
EASO27	4,5	29,8
EPSO01	3,9	5,0
EPSO02	6,2	4,7
EPSO03	0,5	0,4
EPSO05	10,3	12,2
EPSO08	15,2	13,7
EPSO10	10,3	8,6
EPSO12	3,5	3,1
EPSO16	5,5	5,1
EPSO17	12,4	9,4
EPSO18	15,0	12,2
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	3,8	4,7
EPSO23	0,0	0,0
EPSO25	3,4	2,8
EPSO33	21,9	15,9
EPSO37	2,1	4,5
EPSIO1	0,0	0,0
EPSIO2	4,2	3,2
EPSIO3	0,9	0,7
EPSIO4	0,0	0,0
EPSIO5	0,8	0,7
EPSIO6	3,2	2,6
EPSSO3	3,5	4,0
EPSS33	3,9	3,7
EPSS34	8,3	9,3
EPSS40	6,3	7,0
EPSS41	0,4	0,2
ESSO02	4,4	3,8
ESSO24	0,4	0,4
ESSO62	5,1	4,9
ESSO76	1,0	0,8
ESSO91	2,1	2,5
ESS118	1,6	1,5
ESS133	2,6	2,5
ESS207	3,9	3,4
Total	4,5	4,5

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 6.18. Mortalidad de cáncer de colon y recto invasivo por departamento*

Departamento	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Amazonas	1,8	1,3
Antioquia	4,4	4,6
Arauca	1,1	0,8
Atlántico	2,0	1,9
Bogotá, D. C.	5,3	5,4
Bolívar	1,2	1,1
Boyacá	2,2	2,5
Caldas	5,0	6,2
Caquetá	1,9	1,5
Casanare	0,3	0,3
Cauca	1,3	1,2
Cesar	1,0	0,8
Chocó	1,5	1,0
Córdoba	1,9	1,6
Cundinamarca	2,2	2,2
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	1,1	0,9
Huila	3,2	2,9
La Guajira	0,3	0,2
Magdalena	0,9	0,8
Meta	2,3	2,0
Nariño	1,5	1,4
Norte de Santander	2,1	2,0
Putumayo	0,3	0,3
Quindío	5,0	6,0
Risaralda	5,4	6,4
San Andrés	0,0	0,0
Santander	2,9	3,2
Sucre	0,6	0,6
Tolima	1,5	1,6
Valle del Cauca	4,7	5,2
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	3,2	3,2

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 6.19. Mortalidad por cáncer de colon y recto invasivo por asegurador*

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
CCFO07	2,1	1,8
CCFO09	3,7	4,9
CCFO15	0,7	0,7
CCFO23	0,0	0,0
CCFO24	3,6	3,4
CCFO27	0,5	0,5
CCFO33	0,0	0,0
CCFO49	0,0	0,0
CCFO53	3,5	3,6
CCFO55	0,6	0,4
CCF102	1,3	0,6
EASO16	6,7	18,5
EASO27	2,6	16,1
EPSO01	6,5	8,0
EPSO02	3,6	2,6
EPSO03	3,0	2,5
EPSO05	6,4	7,5
EPSO08	6,9	5,8
EPSO10	4,1	3,1
EPSO12	10,5	9,6
EPSO16	5,7	5,1
EPSO17	6,1	4,2
EPSO18	10,1	7,3
EPSO20	0,9	1,0
EPSO22	1,1	1,4
EPSO23	2,4	1,8
EPSO25	0,8	0,6
EPSO33	5,7	4,0

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
EPSO37	4,8	10,3
EPSIO1	0,0	0,0
EPSIO2	0,5	0,5
EPSIO3	1,2	0,9
EPSIO4	0,0	0,0
EPSIO5	0,4	0,3
EPSIO6	0,0	0,0
EPSSO3	2,7	3,0
EPSS33	1,4	1,3
EPSS34	4,8	5,4
EPSS40	3,5	4,0
EPSS41	0,9	0,9
ESSO02	2,3	2,0
ESSO24	0,3	0,3
ESSO62	3,6	3,5
ESSO76	0,7	0,6
ESSO91	1,5	1,5
ESS118	1,2	1,1
ESS133	1,2	1,2
ESS207	1,6	1,4
Total	3,4	3,4

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 6.20. Estadificación Dukes en cáncer de colon y recto

Clasificación Dukes	Casos en CNR
A	171
B	158
C	99
D	44
No establecido	1679

Indicadores de gestión del riesgo

Los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de colon y recto en Colombia (10) son:

- INDICADOR 1.** Oportunidad de diagnóstico (tiempo entre la consulta o remisión para diagnóstico y el reporte histopatológico (días)).
- 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 10.** Oportunidad entre el inicio de tratamiento y el primer abordaje multidisciplinario (nutrición – psicología).
- INDICADOR 11.** Proporción de pacientes 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 (distal, radial), el tamaño del tumor y el grado histológico.
- INDICADOR 13.** Supervivencia a 5 años.
- INDICADOR 14.** Tasa de mortalidad general.
- INDICADOR 15.** Incidencia de cáncer de colon y recto.

Los indicadores 10, 12 y 13 no fueron medidos ya que no se cuenta con la información en el reporte.

EAPB	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6	Indicador 7	Indicador 8	Indicador 9	Indicador 11	Indicador 14	Indicador 15
	(días)	(%)	(%)	(%)	(%)	(días)	(semanas)	(semanas)	(%)	(%)	(por 100 000 hab)	(por 100 000 hab)
	< 30	> 3,6	> 19	> 63	> 90	< 30	8-12	<= 8	> 90	> 11	Por definir	Por definir
30-59	2,2-3,6	15-19	59-63	60-90	30-59	> 12	> 8	60-90	0,8-11,			
>= 60	<= 2,2	<= 15	<= 59	<= 60	>= 60	> 12	> 8	<= 60	<= 8			
CCF007	71,0	0,0	40,0	60,0	0,0	93,0	***	68,0	50,0	20,0	1,8	2,3
CCF009	41,2	0,0	14,3	100	57,1	92,8	***	35,0	44,4	14,3	4,9	13,6
CCF015	44,8	0,0	44,4	77,8	20,0	95,0	***	***	0,0	11,1	0,7	1,5
CCF023	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	0,0
CCF024	46,9	0,0	18,5	66,7	16,7	67,0	***	45,5	16,7	3,7	3,4	5,0
CCF027	47,6	0,0	0,0	14,3	20,0	29,3	***	***	***	0,0	0,5	3,7
CCF033	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	0,0
CCF049	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	0,0
CCF053	***	5,0	0,0	10,0	0,0	***	***	***	0,0	0,0	3,6	18,0
CCF055	15,0	50,0	50,0	100	0,0	51,0	***	***	0,0	50,0	0,6	0,3
CCF102	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,6	0,0
EASO16	7,0	0,0	33,3	100	***	51,0	***	58,0	0,0	0,0	27,8	27,8
EASO27	58,8	0,0	7,7	46,2	33,3	33,0	***	81,7	83,3	0,0	16,1	29,8
EPS001	36,3	9,1	27,3	81,8	50,0	52,9	167	29,3	50,0	0,0	8,9	5,5
EPS002	54,8	0,0	21,0	67,6	71,4	61,2	118	59,8	39,5	15,2	2,6	4,7
EPS003	124,6	0,0	13,6	45,5	0,0	20,6	***	81,0	40,0	4,5	2,7	0,4
EPS005	172,1	2,7	2,1	9,0	2,5	63,2	***	81,0	12,5	1,1	7,6	12,5
EPS008	52,2	6,0	47,0	66,9	56,4	64,5	134,9	63,5	34,4	4,2	5,9	14,6
EPS010	23,3	3,4	53,6	98,6	73,6	46,4	134,7	45,4	43,0	15,9	3,1	8,9
EPS012	9,4	0,0	25,0	62,5	50,0	77,0	85,0	***	25,0	12,5	9,6	3,1
EPS016	16,6	2,6	15,4	46,8	50,0	56,6	***	60,3	8,3	6,4	5,2	5,3
EPS017	6,2	2,4	19,5	88,2	54,8	46,0	***	63,5	14,6	45,6	4,3	9,6
EPS018	46,8	5,0	16,0	40,3	46,5	62,2	***	60,0	5,4	10,9	7,3	12,9
EPS020	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	1,0	29,1
EPS022	137,8	3,6	28,6	92,9	46,2	37,5	***	***	18,2	25,0	1,6	0,0
EPS023	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	2,0	0,0
EPS025	121,8	16,7	16,7	100	66,7	72,8	***	***	0,0	33,3	1,1	3,4
EPS033	26,4	0,0	18,8	50,0	57,1	56,3	***	62,0	0,0	25,0	5,0	15,9
EPS037	52,5	0,7	14,7	50,0	29,7	46,4	***	58,0	12,9	14,7	10,4	4,6
EPSIO1	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	0,0
EPSIO2	39,5	0,0	42,9	100	50,0	116,7	***	84,0	66,7	0,0	0,5	3,2
EPSIO3	3,0	0,0	33,3	66,7	***	91,0	***	75,0	0,0	0,0	0,9	0,7
EPSIO4	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,0	0,0
EPSIO5	5,0	33,3	33,3	66,7	0,0	14,0	***	***	0,0	0,0	0,3	1,0
EPSIO6	50,0	0,0	0,0	50,0	100	236	***	***	***	0,0	0,0	2,6
EPSS03	39,9	2,2	11,1	44,4	34,8	73,0	***	***	13,3	8,9	3,3	4,1
EPSS33	14,8	7,4	22,2	64,8	79,2	41,7	***	***	7,7	1,9	1,5	3,9
EPSS34	40,4	0,0	34,8	77,7	37,7	49,1	***	71,8	4,8	18,8	5,4	9,3
EPSS40	40,2	0,0	13,4	65,5	25,5	53,3	107,7	67,6	25,6	10,9	4,0	7,0
EPSS41	***	0,0	0,0	0,0	0,0	***	***	***	***	0,0	0,9	0,2
ESSO02	62,5	0,0	15,8	52,6	57,1	55,4	156	***	42,9	26,3	2,0	3,8
ESSO24	9,0	0,0	0,0	42,9	0,0	54,7	***	47,0	0,0	14,3	0,3	0,4
ESSO62	70,6	4,0	11,1	46,5	59,0	60,6	***	116,6	25,0	5,1	3,6	5,2
ESSO76	14,8	38,5	61,5	100	0,0	***	***	***	0,0	0,0	0,7	1,3
ESSO91	16,5	0,0	12,5	50,0	60,0	71,4	***	***	66,7	12,5	1,5	2,5
ESS118	7,5	0,0	6,9	20,7	40,0	69,8	***	80,0	75,0	3,4	1,1	1,5
ESS133	10,2	4,1	6,1	63,3	17,6	61,5	***	120	7,7	0,0	1,2	2,6
ESS207	29,4	0,0	24,4	51,1	0,0	64,9	***	73,0	53,3	4,4	1,4	3,4
Total	44,1	2,9	22,6	59,9	45,1	55,6	126	60,1	24,7	12,3	3,5	4,6

SITUACIÓN DEL CÁNCER EN COLOMBIA

Cáncer de colon y recto Cie-10: C18-C21; Cie-O-3: C18-C21 (Incluye año)



Régimen	Indicador 1 (días)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (%)	Indicador 6 (días)	Indicador 7 (semanas)	Indicador 8 (semanas)	Indicador 9 (%)	Indicador 11 (%)	Indicador 14 (por 100 000 hab)	Indicador 15 (por 100 000 hab)
	● < 30	● > 3,6	● > 19	● > 63	● > 90	● < 30	● 8-12	● ≤ 8	● > 90	● > 11	Por definir	Por definir
	● 30-59	● 2,2-3,6	● 15-19	● 59-63	● 60-90	● 30-59			● 60-90	● 0,8-11,		
● ≥ 60	● ≤ 2,2	● ≤ 15	● ≤ 59	● ≤ 60	● ≥ 60	● > 12	● > 8	● ≤ 60	● ≤ 8			
Contributivo	● 43,1	● 2,9	● 24,6	● 59,3	● 50,5	● 54,4	● 132,2	● 55,0	● 28,0	● 13,9	5,05	5,87
Especial	● 125,9	● 7,1	● 7,1	● 25,0	● 50,0	● 36,1	***	● 46,0	● 50,0	● 7,1	SD	SD
No asegurado	● 391	● 0,0	● 10,0	● 70,0	● 71,4	● 34,0	***	● 47,0	● 20,0	● 30,0	SD	SD
Excepción	● 46,3	● 1,7	● 25,0	● 56,7	● 47,4	● 56,5	● 133	● 49,2	● 33,3	● 5,0	SD	SD
Subsidiado	● 46,2	● 2,9	● 18,9	● 60,9	● 37,7	● 58,0	● 114,6	● 75,4	● 18,8	● 9,4	1,87	3,31
Total	● 45,8	● 2,9	● 22,4	● 59,4	● 45,4	● 55,3	● 126,3	● 59,3	● 25,0	● 12,1	3,47	4,60

Renglón	Indicador 1 (días)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (%)	Indicador 6 (días)	Indicador 7 (semanas)	Indicador 8 (semanas)	Indicador 9 (%)	Indicador 11 (%)	Indicador 14 (por 100 000 hab)	Indicador 15 (por 100 000 hab)
	● < 30	● > 3,6	● > 19	● > 63	● > 90	● < 30	● 8-12	● ≤ 8	● > 90	● > 11	Por definir	Por definir
	● 30-59	● 2,2-3,6	● 15-19	● 59-63	● 60-90	● 30-59			● 60-90	● 0,8-11,		
● ≥ 60	● ≤ 2,2	● ≤ 15	● ≤ 59	● ≤ 60	● ≥ 60	● > 12	● > 8	● ≤ 60	● ≤ 8			
CCF contributivo	● 28,7	● 3,4	● 26,9	● 64,5	● 51,9	● 62,4	● 109,9	● 62,3	● 19,9	● 18,3	6,8	10,0
CCF subsidiado	● 44,4	● 7,9	● 23,9	● 61,2	● 16,3	● 71,3	***	● 49,5	● 18,5	● 14,2	1,5	4,0
Comerciales contributivo	● 71,6	● 3,8	● 26,0	● 64,3	● 49,4	● 55,9	● 139,9	● 53,9	● 36,2	● 8,1	4,9	6,3
Comerciales subsidiado	● 51,4	● 2,4	● 16,4	● 51,2	● 42,8	● 47,9	***	● 71,5	● 15,3	● 10,1	3,1	6,1
Cooperativas contributivo	● 16,6	● 2,6	● 15,4	● 46,8	● 50,0	● 56,6	***	● 60,3	● 8,3	● 6,4	5,2	5,3
Cooperativas subsidiado	● 27,6	● 5,8	● 17,3	● 53,4	● 29,2	● 62,6	● 156	● 87,3	● 33,8	● 8,3	1,5	2,6
Indígenas y adaptadas	● 27,2	● 5,6	● 25,1	● 71,6	● 45,8	● 90,3	***	● 74,7	● 30,0	● 0,0	5,7	8,1
Públicas y mixtas	● 78,5	● 3,5	● 18,0	● 64,3	● 34,3	● 51,8	● 107,7	● 65,8	● 12,3	● 17,1	3,5	7,7
Total	● 44,1	● 2,9	● 22,6	● 59,9	● 45,1	● 55,6	● 126	● 60,1	● 24,7	● 12,3	3,5	4,6

Bibliografía

1. International Agency for Research on Cancer. Cancers Fact Sheets : Colorectal Cancer. 2012;1-10. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
2. PAHO. Colorectal Cancer Screening in the Americas, situation and challenges. Expert Consult Color Cancer Screen Lat Am Caribb [Internet]. 2016; Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11762%3A16-17-march-meeting-on-colorectal-cancer-screening-in-the-americas&catid=5041%3Acancer-media-center&Itemid=41766&lang=en
3. International Agency for Research on Cancer. The Cancer Dictionary [Internet]. 2012. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Pages/cancer.aspx>
4. Akkoca AN, Yanik S, Ozdemir ZT, Cihan FG, Sayar S, Cincin TG, et al. TNM and Modified Dukes staging along with the demographic characteristics of patients with colorectal carcinoma. *Int J Clin Exp Med*. 2014/10/31. 2014;7(9):2828-35.
5. Edwards MS, Chadda SD, Zhao Z, Barber BL, Sykes DP. A systematic review of treatment guidelines for metastatic colorectal cancer. *Color Dis*. 2011/08/19. 2012;14(2):e31-47.
6. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer. 2017;2.
7. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer. 2017;3.
8. Cancer.net. Anal Cancer: Treatment Options [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.cancer.net/cancer-types/anal-cancer/treatment-options>
9. 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>
10. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia [Internet]. 2017. 1-86 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC_CO_2017_03_27_LI-BRO_CONSENSO_CANCERCOLONRECTO_PDF_V_o_A11.pdf

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 6.1. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación	123
Tabla 6.2. Clasificaciones en cáncer de colon y recto	124
Tabla 6.3. Frecuencia de registro de medicamentos POS	126
Tabla 6.4. Frecuencia de registro de medicamentos no POS	126
Tabla 6.5. Frecuencia de registro de esquemas de medicamentos	126
Tabla 6.6. Terapia dirigida	127
Tabla 6.7. Frecuencia de registro de medicamentos POS en cáncer de ano	127
Tabla 6.8. Frecuencia de registro de medicamentos no POS en cáncer de ano	127
Tabla 6.9. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte según régimen de afiliación	127
Tabla 6.10. Oportunidad en prevalentes	127
Tabla 6.11. Oportunidad en CNR	128
Tabla 6.12. Edad promedio de la población con cáncer de colon y recto	129
Tabla 6.13. Distribución de cáncer de colon y recto según grupo etario y sexo	129
Tabla 6.14. Prevalencia de cáncer de colon y recto invasivo por departamento	129
Tabla 6.15. Prevalencia por cáncer de colon y recto invasivo por asegurador	129
Tabla 6.16. PCNR de cáncer de colon y recto invasivo por departamento	130
Tabla 6.17. PCNR de cáncer de colon y recto invasivo por asegurador	131
Tabla 6.18. Mortalidad de cáncer de colon y recto invasivo por departamento	131
Tabla 6.19. Mortalidad por cáncer de colon y recto invasivo por asegurador	132
Tabla 6.20. Estadificación Dukes en cáncer de colon y recto	132

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 6.1. Histograma de edad en cáncer de colon y recto	121
Figura 6.2. Quintil-normal de edad en cáncer de colon y recto	121
Figura 6.3. Distribución de cáncer de colon y recto según grupo etario y sexo	122
Figura 6.4. Distribución de cáncer de colon y recto según sexo	122
Figura 6.5. Prevalencia de cáncer de colon y recto invasivo por departamento.	122
Figura 6.6. Prevalencia de cáncer de colon y recto respecto a prevalencia de cáncer global.	123
Figura 6.7. Morbimortalidad por cáncer de colon y recto	123
Figura 6.8. PCNR de cáncer de colon y recto invasivo por departamento.	123
Figura 6.9. PCNR de cáncer de colon y recto respecto a PCNR de cáncer global	124
Figura 6.10. Mortalidad por cáncer de colon y recto invasivo por departamento	124
Figura 6.11. Estadificación TNM en cáncer de colon y recto según régimen de afiliación	125
Figura 6.12. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo	125
Figura 6.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes.	128
Figura 6.14. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR	128
Figura 6.15. Oportunidad entre sospecha y diagnóstico	128
Figura 6.16. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento	128

CÁNCER DE ESTÓMAGO

CIE-10: C16; CIE-O-3: C16

CÁNCER DE ESTÓMAGO CIE-10: C16; CIE-O-3: C16

El cáncer de estómago o gástrico es el quinto cáncer más frecuente en la población general, posición que ha cambiado considerablemente con el paso del tiempo, ya que hace aproximadamente 40 años era la neoplasia más común en el mundo (1,2).

Se estima que en 2012 se presentaron casi un millón de casos nuevos de cáncer gástrico. Más del 70 % en los países en desarrollo y la mitad del total mundial en Asia oriental, principalmente en China (1). Este cáncer es de dos a tres veces más común en hombres que en mujeres (2).

El cáncer de estómago representa la tercera causa de muerte por cáncer de ambos sexos en todo el mundo, las tasas de mortalidad más elevadas se encuentran en Asia oriental y las más bajas en América del Norte; esta tasa también se ha elevado en Europa central y oriental y en América Central y del Sur (1).

Algunos factores de riesgo para el desarrollo de cáncer gástrico son: infección gástrica por *Helicobacter pylori*, edad avanzada, sexo masculino, alimentación pobre en frutas y verduras, alimentación alta en sal, comidas ahumadas o en conserva, gastritis atrófica crónica, metaplasia intestinal, anemia perniciosa, pólipos adenomatosos gástricos, antecedentes familiares de cáncer gástrico, tabaquismo, enfermedad de Menetrier y poliposis adenomatosa familiar, entre otros (3,4).

Características generales de la población con cáncer gástrico

En el registro se identificaron 6574 casos de esta patología (6423 de tipo invasivo), de los cuales 1517 eran nuevos (1488 invasivos), esta cifra representa el 4,9 % de la PCNR de cáncer en el país. Dentro de los tipos de cáncer invasivo con mayor prevalencia en la población colombiana, el cáncer gástrico ocupa el sexto puesto entre los once reportados a la CAC.

En el país la prevalencia fue de 13,3 por 100 000 habitantes y la PCNR, de 3,1 por 100 000 habitantes. La prevalencia por aseguramiento fue de 14 por 100 000 afiliados de la BDUA y la PCNR por aseguramiento, de 3,2 por 100 000 afiliados de la BDUA.

Los medicamentos más usados en cáncer gástrico fueron el fluorouracilo y el cisplatino. El total de pacientes fallecidos con cáncer gástrico fue de 1643, con una mortalidad de 3,3 por 100 000 habitantes en el país.

Edad de los pacientes con cáncer gástrico

La edad promedio del total de pacientes reportados con cáncer gástrico en Colombia fue 63,4 años, con un límite de edad que va de los 18 hasta los 99 años de edad, no se presentaron casos en menores de 18 años (ver tabla 7.9).

En el histograma de edad y el diagrama quintil-normal de los pacientes con cáncer gástrico, la distribución sigue un patrón aproximadamente normal, se observa un aumento de los casos a partir de los 45 años de edad y la mayor frecuencia se sitúa entre los 60 y los 70 años (ver figuras 7.1 y 7.2).

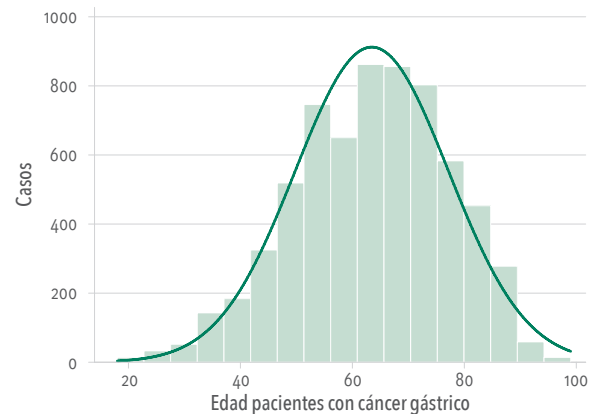


Figura 7.1. Histograma de edad de pacientes con cáncer gástrico

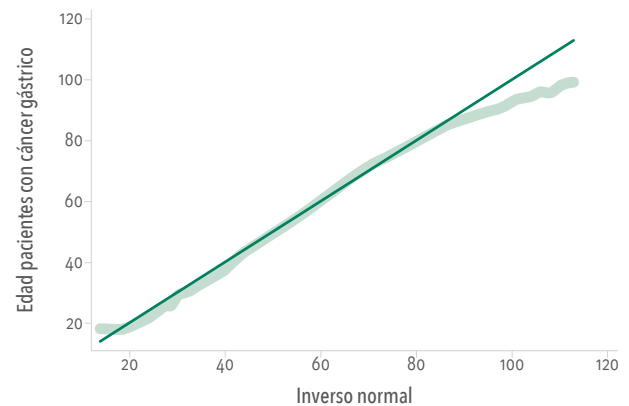


Figura 7.2. Histograma de edad de pacientes con cáncer gástrico

Grupos etarios en cáncer gástrico y distribución por sexo

En la distribución por grupo etario del cáncer gástrico se encontró que más del 90 % de los pacientes afectados son mayores de 45 años (ver tabla 7.10). La proporción de afección por cáncer gástrico en los grupos etarios considerados por sexo, presenta un aumento a los 65 años para las mujeres y a los 60 años para los hombres; en todas las categorías la proporción es mayor en los hombres por encima de los 45 años, mientras que la proporción es mayor para las mujeres entre los 18 y los 25 años (ver figura 7.3).

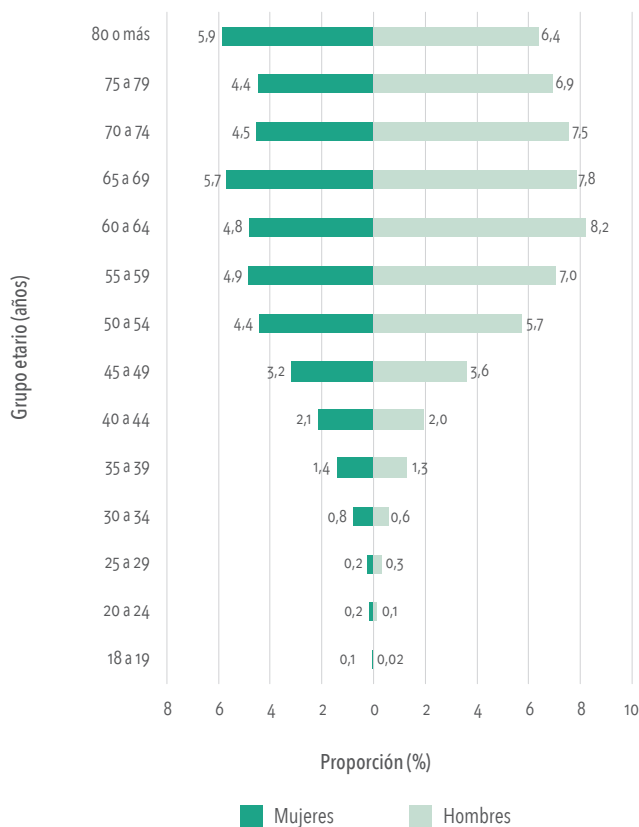


Figura 7.3. Distribución de cáncer gástrico según grupo etario y sexo

Se identificó un mayor radio de afección de cáncer gástrico en hombres (3781 casos) que en mujeres (2793 casos), para una razón hombre: mujer de 1,4: 1 (ver figura 7.4).



Figura 7.4. Distribución de cáncer gástrico según sexo

Morbimortalidad por cáncer gástrico

Prevalencia de cáncer gástrico en el país

La prevalencia de cáncer gástrico fue medida en pacientes con diagnóstico de tipo invasivo y en términos de casos por 100 000 habitantes, con un resultado de 13,3 afectados por 100 000 habitantes (tabla 7.11)¹. Los departamentos de mayor prevalencia fueron Risaralda, Bogotá D. C., Quindío, Huila, Caldas, Cauca, Antioquia, Nariño y Boyacá, con proporciones de 22,8 a 13,1 por 100 000 habitantes. Los departamentos con menor prevalencia fueron Vichada, Vaupés, Guainía, Amazonas, San Andrés y Providencia, La Guajira, Chocó, Atlántico y Sucre, con proporciones de 0 a 2,7 por 100 000 habitantes (ver figura 7.5).

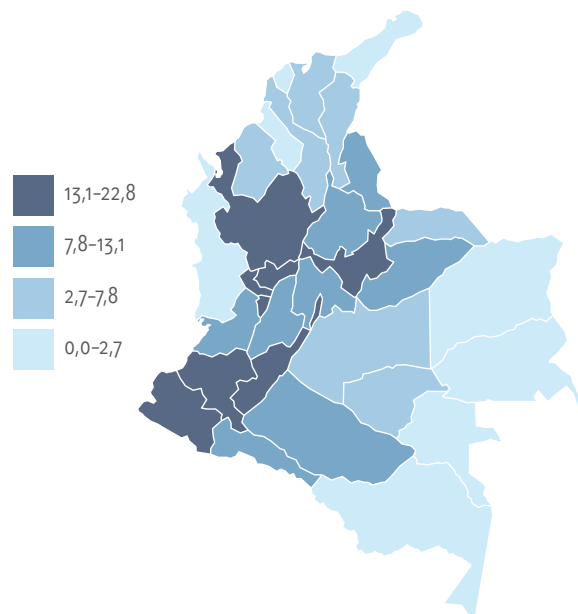


Figura 7.5. Prevalencia de cáncer gástrico invasivo por departamento

¹ Datos país observados en el sgsss colombiano.

En total se registraron 6574 pacientes afectados, de los cuales 6423 eran de tipo invasivo, es decir el 3,3 % de todos los tipos de cáncer prevalentes en la población colombiana (ver figura 7.6).

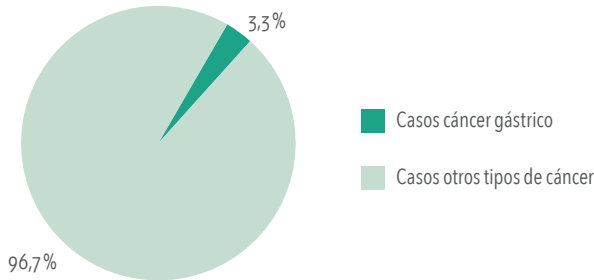


Figura 7.6. Prevalencia de cáncer gástrico respecto a prevalencia de cáncer global

Prevalencia de cáncer gástrico en la BDUA

La prevalencia de cáncer gástrico invasivo por régimen de afiliación fue de 14 por 100 000 afiliados de la BDUA (ver tabla 7.1), Las aseguradoras con mayores prevalencias ajustadas fueron EASO16 y EPSO18 (ver tabla 7.12).

Tabla 7.1. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación

Pacientes con cáncer gástrico en la BDUA	Pacientes contributivo	Pacientes subsidiado	Prevalencia contributivo	Prevalencia subsidiado	Prevalencia total c y s
6264	4084	2180	18,2	9,8	14,0

Comparación de morbilidad entre 2015 y 2016

De igual forma que en los demás tipos de cáncer, al comparar los registros de los dos periodos analizados hasta el momento, se advierte un aumento de la prevalencia de cáncer gástrico, mientras que la PCNR y la mortalidad presentan un leve descenso.

La mortalidad es levemente superior a la PCNR, lo cual puede deberse a que este tipo de cáncer, por sus síntomas inicialmente inespecíficos, suele ser diagnosticado en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando el tratamiento ya no es efectivo y presenta bajas tasas de supervivencia a 5 años (5, 6). Sin embargo es importante mencionar que condiciones propias del registro también pueden explicar este comportamiento (ver figura 7.7).

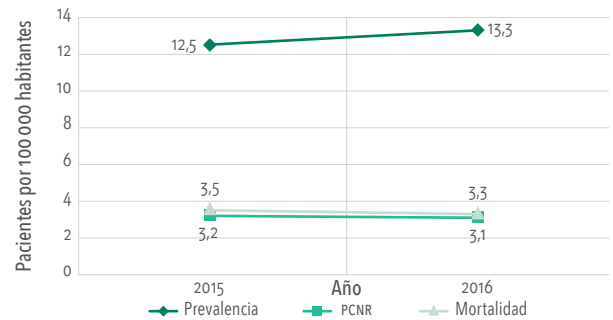


Figura 7.7. Morbimortalidad por cáncer gástrico

PCNR de cáncer gástrico en el país

La PCNR de cáncer gástrico en el país se ubicó en 3,1 por 100 000 habitantes (ver tabla 7.13)². Los departamentos con mayor PCNR fueron, Bogotá D. C., Nariño, Cauca, Antioquia, Caldas, Quindío, Putumayo, Casanare y Risaralda, con proporciones de 6,0 a 3,7 casos por 100 000 habitantes. Los departamentos con menor PCNR fueron Vichada, Vaupés, San Andrés y Providencia, Guaviare, Guainía, Amazonas, Bolívar y La Guajira, con proporciones de 0 a 0,5 por 100 000 habitantes (figura 7.8). Se presentaron 1515 casos nuevos de cáncer gástrico, de los cuales 1488 fueron invasivos, es decir el 5 % de la PCNR de cáncer total (ver figura 7.9).

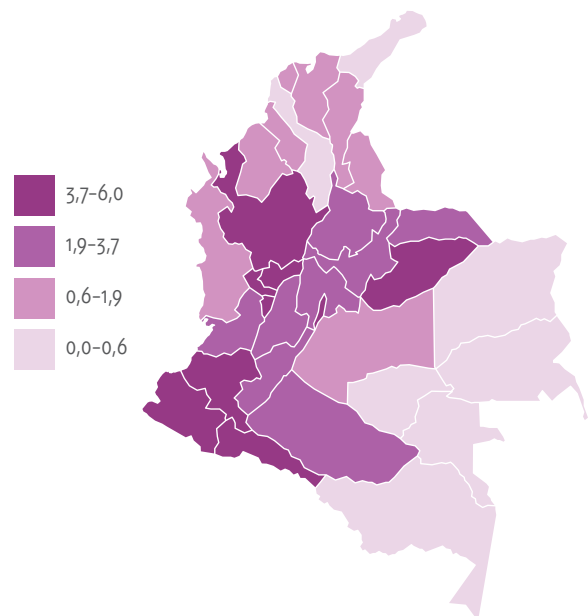


Figura 7.8. PCNR de cáncer gástrico invasivo por departamento

² Datos país observados en el sgss colombiano.

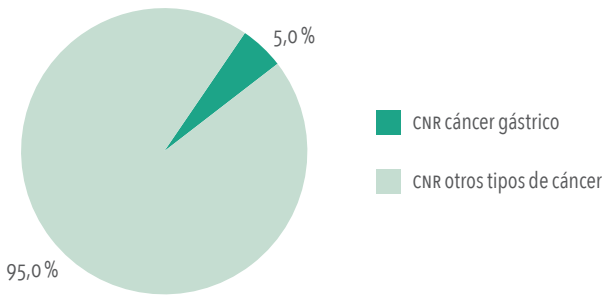


Figura 7.9. PCNR de cáncer gástrico respecto a PCNR de cáncer global

PCNR de cáncer gástrico en la BDUA

La PCNR de cáncer gástrico invasivo por régimen de afiliación fue de 3,2 afectados por 100 000 pacientes afiliados de la BDUA, las aseguradoras con mayor PCNR fueron CCFO53 y CCFO27 (ver tabla 7.14).

Mortalidad por cáncer gástrico en el país

La mortalidad fue de 3,3 por 100 000 habitantes (ver tabla 7.15)³. Los departamentos con mayor mortalidad fueron Risaralda, Bogotá D. C., Cauca, Quindío, Huila, Nariño, Caldas, Valle del Cauca y Antioquia, con tasas de 5,9 a 3,7 por 100 000 habitantes; y los departamentos con menor mortalidad fueron Vichada, Vaupés, San Andrés y Providencia, Guaviare, Guainía, Amazonas, La Guajira, Chocó y Bolívar, con tasas de 0 a 0,4 por 100 000 habitantes (ver figura 7.10).

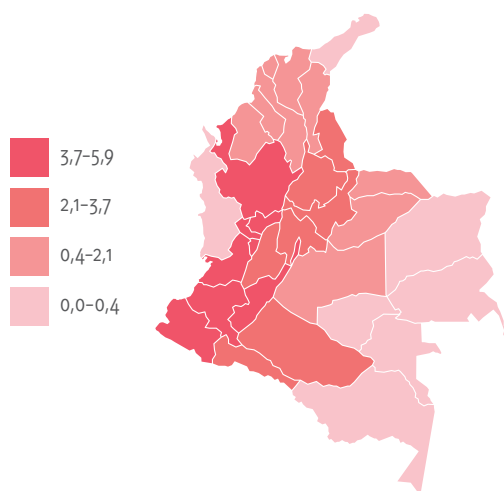


Figura 7.10. Mortalidad por cáncer gástrico invasivo por departamento

³ Datos país observados en el sgsss colombiano.

Mortalidad por cáncer gástrico en la BDUA

La mortalidad por cáncer gástrico registró las mayores tasas ajustadas en las aseguradoras EASO16 y CCFO09, la mortalidad por régimen de afiliación fue 3,6 por 100 000 afiliados de la BDUA (ver tabla 7.16).

Estadificación en cáncer gástrico

Estadificación TNM

En la estadificación TNM en cáncer gástrico se observó que los regímenes contributivo y subsidiado aportaron la mayor parte de la población (ver figura 7.11). En todos los regímenes predominó la falta de registro del estadio TNM. Al analizar la población que sí cuenta con reporte de TNM, excluyendo los casos no clasificados, se encontró que los estadios III y IV aportaron la mayor proporción, con 59 % en el régimen contributivo, y 67 % en el régimen subsidiado (ver figura 7.11)⁴.

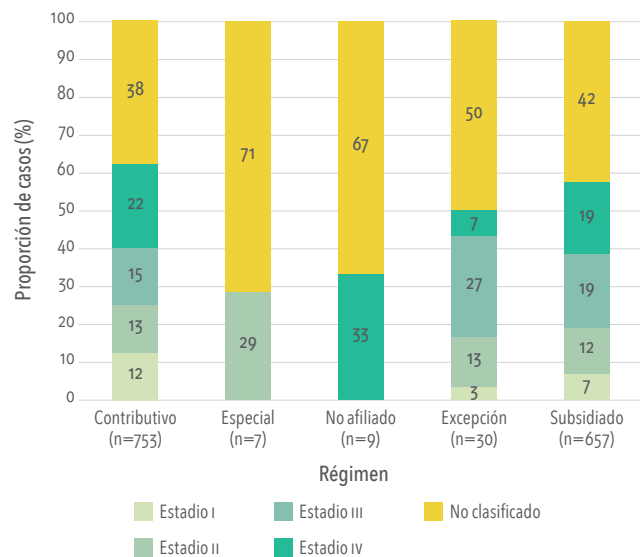


Figura 7.11. Estadificación TNM en cáncer gástrico según régimen de afiliación

Terapia general en cáncer gástrico

En el tratamiento general observado en los 1517 CNR⁵ con cáncer gástrico se encontró que en el periodo de análisis 521 recibieron quimioterapia, 217 recibieron radioterapia y 514 recibieron cirugía (ver figura 7.12).

⁴ Datos analizados solo en población incidente por contarse con mejor registro de información.

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

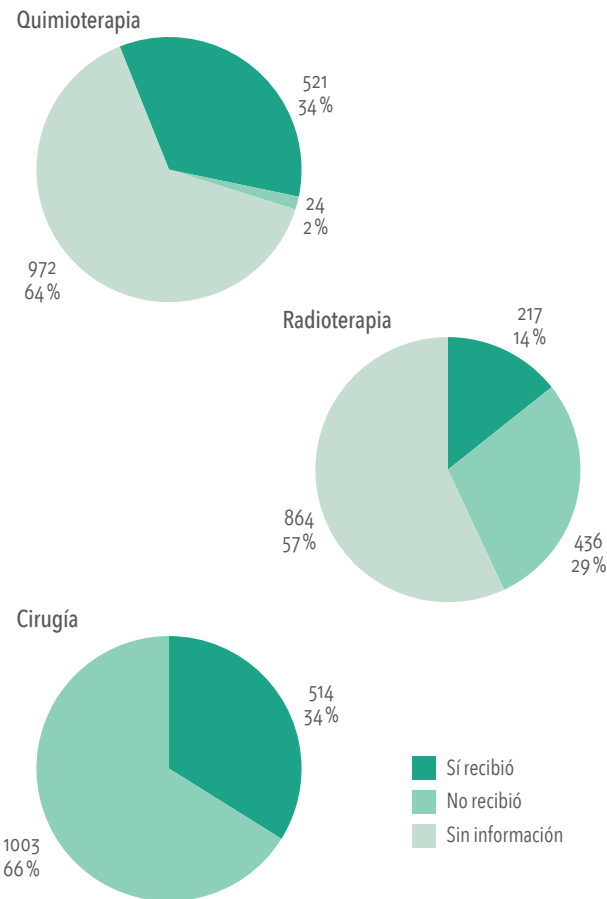


Figura 7.12. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo

Los porcentajes de registros para los que no hay información no corresponden con lo anticipado, ya que para este tipo de cáncer se esperan índices más altos de la realización de los tres tipos de terapia; se estima que lo anterior se debe a la falta de reportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC. Otra razón podría ser una falla en la gestión de soportes completos que permitan identificar dicha información.

Medicamentos en cáncer gástrico

En cáncer gástrico la quimioterapia puede ser usada antes de la cirugía con el fin de disminuir el tamaño tumoral, o como terapia adyuvante, intentando eliminar células tumorales residuales para evitar recurrencias sistémicas y locales de la enfermedad (7); los medicamentos en cáncer gástrico han mostrado beneficios estadísticamente significativos, causando mejoras en la supervivencia (8).

La mayor parte de los tratamientos de quimioterapia para el cáncer de estómago se basan en la combinación de dos medicamentos o más: el fluorouracilo y el cisplatino; medicamentos más nuevos similares al fluorouracilo, como la capecitabina y similares al cisplatino, como el oxaliplatino han mostrado similar eficacia. Otros medicamentos utilizados comúnmente son el docetaxel, la epirrubicina, el irinotecán y el paclitaxel (3,9).

La guía de tratamiento de cáncer gástrico del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recomienda como quimioterapia perioperatoria, las siguientes combinaciones de medicamentos, con 3 ciclos preoperatorios y 3 ciclos postoperatorios (10):

- Fluorouracilo y cisplatino.
- Fluoropirimidina y oxaliplatino.
- ECF: Epirrubicina, cisplatino y fluorouracilo.
- ECF modificado: epirrubicina, oxaliplatino y fluorouracilo.
- Epirrubicina, cisplatino y capecitabina.
- Epirrubicina, oxaliplatino y capecitabina.

En cuanto a la quimioterapia postoperatoria, estudios japoneses han demostrado la eficacia de fluoropirimidinas como terapia adyuvante en cáncer gástrico en estadios II y III, posterior a gastrectomía D2, evidenciando mejoría en la supervivencia a los 3 años (11). La NCCN menciona el uso de capecitabina con oxaliplatino como alternativa en la quimioterapia adyuvante (10).

Cuando el cáncer gástrico es metastásico, la quimioterapia de primera línea consiste en una combinación de 2 medicamentos, preferida por su baja toxicidad. Los esquemas de tres medicamentos o más se reservan para pacientes con buen estado funcional y un mayor acceso a la evaluación frecuente de la toxicidad (10).

Además se suma la opción de terapia dirigida haciendo uso de trastuzumab, ya que en estadios avanzados de la enfermedad se ha evidenciado un exceso en la producción de proteína HER2 (12). Algunos de los esquemas más utilizados se presentan a continuación (10):

- Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y cisplatino.
- Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y oxaliplatino.
- Trastuzumab y quimioterapia.

Medicamentos observados en el reporte

Los medicamentos más usados en cáncer gástrico, al igual que lo indicado en la literatura, son: en primer lugar el fluorouracilo, antineoplásico antimetabolito; en segundo lugar el cisplatino, un análogo del platino; y en tercer lugar la capecitabina (ver tablas 7.2 y 7.3).

Tabla 7.2. Frecuencia de registro de medicamentos POS

Medicamento POS	CNR (n=1517)	Exclusivo*	Combinado**
Fluorouracilo	229	95	134
Cisplatino	220	20	200
Capecitabina	169	29	140
Carboplatino	41	2	39
Paclitaxel	37	4	33
Docetaxel	35	0	35
Epirubicina	27	1	26
Leucovorina	16	0	16
Trastuzumab	2	0	2

* Exclusivo o acompañado de corticoides, analgésicos o antieméticos.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico

Tabla 7.3. Frecuencia de registro de medicamentos no POS

Medicamento no POS	CNR (n=1517)	Exclusivo*	Combinado**
Oxaliplatino	48	5	43
Irinotecán	5	1	4

* Exclusivo o acompañado de corticoides, analgésicos o antieméticos.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Se determinaron las combinaciones registradas, encontrando que la más frecuente fue capecitabina más cisplatino, seguida de fluorouracilo más cisplatino (ver tabla 7.4).

Tabla 7.4. Frecuencia de registro de combinaciones de medicamentos

Combinación	CNR (n=1517)	Exclusivo*	Combinado
Capecitabina + cisplatino.	96	84	12
Fluorouracilo + cisplatino.	86	43	43
Docetaxel + cisplatino	34	5	29
Capecitabina + oxaliplatino.	32	26	6

Combinación	CNR (n=1517)	Exclusivo*	Combinado
Paclitaxel + carboplatino	28	27	1
Docetaxel + cisplatino + fluorouracilo	27	0	27
Fluorouracilo + oxaliplatino.	9	9	0
Epirubicina + cisplatino + fluorouracilo	8	8	0
Paclitaxel + cisplatino	5	1	4
Epirubicina + cisplatino + capecitabina	5	5	0
Epirubicina + oxaliplatino + capecitabina	5	5	0
Fluorouracilo + irinotecán	4	4	0
Docetaxel + oxaliplatino + fluorouracilo	0	0	0
Docetaxel + carboplatino + fluorouracilo	0	0	0

* Puede ir acompañado de medicamentos de soporte.

Radioterapia en cáncer gástrico

Un total de 217 pacientes con cáncer gástrico recibió radioterapia como parte del tratamiento (ver tabla 7.17), del cual el 57,6 % recibió radioterapia y quimioterapia durante el periodo de reporte (ver tabla 7.5).

Tabla 7.5. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte según régimen de afiliación

Ambos tratamientos	Contributivo	Especial	No Asegurado	Excepción	Subsidiado
Recibió	62	1	0	2	60
No Recibió	52	0	0	6	57

Oportunidad en cáncer gástrico

La oportunidad entendida como la posibilidad que tienen los individuos para acceder al sistema de salud (13), se encuentra expresada en este documento como número de días a partir de un evento temporal pasado hasta un evento temporal posterior.

En cáncer gástrico el 28 % de la población total cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 28 días de mediana y 64 días de media (ver tabla 7.6 y figura 7.13).

Tabla 7.6. Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	1835	28	12-62	63,7	59,0-68,5	1-724

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

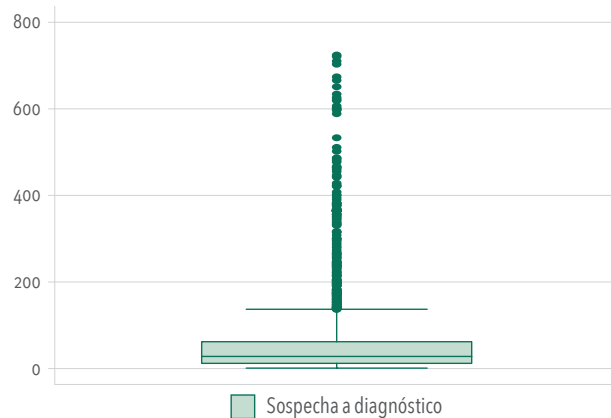


Figura 7.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes

En los CNR se pudo establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico del 59 % y el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento, del 46 %. Se encontró que entre la sospecha clínica y el diagnóstico transcurren 23 días de mediana y 39 días de media, y entre el diagnóstico y el primer tratamiento, 36 días de mediana y 50 días de media (ver tabla 7.8 y figura 7.14).

Tabla 7.8. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	889	23	9-45	38,5	34,6-42,5	1-607
Diagnóstico a primer tratamiento	690	36	14-68	50,4	46,5-54,3	1-293

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

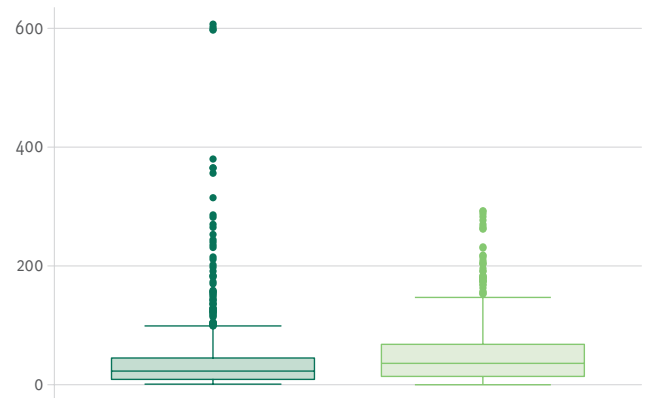


Figura 7.14. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR

Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico

El rango temporal de sospecha clínica a diagnóstico más frecuente en CNR, en los regímenes contributivo y subsidiado, es el de 30 a 59 días, seguido en frecuencia por el rango temporal de 15 a 29 días (ver figura 7.15).

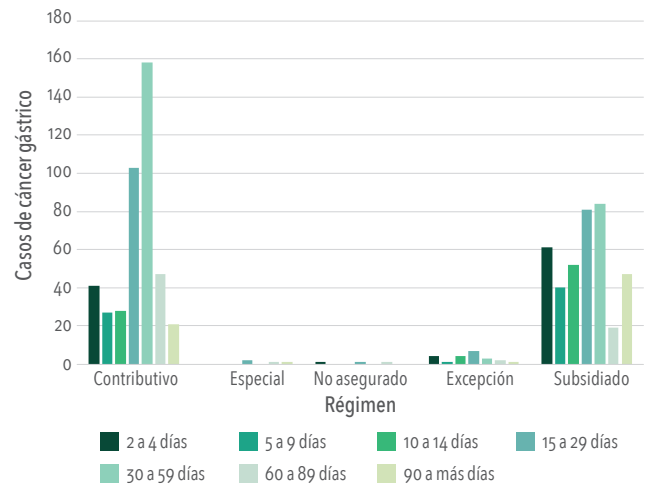


Figura 7.15. Oportunidad entre sospecha y diagnóstico

Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento

En los CNR de los regímenes contributivo y subsidiado, predomina el rango temporal de 30 a 59 días, seguido, en el caso del contributivo, por el de 15 a 29 días, y en el subsidiado, por el rango de 90 o más días (ver figura 7.16).

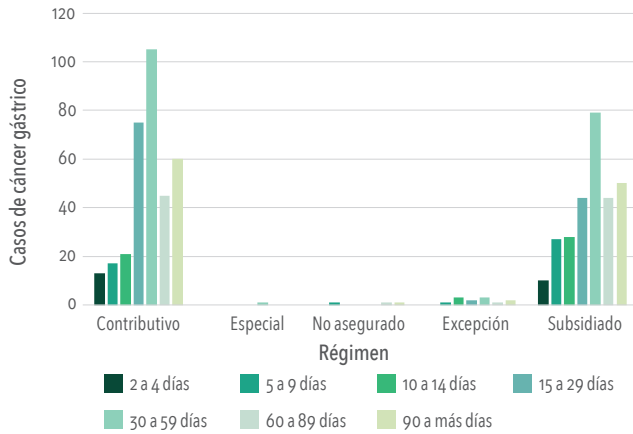


Figura 7.16. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento

Tablas complementarias

Tabla 7.9. Edad promedio de la población con cáncer gástrico

Frecuencia (n)	Media	Desviación estándar	IC (95 %)
6574	63,5	13,7	[63,1-63,8]

Tabla 7.10. Distribución de cáncer gástrico según grupo etario y sexo

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
18 a 19 años	4	1	37
20 a 24 años	10	8	60
25 a 29 años	15	20	123
30 a 34 años	51	37	207
35 a 39 años	93	85	344
40 a 44 años	140	129	507
45 a 49 años	209	238	768
50 a 54 años	289	377	1250
55 a 59 años	320	463	1501
60 a 64 años	314	539	1842
65 a 69 años	374	515	1815
70 a 74 años	297	495	1653
75 a 79 años	292	455	1443
80 o más años	385	419	1670
Total	2795	3781	13 220

Tabla 7.11. Prevalencia de cáncer gástrico invasivo por departamento*

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	17,7	18,7
Arauca	4,5	3,0
Atlántico	2,7	2,6
Bogotá, D. C.	22,5	23,6
Bolívar	3,0	2,7
Boyacá	13,1	15,2
Caldas	18,0	21,9
Caquetá	7,8	6,1
Casanare	8,9	6,7
Cauca	17,8	17,1
Cesar	3,5	2,8
Chocó	1,6	1,0
Córdoba	3,0	2,6
Cundinamarca	10,4	10,4
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	3,3	2,7
Huila	19,0	17,1
La Guajira	1,2	0,8
Magdalena	3,2	2,7
Meta	4,9	4,4
Nariño	16,1	15,3
Norte de Santander	10,6	10,0
Putumayo	9,6	7,0
Quindío	21,1	24,9
Risaralda	22,8	26,6
San Andrés	1,0	1,3
Santander	11,9	13,1
Sucre	2,7	2,6
Tolima	9,0	10,0
Valle del Cauca	12,5	13,7
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	13,3	13,3

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 7.12. Prevalencia de cáncer gástrico invasivo por asegurador*

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
CCFO07	4,5	4,1
CCFO09	27,2	35,0
CCFO15	0,8	0,8
CCFO23	3,5	2,8
CCFO24	25,8	23,9
CCFO27	20,8	18,7
CCFO33	2,7	2,9
CCFO49	10,1	10,2
CCFO53	20,9	22,5
CCFO55	1,0	0,7
CCF102	0,0	0,0
EASO16	43,1	74,1
EASO27	15,6	50,5
EPSO01	14,6	19,9
EPSO02	13,9	10,4
EPSO03	10,2	8,9
EPSO05	23,6	27,7
EPSO08	30,7	27,8
EPSO10	23,2	18,4
EPSO12	19,2	18,8
EPSO16	18,4	17,3
EPSO17	27,6	21,2
EPSO18	32,0	26,3
EPSO20	3,5	3,1
EPSO22	9,1	11,6
EPSO23	15,0	11,9
EPSO25	9,6	8,5
EPSO33	14,6	11,0
EPSO37	14,9	29,6
EPSIO1	3,1	1,5
EPSIO2	2,7	2,3
EPSIO3	13,4	10,2
EPSIO4	0,0	0,0
EPSIO5	11,9	10,1
EPSIO6	11,2	9,0
EPSSO3	12,7	14,2
EPSS33	7,9	7,4
EPSS34	23,1	26,4
EPSS40	16,5	18,3
EPSS41	3,7	3,6
ESSO02	3,0	2,6
ESSO24	2,6	2,3
ESSO62	20,0	19,0
ESSO76	2,2	1,7
ESSO91	11,7	13,3
ESS118	8,6	8,5
ESS133	7,9	7,5
ESS207	3,7	3,2
Total	14,0	14,0

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 7.13. PCNR de cáncer gástrico invasivo por departamento*

Departamento	PCNR ajustada	PCNR cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	4,2	4,4
Arauca	2,2	1,5
Atlántico	0,6	0,6
Bogotá, D. C.	6,0	6,3
Bolívar	0,3	0,3
Boyacá	2,7	3,1
Caldas	4,1	4,9
Caquetá	2,6	2,1
Casanare	3,8	2,8
Cauca	4,5	4,4
Cesar	0,6	0,5
Chocó	0,7	0,4
Córdoba	0,7	0,6
Cundinamarca	2,2	2,2
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	2,9	2,6
La Guajira	0,5	0,3
Magdalena	0,9	0,8
Meta	1,6	1,4
Nariño	4,7	4,5
Norte de Santander	1,8	1,7
Putumayo	3,8	2,6
Quindío	4,0	4,8
Risaralda	3,7	4,3
San Andrés	0,0	0,0
Santander	2,1	2,3
Sucre	0,6	0,6
Tolima	1,9	2,1
Valle del Cauca	2,5	2,7
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	3,1	3,1

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 7.14. PCNR de cáncer gástrico invasivo por asegurador*

Asegurador	PCNR ajustada	PCNR cruda
CCFO07	1,0	0,9
CCFO09	7,9	9,7
CCFO15	0,3	0,3
CCFO23	1,7	1,4
CCFO24	4,8	4,5
CCFO27	10,1	9,1
CCFO33	0,0	0,0
CCFO49	1,8	1,9
CCFO53	11,0	12,6
CCFO55	0,4	0,3
CCF102	0,0	0,0
EASO16	5,4	18,5
EASO27	2,2	16,1
EPSO01	2,9	4,0
EPSO02	2,9	2,3
EPSO03	0,2	0,2
EPSO05	5,1	6,0
EPSO08	9,9	9,3
EPSO10	4,8	4,0
EPSO12	1,7	1,9
EPSO16	2,0	2,0
EPSO17	8,9	7,0
EPSO18	8,8	7,2
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	2,5	2,9
EPSO23	0,0	0,0
EPSO25	6,3	5,6
EPSO33	5,4	4,0
EPSO37	2,4	4,7
EPSIO1	1,0	0,5
EPSIO2	0,0	0,0
EPSIO3	3,5	2,7
EPSIO4	0,0	0,0
EPSIO5	5,6	4,7
EPSIO6	6,6	5,1
EPSSO3	2,6	2,9
EPSS33	2,3	2,2
EPSS34	8,9	10,1
EPSS40	6,2	6,9
EPSS41	0,4	0,5
ESSO02	1,6	1,4
ESSO24	0,5	0,4
ESSO62	5,5	5,2
ESSO76	0,5	0,4
ESSO91	4,0	4,3
ESS118	3,0	3,0
ESS133	2,4	2,3
ESS207	0,8	0,7
Total	3,2	3,2

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 7.15. Mortalidad por cáncer gástrico invasivo por departamento*

Departamento	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	3,7	3,9
Arauca	1,2	0,8
Atlántico	0,8	0,8
Bogotá, D. C.	5,7	6,0
Bolívar	0,4	0,3
Boyacá	2,9	3,4
Caldas	4,0	4,8
Caquetá	3,2	2,5
Casanare	1,7	1,4
Cauca	5,7	5,5
Cesar	0,9	0,7
Chocó	0,3	0,2
Córdoba	1,0	0,9
Cundinamarca	2,5	2,5
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	4,2	3,8
La Guajira	0,3	0,2
Magdalena	0,7	0,6
Meta	2,1	1,9
Nariño	4,1	3,8
Norte de Santander	2,2	2,1
Putumayo	2,8	2,0
Quindío	4,9	5,8
Risaralda	5,9	6,9
San Andrés	0,0	0,0
Santander	3,5	3,9
Sucre	0,7	0,7
Tolima	2,4	2,8
Valle del Cauca	3,8	4,2
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	3,3	3,3

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 7.16. Mortalidad por cáncer gástrico invasivo por asegurador*

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
CCFO07	0,5	0,5
CCFO09	12,6	16,5
CCFO15	0,3	0,3
CCFO23	1,0	0,7
CCFO24	4,9	4,5
CCFO27	10,2	9,1
CCFO33	0,0	0,0
CCFO49	3,7	3,7
CCFO53	3,8	4,5
CCFO55	0,2	0,1
CCF102	0,0	0,0
EASO16	15,5	18,5
EASO27	8,1	4,6
EPSO01	2,6	3,5
EPSO02	3,6	2,6
EPSO03	2,4	2,1
EPSO05	5,1	6,0
EPSO08	7,3	6,6
EPSO10	2,5	1,9
EPSO12	6,7	6,1
EPSO16	4,4	4,0
EPSO17	6,9	5,1
EPSO18	6,6	5,1
EPSO20	2,4	2,1
EPSO22	2,6	3,3
EPSO23	3,3	2,4
EPSO25	2,3	1,7
EPSO33	7,2	6,0
EPSO37	4,8	9,6
EPSIO1	0,0	0,0
EPSIO2	0,5	0,5
EPSIO3	5,4	4,1
EPSIO4	0,0	0,0
EPSIO5	2,6	2,0
EPSIO6	1,8	1,3
EPSS03	3,4	3,8
EPSS33	3,2	3,0
EPSS34	7,3	8,3
EPSS40	4,3	4,9
EPSS41	0,8	1,0
ESSO02	0,7	0,6
ESSO24	0,5	0,5
ESSO62	7,0	6,7
ESSO76	0,8	0,6
ESSO91	1,6	1,9
ESS118	2,3	2,3
ESS133	2,0	1,9
ESS207	1,1	1,0
Total	3,6	3,6

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 7.17 Radioterapia en cáncer gástrico

Radioterapia	Prevalentes	%	CNR	%
Recibe	488	7,4	217	14,3
No recibe	2540	38,6	436	28,7
No Establecido	3546	53,9	864	57,0

Indicadores de gestión del riesgo

Los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer gástrico en Colombia (14) son:

- INDICADOR 1.** Oportunidad de diagnóstico (tiempo entre la consulta o remisión para diagnóstico y el reporte histopatológico).
 - 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 estadiificación por TNM.
 - INDICADOR 5.** Oportunidad de tratamiento.
 - INDICADOR 6.** Oportunidad entre la neoadyuvancia 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 9.** Proporción de pacientes con evaluación por grupo interdisciplinario para definición de tratamiento.
 - INDICADOR 10.** Valoración por cuidado paliativo.
 - 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 14.** Supervivencia a 2 y 5 años.
 - INDICADOR 15.** Tasa de mortalidad general.
 - INDICADOR 16.** Mortalidad operatoria.
- Los indicadores 9, 10, 11 y 14 no fueron medidos ya que no se cuenta con la información en el reporte.

EAPB	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6	Indicador 7	Indicador 8	Indicador 12	Indicador 13	Indicador 15	Indicador 16
	(días)	(%)	(%)	(%)	(días)	(semanas)	(semanas)	(%)	(%)	(%)	(por 100 000 hab)	(%)
	< 30	> 3,4	> 12	> 60	< 30	<= 12	<= 12	>27	> 17	> 33	Por definir	< 20
30-59	1,8-3,4	08-12,	55-60	30-59	> 12	> 12	20-27	14-17	22-33		>= 20	
>= 60	< 1,8	<= 8	<= 55	>= 60	> 12	> 12	<= 20	<=14	<= 22		>= 20	
CCF007	44,0	0,0	0,0	0,0	104,5	***	62,0	***	50,0	0,0	0,63	0,0
CCF009	28,7	0,0	20,0	100	81,0	***	75,0	50,0	30,0	33,3	21,02	0,0
CCF015	55,0	0,0	50,0	50,0	***	***	***	0,0	0,0	***	0,44	***
CCF023	27,5	0,0	0,0	0,0	73,0	***	***	***	0,0	***	0,98	***
CCF024	26,8	0,0	16,7	41,7	66,2	***	39,7	42,9	4,2	0,0	6,17	0,0
CCF027	96,9	0,0	0,0	52,9	36,7	***	23,0	40,0	11,8	0,0	11,75	0,0
CCF033	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,00	***
CCF049	***	***	0,0	0,0	65,0	***	***	***	0,0	***	4,75	***
CCF053	125	0,0	14,3	35,7	63,0	***	***	25,0	7,1	50,0	5,34	0,0
CCF055	97,5	0,0	100	100	***	***	91,0	50,0	50,0	0,0	0,20	0,0
CCF102	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,00	***
EASO16	6,0	0,0	0,0	0,0	***	***	***	***	0,0	***	19,70	***
EASO27	78,2	0,0	28,6	42,9	73,5	***	95,0	50,0	0,0	0,0	4,75	0,0
EPSO01	32,3	0,0	12,5	75,0	47,3	83,0	40,8	100	0,0	0,0	4,12	0,0
EPSO02	42,6	0,0	13,7	86,3	55,4	***	57,7	58,8	31,4	42,9	3,39	0,0
EPSO03	56,3	0,0	10,0	20,0	48,0	101	***	0,0	0,0	0,0	2,59	0,0
EPSO05	209,5	2,0	4,4	8,8	38,0	***	160	14,3	2,2	0,0	7,27	0,0
EPSO08	48,6	0,0	50,0	77,4	68,0	32,0	65,8	23,0	7,5	0,0	8,09	3,8
EPSO10	18,6	0,0	44,1	95,7	52,5	52,3	53,4	45,3	31,2	0,0	2,36	0,0
EPSO12	10,0	0,0	20,0	20,0	61,7	***	***	0,0	20,0	***	7,48	***
EPSO16	11,7	0,0	10,0	50,0	42,5	***	58,7	20,0	10,0	10,0	5,00	0,0
EPSO17	7,6	0,0	21,0	81,5	60,4	***	51,4	15,4	41,1	57,1	6,49	0,0
EPSO18	43,1	8,8	8,1	48,6	63,9	***	55,3	9,5	21,6	28,6	6,29	0,0
EPSO20	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	2,60	***
EPSO22	132,3	6,7	16,7	61,1	32,5	***	40,7	25,0	16,7	0,0	4,24	0,0
EPSO23	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	2,99	***
EPSO25	171,6	0,0	20,0	90,0	31,5	***	***	14,3	20,0	0,0	2,37	0,0
EPSO33	15,0	0,0	0,0	75,0	46,7	***	***	0,0	0,0	***	6,74	***
EPSO37	53,6	0,0	9,4	61,2	39,3	65,0	64,5	18,5	20,9	23,1	10,71	30,8
EPSI01	36,0	***	0,0	50,0	***	***	44,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,0
EPSI02	***	***	***	***	***	***	***	66,7	***	***	0,64	***
EPSI03	79,2	0,0	16,7	75,0	110,2	6,0	91,0	***	0,0	0,0	5,87	0,0
EPSI04	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,00	***
EPSI05	77,0	0,0	20,0	33,3	18,4	***	***	0,0	6,7	***	2,72	***
EPSI06	15,7	0,0	0,0	100	***	***	***	0,0	0,0	***	1,86	***
EPSS03	38,7	0,0	12,5	62,5	62,6	***	108	16,7	3,1	25,0	4,91	0,0
EPSS33	16,8	0,0	8,6	48,6	39,8	***	***	0,0	5,7	***	4,02	***
EPSS34	13,5	0,0	22,1	80,3	48,8	***	68,5	19,0	27,9	15,4	10,86	0,0
EPSS40	35,2	1,1	7,7	54,7	50,0	79,0	56,9	48,1	17,9	21,6	6,37	2,7
EPSS41	28,8	0,0	25,0	50,0	40,0	***	***	0,0	25,0	***	1,41	***
ESSO02	31,3	0,0	28,6	71,4	35,3	***	55,5	50,0	42,9	50,0	0,81	0,0
ESSO24	43,2	0,0	12,5	62,5	64,8	***	38,0	33,3	0,0	0,0	0,63	0,0
ESSO62	47,6	4,8	2,8	51,4	48,3	207	49,4	17,9	18,7	23,3	9,23	6,7
ESSO76	10,5	0,0	100	100	***	***	***	0,0	0,0	***	0,85	***
ESSO91	27,0	0,0	14,3	71,4	54,0	***	***	0,0	28,6	***	2,40	***
ESS118	26,7	0,0	12,5	41,1	58,6	***	73,5	30,8	5,4	0,0	3,01	0,0
ESS133	7,4	0,0	2,2	69,6	71,2	147	100	6,3	6,5	0,0	2,62	0,0
ESS207	***	0,0	11,1	55,6	88,0	***	41,3	66,7	11,1	0,0	1,32	0,0
Total	42,1	1,0	16,8	61,6	53,8	79,7	58,5	25,6	18,1	16,8	4,63	2,9

SITUACIÓN DEL CÁNCER EN COLOMBIA

Cáncer de estómago Cie-10: C16; Cie-0-3: C16



Régimen	Indicador 1 (días)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (días)	Indicador 6 (semanas)	Indicador 7 (semanas)	Indicador 8 (%)	Indicador 12 (%)	Indicador 13 (%)	Indicador 15 (por 100 000 hab)	Indicador 16 (%)
	● < 30	● > 3,4	● > 12	● > 60	● < 30	● ≤ 12	● ≤ 12	● > 27	● > 17	● > 33	Por definir	● < 20
	● 30-59	● 1,8-3,4	● 08-12,	● 55-60	● 30-59			● 20-27	● 14-17	● 22-33		● >= 20
	● >= 60	● < 1,8	● ≤ 8	● ≤ 55	● >= 60	● > 12	● > 12	● < = 20	● ≤ 14	● ≤ 22		
Contributivo	● 41,8	● 1,0	● 20,8	● 63,3	● 53,8	● 62,6	● 58,1	● 27,2	● 20,4	● 17,5	5,29	● 3,5
Especial	● 49,0	● 0,0	● 14,3	● 28,6	● 45,0	***	***	● 0,0	● 28,6	***	SD	***
No asegurado	● 28,3	● 0,0	● 0,0	● 33,3	● 110,3	***	***	***	● 11,1	● 0,0	SD	● 0,0
Excepción	● 32,4	● 0,0	● 10,0	● 50,0	● 54,4	● 82,0	● 44,1	● 50,0	● 20,0	● 33,3	SD	● 0,0
Subsidiado	● 42,5	● 1,1	● 12,3	● 59,7	● 53,7	● 109,8	● 59,1	● 23,7	● 15,5	● 16,0	3,89	● 2,3
Total	● 41,9	● 1,0	● 16,5	● 61,0	● 54,0	● 79,9	● 57,8	● 25,9	● 18,1	● 17,2	4,63	● 2,8

Renglón	Indicador 1 (días)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (días)	Indicador 6 (semanas)	Indicador 7 (semanas)	Indicador 8 (%)	Indicador 12 (%)	Indicador 13 (%)	Indicador 15 (por 100 000 hab)	Indicador 16 (%)
	● < 30	● > 3,4	● > 12	● > 60	● < 30	● ≤ 12	● ≤ 12	● > 27	● > 17	● > 33	Por definir	● < 20
	● 30-59	● 1,8-3,4	● 08-12,	● 55-60	● 30-59			● 20-27	● 14-17	● 22-33		● >= 20
	● >= 60	● < 1,8	● ≤ 8	● ≤ 55	● >= 60	● > 12	● > 12	● < = 20	● ≤ 14	● ≤ 22		
CCF contributivo	● 27,0	● 2,2	● 24,8	● 56,9	● 63,0	● 32,0	● 58,0	● 12,0	● 22,6	● 28,6	7,09	● 1,3
CCF subsidiado	● 63,0	● 0,0	● 22,3	● 42,3	● 70,0	***	● 58,0	● 34,6	● 17,0	● 13,9	4,66	● 0,0
Comerciales contributivo	● 76,0	● 0,5	● 18,7	● 66,4	● 48,0	● 68,0	● 78,0	● 54,6	● 16,2	● 10,7	4,03	● 0,0
Comerciales subsidiado	● 32,0	● 0,0	● 7,8	● 51,5	● 49,0	● 101	● 108	● 4,2	● 2,2	● 12,5	4,56	● 0,0
Cooperativas contributivo	● 12,0	● 0,0	● 10,0	● 50,0	● 43,0	***	● 59,0	● 20,0	● 10,0	● 10,0	5,00	● 0,0
Cooperativas subsidiado	● 28,0	● 0,6	● 23,0	● 65,4	● 60,0	● 177	● 60,0	● 25,6	● 14,1	● 12,2	2,61	● 1,1
Indígenas y adaptadas	● 49,0	● 0,0	● 10,9	● 50,2	● 123	● 6,0	● 77,0	● 23,3	● 1,1	● 0,0	4,44	● 0,0
Públicas y mixtas	● 72,0	● 1,3	● 16,8	● 66,2	● 40,0	● 72,0	● 58,0	● 20,8	● 21,4	● 12,0	5,51	● 6,7
Total	● 42,0	● 1,0	● 16,8	● 61,6	● 54,0	● 80,0	● 59,0	● 25,6	● 18,1	● 16,8	4,63	● 2,9

Bibliografía

1. International Agency for Research on Cancer. Cancer Fact Sheets: Stomach cancer. Globocan 2012 [Internet]. 2012;0-5. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
2. Karimi P, Islami F, Anandasabapathy S, Freedman ND, Kamangar F. Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014/03/13. 2014;23(5):700-13.
3. National Cancer Institute. Gastric Cancer Treatment (PDQ®)-Health Professional Version [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.cancer.gov/types/stomach/hp/stomach-treatment-pdq#cit/section_1.5
4. Carcas LP. Gastric cancer review. *J Carcinog*. 2015/01/16. 2014;13:14.
5. Cancer.net. Stomach cancer: statistics [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.cancer.net/cancer-types/stomach-cancer/statistics>
6. William O, Regino. Cáncer gástrico en Colombia : un diagnóstico tardío que amerita el compromiso del Estado. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2008;23(4):302-4.
7. Society AC. Chemotherapy for stomach cancer. Disponible en: <http://www.cancer.org/cancer/stomachcancer/detailedguide/stomach-cancer-treating-chemotherapy>; 2014.
8. Earle CC, Maroun JA. Adjuvant chemotherapy after curative resection for gastric cancer in non-Asian patients: revisiting a meta-analysis of randomised trials. *Eur J Cancer*. 1999/10/26. 1999;35(7):1059-64.
9. Ministerio de Salud de Chile. Guías Clínicas AUGÉ Cáncer Gástrico. 2014; Disponible en: http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/GPC-Gástrico-PL.pdf
10. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Gastric Cancer. 2017;1-106.
11. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver. 3). 2011;2010:113-23.
12. Cancer.net. Stomach Cancer: Treatment Options [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.cancer.net/cancer-types/stomach-cancer/treatment-options>
13. 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>
14. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia [Internet]. 2017. 1-86 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC_CO_2017_03_27_LI-BRO_CONSENSO_CANCERCOLONRECTO_PDF_V_o_A11.pdf

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 7.1. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación	143
Tabla 7.2. Frecuencia de registro de medicamentos POS	146
Tabla 7.3. Frecuencia de registro de medicamentos no POS	146
Tabla 7.4. Frecuencia de registro de combinaciones de medicamentos	146
Tabla 7.5. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte según régimen de afiliación	146
Tabla 7.6. Oportunidad en prevalentes	147
Tabla 7.8. Oportunidad en CNR	147
Tabla 7.9. Edad promedio de la población con cáncer gástrico	148
Tabla 7.10. Distribución de cáncer gástrico según grupo etario y sexo	148
Tabla 7.11. Prevalencia de cáncer gástrico invasivo por departamento	148
Tabla 7.12. Prevalencia de cáncer gástrico invasivo por asegurador	149
Tabla 7.13. PCNR de cáncer gástrico invasivo por departamento	149
Tabla 7.14. PCNR de cáncer gástrico invasivo por asegurador	150
Tabla 7.15. Mortalidad por cáncer gástrico invasivo por departamento	150
Tabla 7.16. Mortalidad por cáncer gástrico invasivo por asegurador	151
Tabla 7.17 Radioterapia en cáncer gástrico	151

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 7.1. Histograma de edad de pacientes con cáncer gástrico	141
Figura 7.2. Histograma de edad de pacientes con cáncer gástrico	141
Figura 7.3. Distribución de cáncer gástrico según grupo etario y sexo	142
Figura 7.4. Distribución de cáncer gástrico según sexo	142
Figura 7.5. Prevalencia de cáncer gástrico invasivo por departamento	142
Figura 7.6. Prevalencia de cáncer gástrico respecto a prevalencia de cáncer global	143
Figura 7.7. Morbimortalidad por cáncer gástrico	143
Figura 7.8. PCNR de cáncer gástrico invasivo por departamento	143
Figura 7.9. PCNR de cáncer gástrico respecto a PCNR de cáncer global	144
Figura 7.10. Mortalidad por cáncer gástrico invasivo por departamento	144
Figura 7.11. Estadificación TNM en cáncer gástrico según régimen de afiliación	144
Figura 7.12. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo	145
Figura 7.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes	147
Figura 7.14. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR	147
Figura 7.15. Oportunidad entre sospecha y diagnóstico	147
Figura 7.16. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento	148

CÁNCER DE PULMÓN

CIE-10: C33-34; CIE-O-3: C33-34

CÁNCER DE PULMÓN CIE-10: C33-34; CIE-O-3: C33-34

Por varias décadas el cáncer de pulmón ha sido uno de los tipos de cáncer más frecuentes en el mundo. Globocan estimó 1,8 millones de nuevos casos en el 2012, de los cuales el 58 % se dio en las regiones menos desarrolladas (1). El cáncer de pulmón es el cáncer más frecuente en la población masculina del mundo (1,2 millones, 16,7 % del total) y tiene las tasas de incidencia estandarizadas por edad más elevadas en Europa Central y Oriental (53,5 por 100 000), y en Asia oriental (50,4 por 100 000) (1). En la población femenina ocupa el tercer lugar de incidencia, sin embargo esta cifra ha aumentado en los últimos años (1,2).

Para ambos sexos las tasas más altas de incidencia de cáncer de pulmón se encuentran en América del Norte (33,8) y Europa septentrional (23,7), tasas relativamente altas en Asia oriental (19,2) y las más bajas en África occidental y media (1,1 y 0,8, respectivamente) (1).

Esta enfermedad constituye la causa más común de muerte por cáncer en todo el mundo, se estima que es responsable de una de cada cinco muertes (1,59 millones de muertes, el 19,4 % del total) (1). El tabaquismo es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de cáncer de pulmón, alrededor del 90 % del cáncer de pulmón es atribuible al consumo de cigarrillo (3).

Características generales de la población con cáncer de pulmón

El reporte arroja una cifra de 3082 pacientes afectados por cáncer de pulmón en Colombia, de los cuales 849 se registran como diagnosticados durante el periodo de análisis, es decir el 3 % de toda la PCNR por cáncer del país. Dentro de los tipos de cáncer invasivo más frecuentes en la población colombiana, el cáncer de pulmón ocupa el séptimo puesto dentro de los once reportados a la CAC.

En el país¹ la prevalencia fue de 6,2 por 100 000 habitantes y la PCNR, de 1,7 por 100 000 habitantes. La prevalencia por aseguramiento fue de 8,3 por 100 000 afiliados de la BDUA y la PCNR por aseguramiento de, 2,3 por 100 000 afiliados de la BDUA. El total de pacientes fallecidos con cáncer pulmón fue de 1217, con una mortalidad de 2,5 por 100 000 habitantes en el país.

Edad de los pacientes con cáncer de pulmón

La edad promedio de los pacientes reportados con cáncer de pulmón en Colombia fue de 66,1 años (ver tabla 8.9). En el histograma de edad de dichos pacientes, la distribución sigue un patrón aproximadamente normal, con cola a la izquierda a causa de algunos casos en edades tempranas (ver figura 8.1).

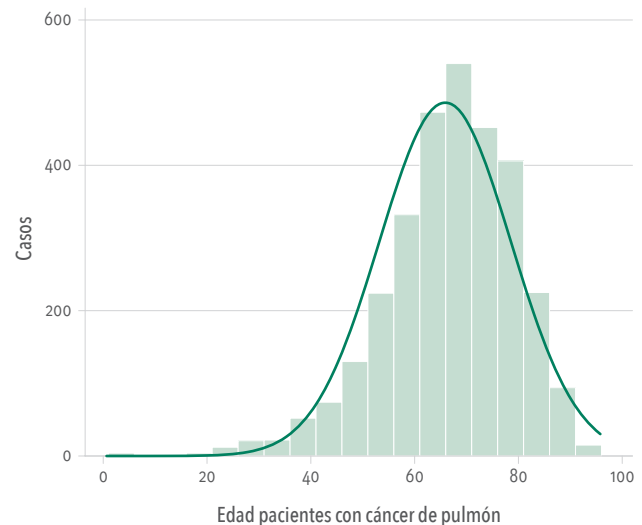


Figura 8.1. Histograma de edad en cáncer de pulmón

Grupos etarios en cáncer de pulmón y distribución por sexo

En la distribución por grupo etario del cáncer de pulmón se encontró que el 90 % de los pacientes afectados son mayores de 50 años, quienes constituyen la población más afectada (ver figura 8.2 y tabla 8.10).

La proporción de afección por cáncer de pulmón según sexo es muy similar en los diferentes grupos etarios, siendo ligeramente mayor en la población femenina en el grupo que se encuentra entre los 50 y 54 años de edad, y en los hombres, en el de los 64 a los 74 años (ver figura 8.2).

¹ Datos país observados en el Sgss colombiano.

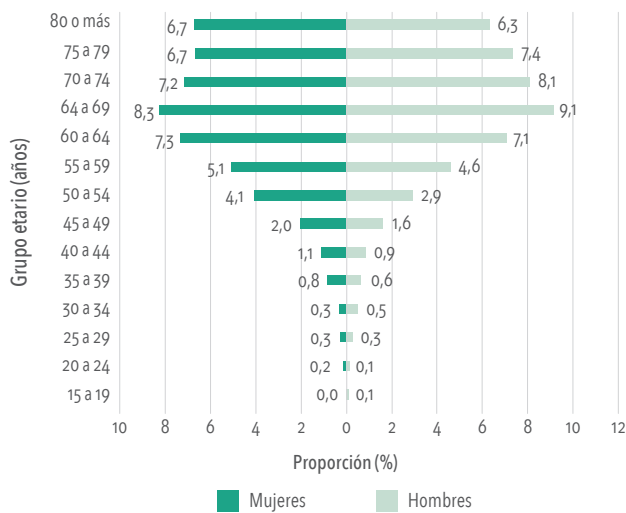


Figura 8.2. Distribución de cáncer de pulmón según grupo etario y sexo

Se registró un total de 1549 mujeres y 1533 hombres con cáncer de pulmón de, cifras que arrojan un ratio de afección mujer: hombre de 1: 1 (ver figura 8.3).



Figura 8.3. Distribución de cáncer de pulmón según sexo

Tipos histológicos en 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 entre el 80 % y el 85 % del cáncer pulmonar. Dentro de los tipos histológicos del cáncer de pulmón de CCNP se encuentran el adenocarcinoma, el carcinoma escamocelular y el carcinoma de célula grande, entre otros (4). 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 (5).

En el presente análisis el tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma, con 25 %; mientras que el escamocelular representa el 8 % de los casos. Sin embargo la mayor frecuencia, el 43 %, no cuenta con tipo histológico establecido en el reporte, y el 24 %

restante se registró como carcinomas no especificados o como otros tipos histológicos. Esto representa una limitación para el análisis debido a la baja verificación histológica registrada (ver figura 8.4).

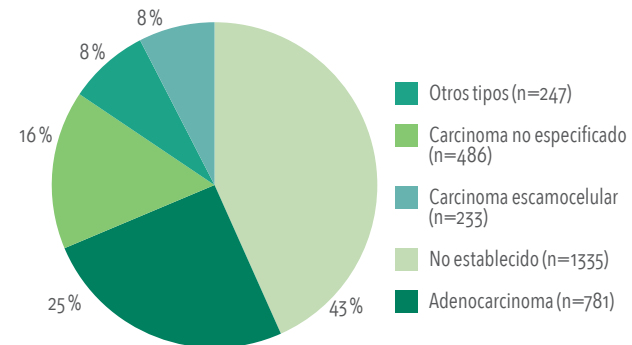


Figura 8.4. Tipos histológicos en cáncer de pulmón

En la diferenciación entre hombres y mujeres se evidencia que, a pesar de la predominancia del adenocarcinoma al tener cuenta ambos sexos, este es más frecuente en las mujeres, mientras que el carcinoma escamocelular se presenta principalmente en los hombres (ver tabla 8.1).

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

Tipo histológico	Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%
No establecido	653	42	682	44
Adenocarcinoma	454	29	327	21
Carcinoma no especificado	245	16	241	16
Otros tipos histológicos	110	7	137	9
Carcinoma escamocelular	87	6	146	10
Total	1549	100	1533	100

Morbimortalidad por cáncer de pulmón

Prevalencia de cáncer de pulmón en el país

La prevalencia ajustada por edad de cáncer de pulmón invasivo en el país fue de 6,2 por 100 000 habitantes (ver tabla 8.11)². Los departamentos con mayor prevalencia fueron Antioquia, Risaralda, Caldas, Bogotá D. C., Amazonas, Quindío y Valle del Cauca con proporciones de 12,8 a 7,2 por 100 000 habitantes (ver figura 8.5). Los

² Datos país observados en el sgsss colombiano.

departamentos con menor prevalencia fueron Vichada, Vaupés, San Andrés y Providencia, Guaviare, Guainía, Putumayo, Casanare y La Guajira, con proporciones de 0 a 1,5 por 100 000 habitantes (ver figura 8.5).

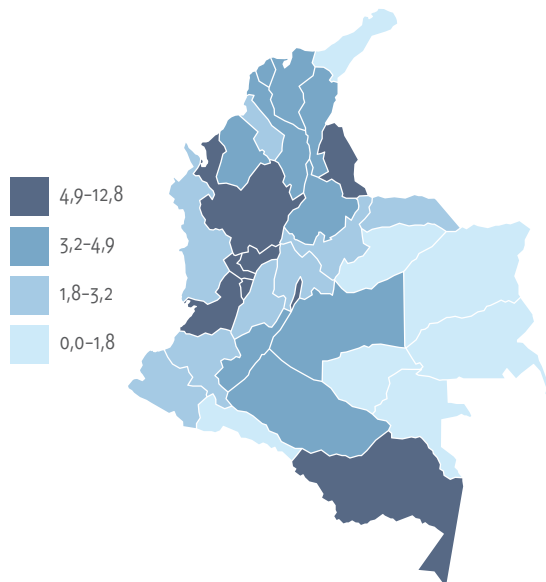


Figura 8.5. Prevalencia de cáncer de pulmón invasivo por departamento

Prevalencia de cáncer de pulmón en la BDUA

La prevalencia en la BDUA fue de 6,5 afectados por 100 000 habitantes, los aseguradores con mayores prevalencias ajustadas fueron EPSO33 y EPSO05 (ver tabla 8.12).

Comparación de morbilidad entre 2015 y 2016

En los dos periodos de análisis la morbilidad por cáncer de pulmón presenta un comportamiento similar a los demás tipos de cáncer, al reflejarse un incremento de la prevalencia. Por otro lado se observan un aumento de la mortalidad y un leve descenso de la PCNR, siendo la mortalidad superior a la PCNR, hecho que puede explicarse por lo mencionado en el World Cancer Report 2014, el cáncer de pulmón es un cáncer en el que "debido a una tasa de letalidad alta y bastante estable, los patrones y tendencias de las tasas de mortalidad son similares a los de las tasas de incidencia, independientemente del nivel de recursos en un país determinado" (6). De igual forma es importante mencionar que este hecho puede deberse no solo al comportamiento propio de la enfermedad, sino también a la continua optimización del registro a lo largo del tiempo (ver figura 8.6).

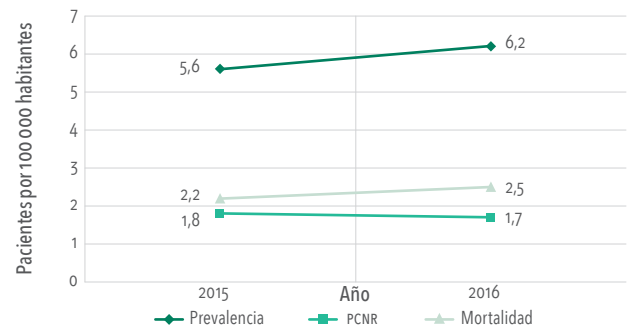


Figura 8.6. Morbimortalidad por cáncer de pulmón

PCNR de cáncer de pulmón en el país

La PCNR ajustada por edad en el país fue de 1,7 afectados por 100 000 habitantes (ver tabla 8.13)³. Los departamentos con mayor PCNR fueron Amazonas, Quindío, Antioquia, Risaralda, Bogotá D. C., Caquetá, Caldas y Valle del Cauca, con proporciones de 5,0 a 1,8 afectados por 100 000 habitantes. Los departamentos con menor PCNR fueron Vichada, Vaupés, San Andrés y Providencia, Putumayo, Guaviare, Guainía, Chocó, Casanare, Boyacá y La Guajira, con proporciones de 0 a 0,4 por 100 000 habitantes (ver figura 8.7). Los casos nuevos de cáncer de pulmón representaron el 3 % del total de casos nuevos de cáncer en adultos (ver figura 8.8).

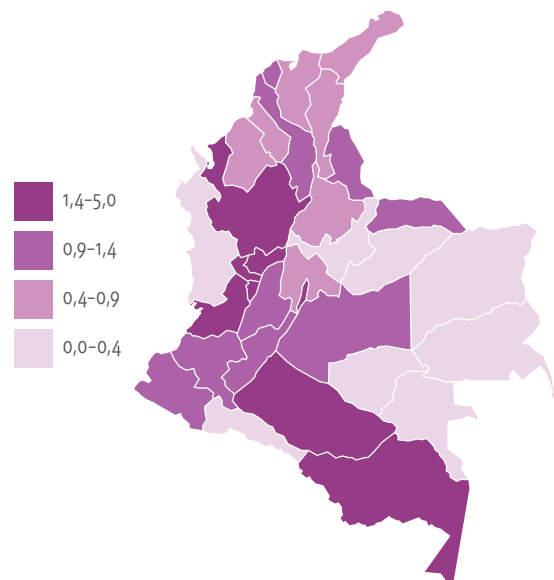


Figura 8.7. PCNR de cáncer de pulmón invasivo por departamento

³ Datos país observados en el sgss colombiano.

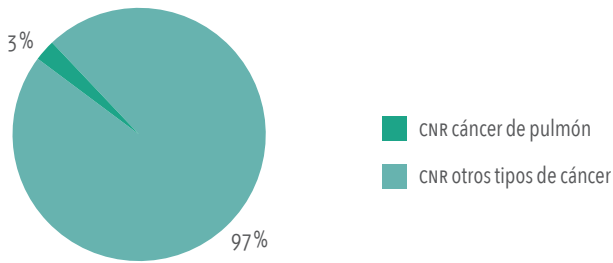


Figura 8.8. PCNR de cáncer de pulmón respecto a PCNR de cáncer global

PCNR de cáncer de pulmón en la BDUA

La PCNR por régimen de afiliación (subsidiado y contributivo) fue de 1,8 casos nuevos por cada 100 000 afiliados de la BDUA. Las aseguradoras con mayores PCNR fueron EPSO33 y EPSO08 (ver tabla 8.14).

Mortalidad por cáncer de pulmón en el país

La mortalidad por cáncer de pulmón invasivo fue de 2,5 por 100 000 habitantes (ver tabla 8.15)⁴. Los departamentos con mayor mortalidad fueron Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío, Valle del Cauca y Bogotá D. C., con tasas de 5,1 a 2,8 por 100 000 habitantes (ver figura 8.9). Los departamentos con menor mortalidad fueron Vichada, Vaupés, San Andrés y Providencia, Putumayo, Guaviare, Guainía, Amazonas y Casanare, con tasas de 0 a 0,4 por 100 000 habitantes (ver figura 8.9).

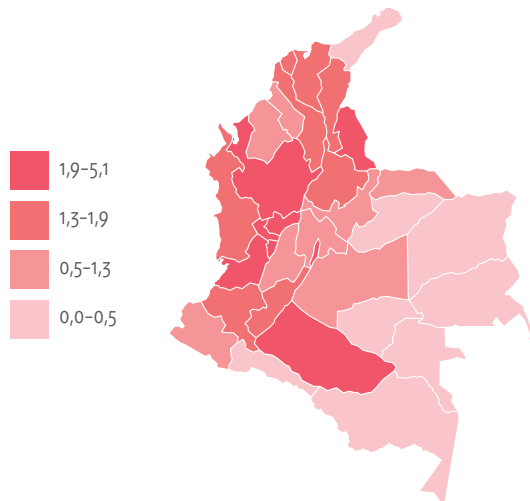


Figura 8.9. Mortalidad por cáncer de pulmón invasivo por departamento

⁴ Datos país observados en el sgsss colombiano.

Mortalidad por cáncer de pulmón en la BDUA

La mortalidad por cáncer de pulmón registró las mayores tasas ajustadas en las aseguradoras EPSO33 y EPSO18, la mortalidad por régimen de afiliación fue de 2,6 por 100 000 afiliados de la BDUA (ver tabla 8.16).

Estadificación en cáncer de pulmón

Estadificación TNM

En la estadificación TNM en cáncer de pulmón se observa que los regímenes contributivo y subsidiado aportan la mayor parte de la población (ver figuras 8.10 y 8.11). De la mayoría de casos prevalentes, en todos los regímenes, se desconoce el estadio TNM (ver figuras 8.10). Los CNR no asegurados no presentaron casos de cáncer pulmón invasivo. En los diferentes regímenes, a excepción del subsidiado, el mayor porcentaje de los casos no cuentan con TNM establecido o registrado. Al analizar la población que sí cuenta con reporte de TNM, se encontró que el estadio IV aporta la mayor proporción en todos los regímenes, evidenciando que los casos están siendo diagnosticados en estadios avanzados (ver figura 8.11).

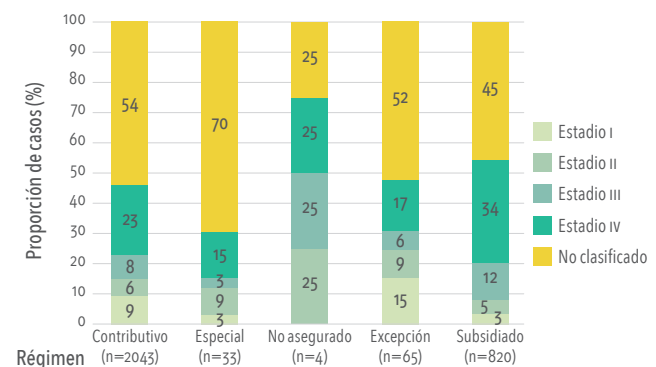


Figura 8.10. Estadificación TNM según régimen de afiliación en prevalentes

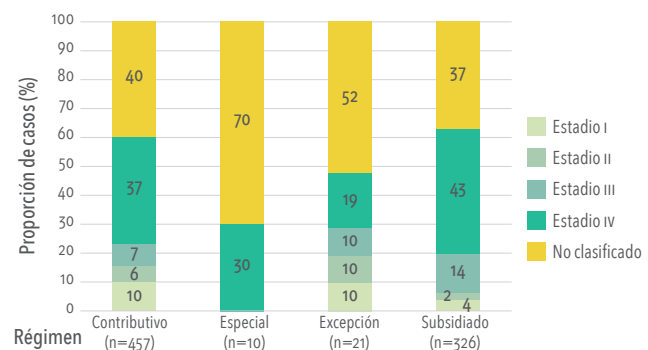


Figura 8.11. Estadificación TNM según régimen de afiliación en CNR

Terapia general cáncer de pulmón

En el tratamiento general observado en los 849 CNR⁵ con cáncer de pulmón se encontró que en el periodo de análisis 275 recibieron quimioterapia, 176 recibieron radioterapia y 119 recibieron cirugía (ver figura 8.12).

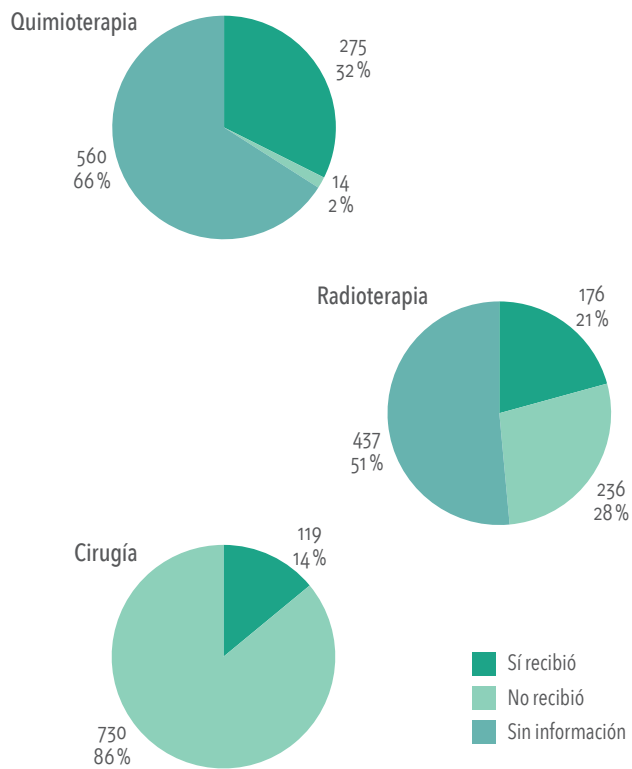


Figura 8.12. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo

Los porcentajes de registros para los que no hay información no corresponden con lo anticipado, ya que para este tipo de cáncer se esperan índices más altos de la realización de los tres tipos de terapia; se estima que lo anterior se debe a la falta de reportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC. Otra razón podría ser una falla en la gestión de soportes completos que permitan identificar dicha información.

Tratamiento en cáncer de pulmón

En pacientes con cáncer de pulmón CCNP, estadios I a IIIA, el tratamiento de elección es la cirugía. 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 cardíaca y pulmonar; y puede consistir en una neumonectomía, una lobectomía, o una segmentectomía con resección ganglionar pulmonar y mediastinal (7). Estos pacientes cuentan con un alto riesgo de recaída y deben ser tratados con quimioterapia adyuvante en estadios II y III A; la misma puede tener utilidad en un subgrupo de pacientes con enfermedad en estadio Ib (7).

Los pacientes en estadios III B y IV son usualmente tratados con quimioterapia y radioterapia concomitante o secuencial, que varía dependiendo del tipo histológico. En pocas ocasiones se contempla la opción de hacer manejo quirúrgico (2,8). Por otra parte, los CCP se caracterizan por su rápida diseminación, por lo cual su tratamiento incluye el uso de quimioterapias combinadas con platino, y radioterapia.

Medicamentos en cáncer de pulmón

Entre los medicamentos más usados en cáncer de pulmón CCP se encuentran cisplatino, carboplatino, paclitaxel, albúmina-paclitaxel (nab-paclitaxel), docetaxel, gemcitabina, vinorelbina, etopósido y pemetrexed. Adicionalmente se emplea la terapia dirigida con el uso de medicamentos como bevacizumab. En estadios avanzados se pueden utilizar inhibidores de tirosina quinasa EGFR como gefitinib y erlotinib, entre otros (7).

Medicamentos observados en el reporte

El reporte señala que los medicamentos más usados para tratar el cáncer de pulmón son el carboplatino, el pemetrexed y el cisplatino (ver tablas 8.2 y 8.3).

Tabla 8.2. Frecuencia de registro de medicamentos POS

Medicamento POS	CNR (n=849)	Exclusivo*	Combinado**
Carboplatino	143	13	130
Cisplatino	76	7	69
Paclitaxel	70	2	68
Bevacizumab	30	0	30
Etopósido	28	0	28
Gemcitabina	2	0	2
Docetaxel	3	0	3

* Exclusivo o acompañado de corticoides, analgésicos o antieméticos.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

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

Tabla 8.3. Frecuencia de registro de medicamentos no POS

Medicamento no POS	CNR (n=849)	Exclusivo*	Combinado**
Pemetrexed	78	4	74
Erlotinib	14	13	1
Gefitinib	1	1	0
Crizotinib	No se encontraron en el registro		
Nivolumab	No se encontraron en el registro		
Pembrolizumab	No se encontraron en el registro		

* Exclusivo o acompañado de corticoides, analgésicos o antieméticos.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Se determinaron las combinaciones registradas permitidas para este tipo de cáncer, encontrando que la más frecuente fue carboplatino más paclitaxel, seguida de carboplatino más pemetrexed (ver tabla 8.4). Se evidenció que algunas de estas combinaciones a su vez incluían el registro de otro medicamento antineoplásico o medicamento de terapia dirigida (ver tabla 8.5).

Tabla 8.4. Frecuencia de registro de combinaciones de medicamentos

Combinación	CNR (n=849)	Exclusivo*	Combinado
Carboplatino + paclitaxel	65	62	3
Carboplatino + pemetrexed	36	22	14
Carboplatino + gemcitabina	18	14	4
Cisplatino + pemetrexed	33	26	7
Cisplatino + etopósido	21	21	0
Cisplatino + gemcitabina	8	5	3
Cisplatino + docetaxel	2	2	0
Cisplatino + vinorelbina	1	1	0

* Incluye otros medicamentos de soporte.

Tabla 8.5. Combinaciones registradas de medicamentos

Combinación principal	Incluye otro antineoplásico o dirigido	
Carboplatino + paclitaxel	3	3 con bevacizumab
Carboplatino + pemetrexed	14	13 con bevacizumab, 1 con gemcitabina
Carboplatino + gemcitabina	4	1 con bevacizumab, 1 con pemetrexed, 1 con erlotinib y 1 con cisplatino
Cisplatino + pemetrexed	7	7 con bevacizumab
Cisplatino + gemcitabina	3	1 con paclitaxel, 1 con carboplatino y 1 con bevacizumab

Radioterapia en cáncer de pulmón

Un total de 176 CNR de cáncer de pulmón recibió radioterapia como parte del tratamiento, del cual el 40 % recibió radioterapia y quimioterapia durante el periodo de reporte (ver tabla 8.6).

Tabla 8.6. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte según régimen de afiliación

Ambos tratamientos	Contributivo	Especial	No Asegurado	Excepción	Subsidiado
Recibió	40	2	0	1	27
No Recibió	36	0	0	3	42

Oportunidad en cáncer de pulmón

La oportunidad entendida como la posibilidad que tienen los individuos para acceder al sistema de salud (9), se encuentra expresada en este documento como número de días a partir de un evento temporal pasado hasta un evento temporal posterior.

En cáncer de pulmón el 30 % de la población prevalente cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 30 días de mediana y 63 días de media (ver tabla 8.7 y figura 8.13).

Tabla 8.7. Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	926	30	15-58	63,0	56,4-69,5	1-701

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

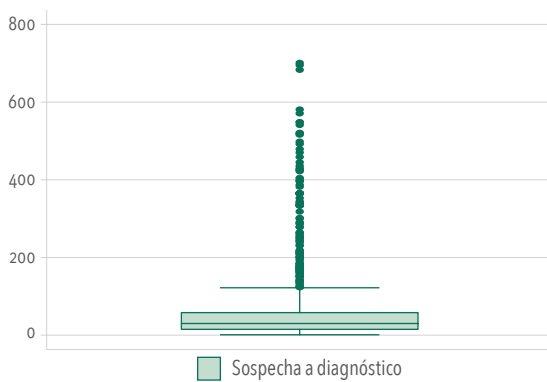


Figura 8.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes

En los CNR se pudo establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico del 58 % y el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento, del 41 %. Se encontró que entre la sospecha clínica y el diagnóstico transcurren 27 días de mediana y 45 días de media, y entre diagnóstico y primer tratamiento 31 días de mediana y 47,6 días de media (ver tabla 8.8 y figura 8.14).

Tabla 8.8. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	491	27	12-45	45,1	38,4-51,9	1-701
Diagnóstico a primer tratamiento	346	31	14-62	47,6	42,1-53,0	0-339

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

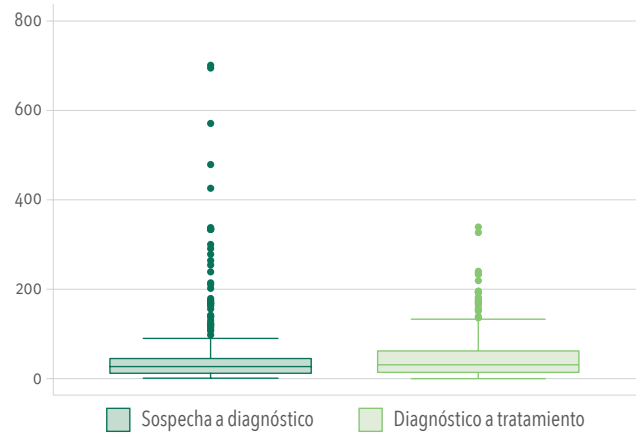


Figura 8.14. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR

Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico

En cuanto a la oportunidad de atención entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico de los CNR, en el régimen contributivo predominó el rango temporal de 30 a 59 días, mientras que en el régimen subsidiado, el rango entre 15 y 29 días fue el más frecuente (ver figura 8.15).

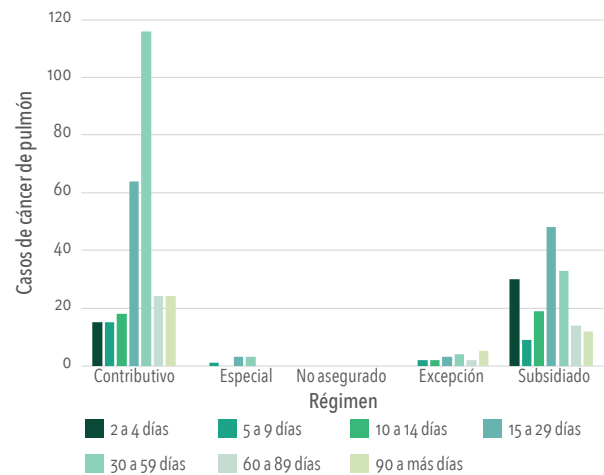


Figura 8.15. Oportunidad entre sospecha y diagnóstico

Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento

En los CNR tanto del régimen contributivo como del subsidiado, el rango temporal de diagnóstico a primer tratamiento tiene una tendencia de 30 a 59 días (ver figura 8.16).

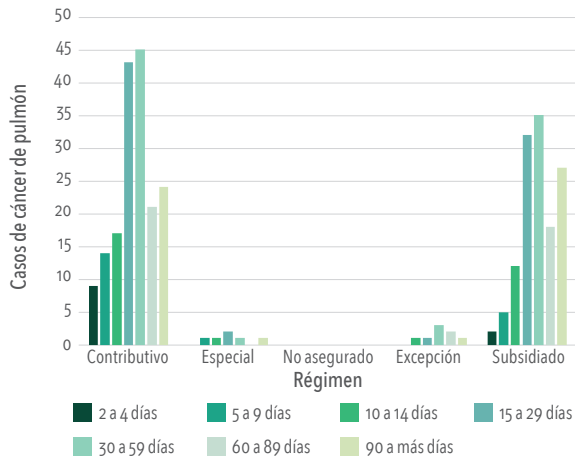


Figura 8.16. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento

Tablas complementarias

Tabla 8.9. Edad promedio de la población con cáncer de pulmón

Frecuencia (n)	Media	Desviación Estándar	IC (95 %)
3082	66,1	12,7	[65,7-66,6]

Tabla 8.10. Distribución de cáncer de pulmón según grupo etario y sexo

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
Menores de 20 años	4	5	9
20 a 24 años	5	4	9
25 a 29 años	9	9	18
30 a 34 años	10	15	25
35 a 39 años	26	20	46
40 a 44 años	35	27	62
45 a 49 años	63	49	112
50 a 54 años	126	90	216
55 a 59 años	156	143	299
60 a 64 años	226	218	444
64 a 69 años	255	282	537
70 a 74 años	221	249	470
75 a 79 años	206	227	433
80 a más años	207	195	402
Total	1549	1533	3082

Tabla 8.11. Prevalencia de cáncer de pulmón invasivo por departamento*

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Amazonas	8,0	2,6
Antioquia	12,8	13,4
Arauca	2,2	1,5
Atlántico	4,5	4,3
Bogotá, D. C.	8,2	8,4
Bolívar	4,2	3,9
Boyacá	1,8	2,0
Caldas	8,7	10,8
Caquetá	4,9	3,8
Casanare	1,2	0,8
Cauca	3,2	3,1
Cesar	4,2	3,3
Chocó	2,6	1,6
Córdoba	3,7	3,2
Cundinamarca	2,8	2,8
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	3,6	3,3
La Guajira	1,5	1,0
Magdalena	3,2	2,8
Meta	3,3	2,8
Nariño	2,7	2,6
Norte de Santander	5,2	4,9
Putumayo	0,4	0,3
Quindío	7,6	9,2
Risaralda	9,4	11,1
San Andrés	0,0	0,0
Santander	4,9	5,3
Sucre	3,0	2,8
Tolima	2,2	2,6
Valle del Cauca	7,2	8,0
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	6,2	6,2

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 8.12. Prevalencia de cáncer de pulmón invasivo por asegurador*

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
CCFO07	7,1	6,3
CCFO09	5,6	5,8
CCFO15	1,1	1,0
CCFO23	0,0	0,0
CCFO24	3,2	3,0
CCFO27	2,3	2,1
CCFO33	0,9	1,0
CCFO49	5,3	5,6
CCFO53	4,5	5,4
CCFO55	0,9	0,7
CCF102	0,0	0,0
EASO16	6,2	18,5
EASO27	5,5	27,5
EPSO01	11,7	15,4
EPSO02	6,5	4,7
EPSO03	4,6	3,7
EPSO05	16,0	18,9
EPSO08	11,3	9,8
EPSO10	13,0	9,3
EPSO12	14,1	12,7
EPSO16	14,7	13,0
EPSO17	8,5	5,8
EPSO18	12,7	9,6
EPSO20	1,3	1,0
EPSO22	1,1	1,4
EPSO23	4,6	2,9
EPSO25	1,2	1,1
EPSO33	23,6	14,9
EPSO37	7,5	15,7
EPSIO1	0,9	0,5
EPSIO2	2,4	1,8
EPSIO3	0,5	0,5
EPSIO4	1,3	0,8
EPSIO5	1,7	1,3
EPSIO6	1,8	1,3
EPSSO3	4,1	4,7
EPSS33	4,4	4,1
EPSS34	6,1	7,0
EPSS40	12,2	14,0
EPSS41	1,1	1,0
ESSO02	1,6	1,4
ESSO24	1,2	1,1
ESSO62	7,1	6,7
ESSO76	1,4	1,1
ESSO91	4,1	4,6
ESS118	1,8	1,7
ESS133	2,4	2,3
ESS207	4,5	3,8
Total	6,5	6,5

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 8.13. PCNR de cáncer de pulmón invasivo por departamento*

Departamento	PCNR ajustada	PCNR cruda
Amazonas	5,0	1,3
Antioquia	3,2	3,4
Arauca	1,1	0,8
Atlántico	0,9	0,9
Bogotá, D. C.	2,5	2,6
Bolívar	1,1	1,0
Boyacá	0,4	0,5
Caldas	2,3	2,8
Caquetá	2,4	1,9
Casanare	0,4	0,3
Cauca	1,4	1,4
Cesar	0,6	0,5
Chocó	0,0	0,0
Córdoba	0,9	0,8
Cundinamarca	0,9	0,9
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	1,2	1,0
La Guajira	0,4	0,3
Magdalena	0,5	0,4
Meta	1,1	0,9
Nariño	0,9	0,9
Norte de Santander	1,3	1,3
Putumayo	0,0	0,0
Quindío	3,8	4,6
Risaralda	3,1	3,7
San Andrés	0,0	0,0
Santander	0,5	0,5
Sucre	0,5	0,5
Tolima	0,9	1,1
Valle del Cauca	1,8	2,0
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	1,7	1,7

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 8.14. PCNR de cáncer de pulmón invasivo por asegurador*

Asegurador	PCNR ajustada	PCNR cruda
CCFO07	2,5	2,3
CCFO09	2,6	2,9
CCFO15	0,7	0,7
CCFO23	0,0	0,0
CCFO24	0,6	0,6
CCFO27	1,3	1,1
CCFO33	0,0	0,0
CCFO49	2,7	2,8
CCFO53	3,4	3,6
CCFO55	0,1	0,1
CCF102	0,0	0,0
EASO16	0,0	0,0
EASO27	3,1	11,5
EPSO01	2,0	2,5
EPSO02	1,2	1,0
EPSO03	0,2	0,2
EPSO05	3,1	3,7
EPSO08	5,7	4,9
EPSO10	3,5	2,6
EPSO12	2,4	1,9
EPSO16	2,0	1,9
EPSO17	3,3	2,3
EPSO18	4,1	2,9
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	0,2	0,3
EPSO23	0,4	0,2
EPSO25	0,5	0,6
EPSO33	8,0	5,0
EPSO37	1,8	3,8
EPSIO1	0,0	0,0
EPSIO2	0,6	0,5
EPSIO3	0,3	0,2
EPSIO4	1,3	0,8
EPSIO5	1,3	1,0
EPSIO6	1,8	1,3
EPSSO3	1,0	1,2
EPSS33	1,5	1,4
EPSS34	3,2	3,7
EPSS40	4,7	5,3
EPSS41	0,1	0,1
ESSO02	0,9	0,8
ESSO24	0,4	0,3
ESSO62	3,7	3,5
ESSO76	0,6	0,5
ESSO91	1,3	1,5
ESS118	0,9	0,8
ESS133	1,1	1,0
ESS207	0,7	0,6
Total	1,8	1,8

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 8.15. Mortalidad por cáncer de pulmón invasivo por departamento*

Departamento	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	5,1	5,3
Arauca	0,6	0,4
Atlántico	1,7	1,6
Bogotá, D. C.	2,8	2,9
Bolívar	1,7	1,5
Boyacá	0,5	0,6
Caldas	4,4	5,6
Caquetá	2,1	1,7
Casanare	0,4	0,3
Cauca	1,9	1,8
Cesar	1,5	1,2
Chocó	1,3	0,8
Córdoba	1,3	1,1
Cundinamarca	1,0	1,0
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	1,9	1,7
La Guajira	0,5	0,3
Magdalena	1,3	1,1
Meta	1,2	1,0
Nariño	1,1	1,0
Norte de Santander	2,2	2,1
Putumayo	0,0	0,0
Quindío	3,1	3,9
Risaralda	4,0	4,8
San Andrés	0,0	0,0
Santander	1,9	2,1
Sucre	0,7	0,7
Tolima	1,0	1,1
Valle del Cauca	3,1	3,4
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	2,5	2,5

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 8.16. Mortalidad por cáncer de pulmón invasivo por asegurador*

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
CCFO07	2,6	2,3
CCFO09	0,6	1,0
CCFO15	0,4	0,3
CCFO23	0,0	0,0
CCFO24	1,2	1,1
CCFO27	0,5	0,5
CCFO33	0,0	0,0
CCFO49	2,7	2,8
CCFO53	1,0	0,9
CCFO55	0,0	0,0
CCF102	0,0	0,0
EASO16	0,0	0,0
EASO27	0,5	4,6
EPSO01	5,4	7,0
EPSO02	1,9	1,3
EPSO03	1,9	1,5
EPSO05	4,7	5,5
EPSO08	4,2	3,5
EPSO10	2,5	1,7
EPSO12	5,7	4,6
EPSO16	5,6	4,8
EPSO17	3,1	2,1
EPSO18	6,0	4,0
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	0,2	0,3
EPSO23	1,5	0,8
EPSO25	0,5	0,6
EPSO33	12,6	8,0
EPSO37	3,5	7,5
EPSIO1	0,9	0,5
EPSIO2	1,2	0,9
EPSIO3	0,0	0,0
EPSIO4	0,0	0,0
EPSIO5	0,5	0,3
EPSIO6	1,8	1,3
EPSSO3	2,6	3,0
EPSS33	2,9	2,6
EPSS34	3,0	3,5
EPSS40	5,8	6,7
EPSS41	0,6	0,5
ESSO02	0,5	0,4
ESSO24	0,5	0,5
ESSO62	3,7	3,6
ESSO76	0,8	0,6
ESSO91	2,0	2,2
ESS118	0,7	0,7
ESS133	1,1	1,0
ESS207	1,9	1,6
Total	2,6	2,6

* Por 100 000 afiliados.

Bibliografía

1. Globocan. Lung Cancer Fact Sheet. Int Agency Res Cancer, World Heal Organisation [Internet]. 2016; Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/data/pdf/fact-sheets/cancers/cancer-fact-sheets-11.pdf>
2. Dela Cruz CS, Tanoue LT, Matthay RA. Lung cancer: epidemiology, etiology, and prevention. Clin Chest Med. 2011/11/08. 2011;32(4):605-44.
3. M. H, Kantarjian, Wolff RA, Koller CA. The MD Anderson Manual of Medical Oncology, 2e. McGraw-Hill; 2006.
4. 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 [Internet]. 2013;143(5 SUPPL):e251S-e262S. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.12-2356>
5. 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.
6. 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>
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. 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(5 Suppl):e278S-313S.
9. 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>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 8.1. Distribución de cáncer de pulmón según tipo histológico y sexo	160
Tabla 8.2. Frecuencia de registro de medicamentos POS	163
Tabla 8.3. Frecuencia de registro de medicamentos no POS	164
Tabla 8.4. Frecuencia de registro de combinaciones de medicamentos	164
Tabla 8.5. Combinaciones registradas de medicamentos	164
Tabla 8.6. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte según régimen de afiliación	164
Tabla 8.7. Oportunidad en prevalentes	165
Tabla 8.8. Oportunidad en CNR	165
Tabla 8.9. Edad promedio de la población con cáncer de pulmón	166
Tabla 8.10. Distribución de cáncer de pulmón según grupo etario y sexo	166
Tabla 8.11. Prevalencia de cáncer de pulmón invasivo por departamento	166
Tabla 8.12. Prevalencia de cáncer de pulmón invasivo por asegurador	167
Tabla 8.13. PCNR de cáncer de pulmón invasivo por departamento	167
Tabla 8.14. PCNR de cáncer de pulmón invasivo por asegurador	168
Tabla 8.15. Mortalidad por cáncer de pulmón invasivo por departamento	168
Tabla 8.16. Mortalidad por cáncer de pulmón invasivo por asegurador	169

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 8.1. Histograma de edad en cáncer de pulmón	159
Figura 8.2. Distribución de cáncer de pulmón según grupo etario y sexo.....	160
Figura 8.3. Distribución de cáncer de pulmón según sexo	160
Figura 8.4. Tipos histológicos en cáncer de pulmón	160
Figura 8.5. Prevalencia de cáncer de pulmón invasivo por departamento.....	161
Figura 8.6. Morbimortalidad por cáncer de pulmón.....	161
Figura 8.7. PCNR de cáncer de pulmón invasivo por departamento.....	161
Figura 8.8. PCNR de cáncer de pulmón respecto a PCNR de cáncer global.....	162
Figura 8.9. Mortalidad por cáncer de pulmón invasivo por departamento.....	162
Figura 8.10. Estadificación TNM según régimen de afiliación en prevalentes.....	162
Figura 8.11. Estadificación TNM según régimen de afiliación en CNR	162
Figura 8.12. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo.....	163
Figura 8.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes.....	165
Figura 8.14. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR	165
Figura 8.15. Oportunidad entre sospecha y diagnóstico	165
Figura 8.16. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento	166

MELANOMA

CIE-10: C43; CIE-O-3: C44

MELANOMA CIE-10: C43; CIE-O-3: C44

El melanoma es un tumor maligno de los melanocitos, células que producen el pigmento melanina y se derivan de la cresta neural. Aunque la mayoría de melanomas se presentan en la piel, también pueden surgir en las superficies mucosas o en otros lugares a los que migran las células de la cresta neural, incluida la úvea (1).

La incidencia mundial de melanoma ha incrementado rápidamente, con una tasa mayor que cualquier otro tipo de cáncer, a excepción de el de pulmón en la población femenina. Según la OMS cada año se producen en el mundo 232 000 casos de melanoma (2,3).

Las tasas de incidencia en Australia y Nueva Zelanda son dos veces mayores que las observadas en cualquier otro país, mientras que las mismas tienden a ser bastante bajas en la mayoría de los países de África, Asia y América Latina (2).

A pesar de que representa solo el 4 % de todos los tumores malignos de la piel, el melanoma es responsable de aproximadamente el 80 % de todas las muertes por cáncer de la piel (4).

Características generales de la población con melanoma

En el registro se identificaron 2685 casos de esta patología (2271 de tipo invasivo), de los cuales 366 eran nuevos (296 invasivos), esta cifra representa el 1 % de la PCNR de cáncer en el país. El melanoma ocupa el sexto lugar en frecuencia entre los once tipos de cáncer reportados a la CAC.

En el país¹ la prevalencia de melanoma invasivo fue de 4,7 por 100 000 habitantes y la PCNR, de 0,6 por 100 000 habitantes. La prevalencia por aseguramiento fue de 6,3 por 100 000 afiliados de la BDUA y la PCNR por aseguramiento, de 0,8 por 100 000 afiliados de la BDUA. El total de pacientes fallecidos con melanoma invasivo fue de 226, para una mortalidad de 0,5 por 100 000 habitantes en el país.

Edad de los pacientes con melanoma

La distribución de la edad sigue un patrón normal, pero se destaca la presencia de casos a temprana edad que genera una cola a la izquierda (ver figura 9.1). La edad

promedio de los pacientes con melanoma reportados en Colombia fue de 62 años (ver tabla 9.7). En el diagrama quintil-normal se observa esta tendencia, además de un aumento de casos de melanoma que inicia a los 40 años y algunos valores en los extremos de la vida (ver figura 9.2).

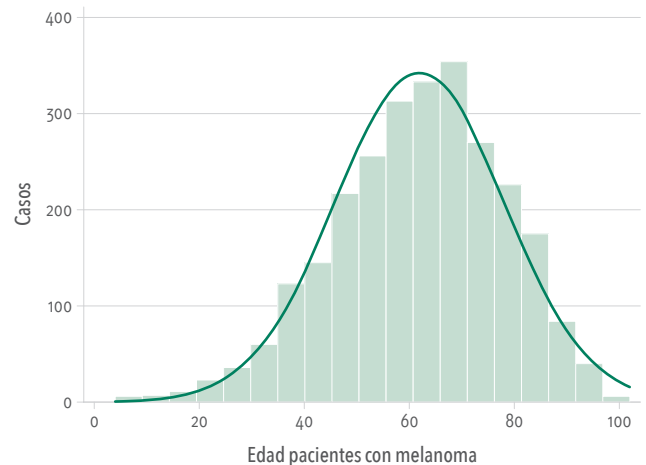


Figura 9.1. Histograma de edad en melanoma

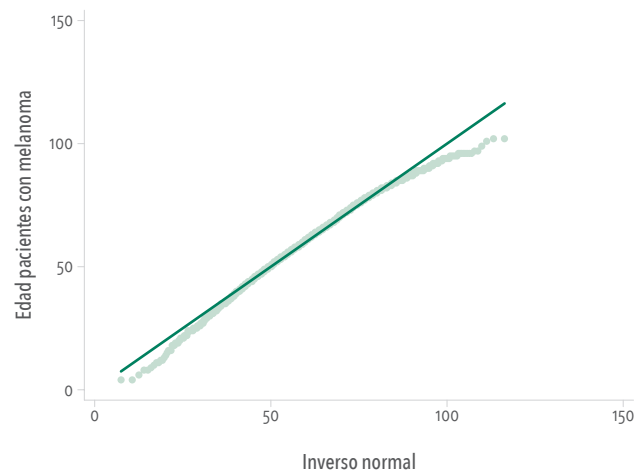


Figura 9.2. Quintil-normal de edad en melanoma

¹ Datos país observados en el sgss colombiano.

Grupos etarios en melanoma y distribución por sexo

En la distribución por grupo etario de melanoma, se encontró que el 91 % de los pacientes afectados son mayores de 40 años, quienes constituyen la población más afectada (ver tabla 9.8). La distribución según grupo etario y sexo evidenció que en todos los grupos de edad esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en las mujeres, con un aumento progresivo desde los 40 hasta los 65 años de edad, momento a partir del cual desciende y a partir de los 80 años se vuelve a registrar un pico. En los hombres también se observan dos picos, uno entre los 65 y los 69 años, y otro de los 80 años en adelante (ver figura 9.3). Se registró un total de 1644 mujeres y 1041 hombres con melanoma, para una razón mujer: hombre de 1,6: 1 (ver figura 9.4).

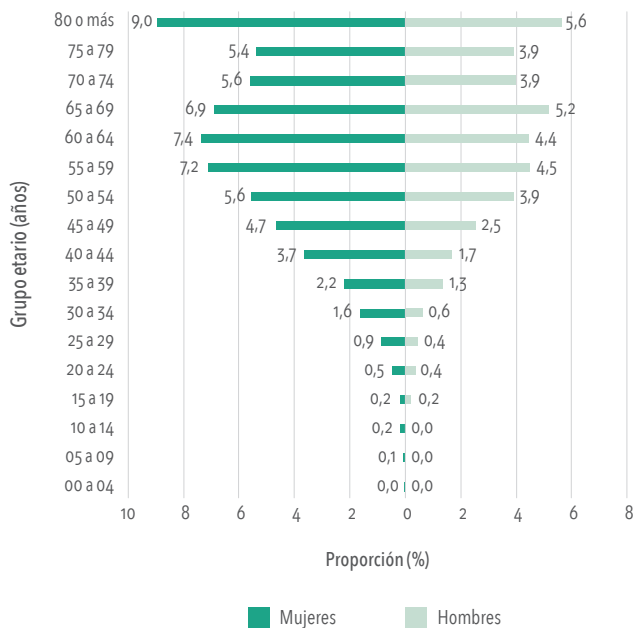


Figura 9.3 Distribución de melanoma según grupo etario y sexo

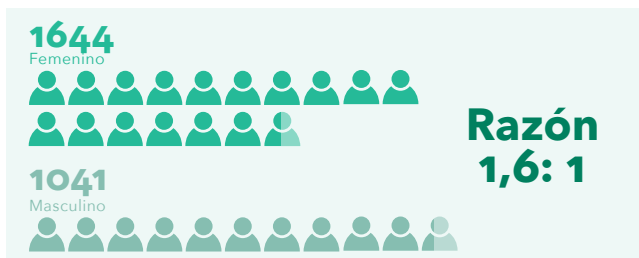


Figura 9.4. Distribución de melanoma según sexo

Morbimortalidad por melanoma

Prevalencia de melanoma en el país

La prevalencia de melanoma invasivo en el país fue de 4,7 por 100 000 habitantes (ver tabla 9.9)². Los departamentos con mayor prevalencia fueron Risaralda, Antioquia, Quindío, Bogotá D. C., Vichada, Caldas, Nariño y Valle del Cauca, con proporciones de 9,8 a 4,6 por 100 000 habitantes (ver figura 9.5). Los departamentos con menor prevalencia fueron Vaupés, Guaviare, Guainía, La Guajira, Magdalena, Córdoba, Bolívar y San Andrés, con proporciones de 0 a 1,4 por 100 000 habitantes (ver figura 9.5).

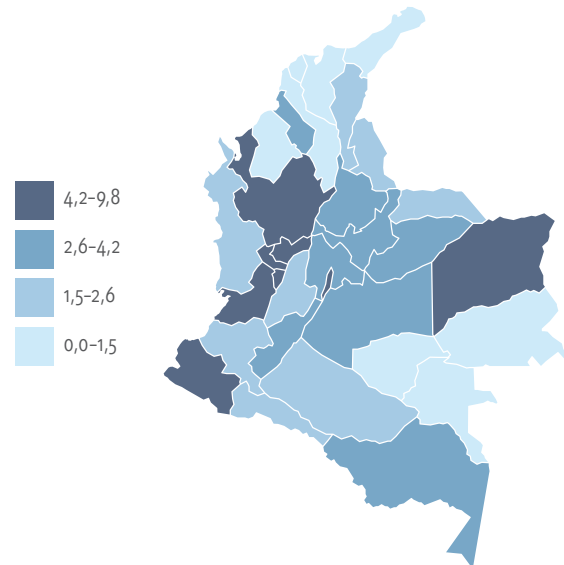


Figura 9.5. Prevalencia de melanoma invasivo por departamento

Prevalencia de melanoma en la BDUA

El melanoma invasivo presentó la mayor prevalencia ajustada en los aseguradores EASO16 y EPSO18, el total fue de 5,0 por 100 000 afiliados de la BDUA (ver tabla 9.10).

Comparación de morbilidad entre 2015 y 2016

En los dos periodos de análisis la morbilidad del melanoma presenta un aumento de la prevalencia, un leve descenso de la PCNR y una permanencia estable de la mortalidad; lo cual puede deberse tanto a características propias del registro, como al comportamiento propio de este tipo de cáncer (ver figura 9.6).

² Datos país observados en el sgsss colombiano.

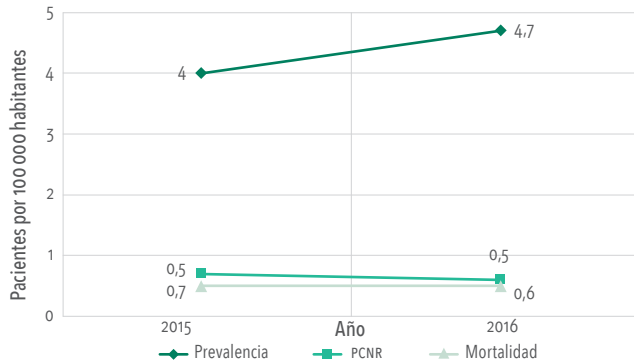


Figura 9.6. Morbimortalidad por melanoma

Los casos nuevos de melanoma representaron el 1% de la población total de CNR de cáncer en el periodo (ver figura 9.8).

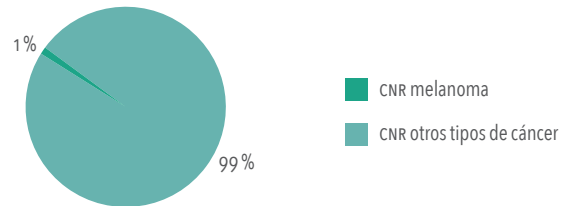


Figura 9.8. PCNR de melanoma respecto a PCNR de cáncer global

PCNR de melanoma en el país

La PCNR de melanoma invasivo en el país fue de 0,6 por 100 000 habitantes (ver tabla 9.11)³. Los departamentos con mayor PCNR fueron Vichada, Risaralda, Casanare, Quindío, Bogotá D. C., Antioquia, Caldas y Nariño, con proporciones de 6,0 a 0,7 por 100 000 habitantes. Los departamentos con menor PCNR fueron Vaupés, San Andrés, Magdalena, La Guajira, Guaviare, Guainía, Chocó, Caquetá, Arauca, Amazonas y Bolívar, con proporciones de 0 a 0,1 por 100 000 habitantes (ver figura 9.7).

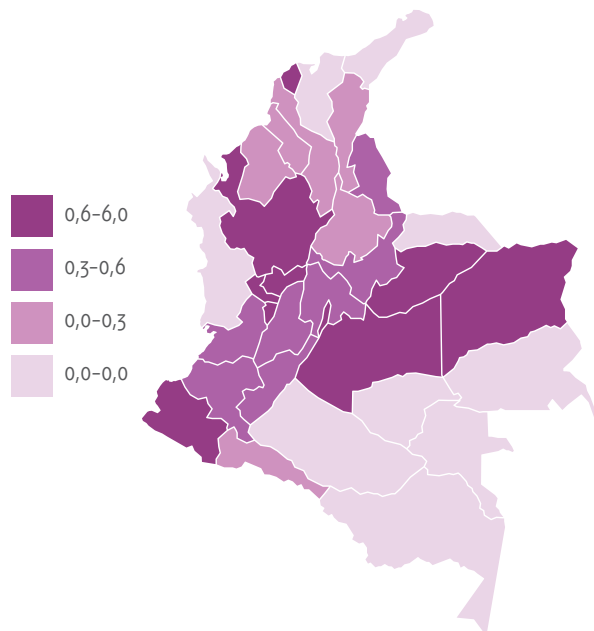


Figura 9.7. PCNR de melanoma invasivo por departamento

PCNR de melanoma en la BDUA

La PCNR de melanoma invasivo por régimen de afiliación fue de 0,6 por 100 000 afiliados de la BDUA, las aseguradoras con mayor PCNR fueron EPSO18 y EPSO17 (ver tabla 9.12).

Mortalidad por melanoma en el país

La mortalidad por melanoma invasivo fue 0,5 por 100 000 habitantes (ver tabla 9.13)⁴. Los departamentos con mayor mortalidad fueron Risaralda, Quindío, Antioquia, Bogotá D. C., Cesar, Valle del Cauca; Arauca, Meta y Nariño, con tasas de 1,6 a 0,5 por 100 000 habitantes. Los departamentos con menor mortalidad fueron Vichada, Vaupés, San Andrés y Providencia, Putumayo, Magdalena, La Guajira, Guaviare, Guainía, Casanare y Amazonas, con tasas de 0 por 100 000 habitantes (ver figura 9.9).

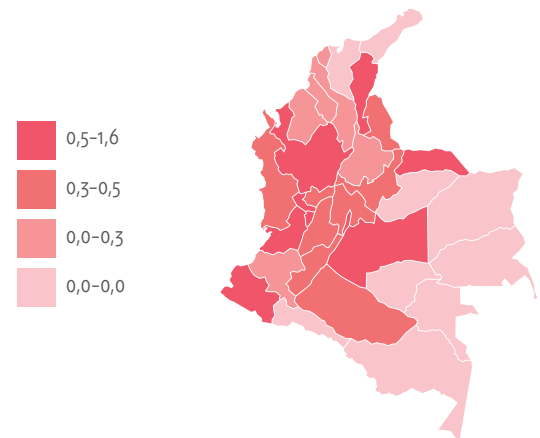


Figura 9.9. Mortalidad por melanoma invasivo por departamento

³ Datos país observados en el sgsss colombiano.

⁴ Datos país observados en el sgsss colombiano.

Mortalidad por melanoma en la BDUA

La mortalidad por régimen de afiliación fue 0,5 por 100 000 afiliados de la BDUA, las aseguradoras con mayores mortalidades ajustadas fueron EPSO18 y EPSIO6 (ver tabla 9.14).

Estadificación en melanoma

El estudio histopatológico del melanoma reúne factores muy importantes para definir especialmente el pronóstico y también el tratamiento. El primero de ellos es el índice de profundidad de Breslow, que 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. Es uno de los factores principales ya que predice el riesgo de metástasis y, por ende, el pronóstico de la enfermedad (5).

Otros factores son la presencia de ulceración histológicamente reconocida, la tasa mitótica (número de mitosis / mm²) 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 lesiones no ulceradas de 1 mm o menos, donde la tasa mitótica no está determinada (5,6). Es así como, teniendo en cuenta los anteriores parámetros, el número de ganglios linfáticos regionales comprometidos –con distinción de macro y micrometástasis–, y la presencia o no de metástasis, se definen los diferentes estadios del sistema de estadificación TNM (AJCC).

Factores importantes adicionales, como la localización de las lesiones, la edad y el sexo, pueden afectar el pronóstico y la supervivencia, ya que, por lo general, los pacientes más jóvenes, las mujeres y aquellos con melanoma en sus extremidades tienen un pronóstico más alentador (7, 8).

Estadificación TNM

En la estadificación TNM se encontró que el mayor porcentaje de casos no cuenta con registro del estadio de la enfermedad: cerca del 66 % para todos los pacientes y del 58 % para los pacientes diagnosticados durante el periodo. Esto teniendo en cuenta todos los regímenes de aseguramiento (ver figuras 9.11 y 9.12).

En la población prevalente con reporte de TNM, excluyendo los casos no estadificados, se encontró que el estadio I aporta la mayor proporción (36 %) en el régimen contributivo, y el estadio III (31 %) en el régimen subsidiado (ver figura 9.10). La situación es

similar en los CNR, donde los estadios I y II predominan en los pacientes afiliados al régimen contributivo, y los estadios III y I, en el régimen subsidiado (ver figura 9.11).

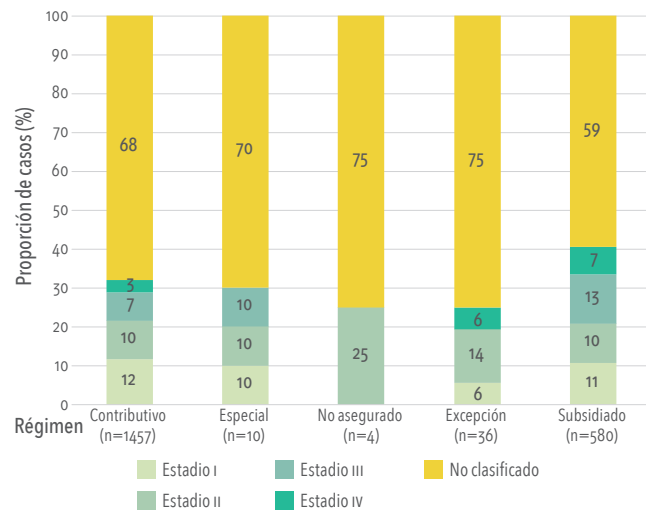


Figura 9.10. Estadificación TNM según régimen de afiliación en prevalentes

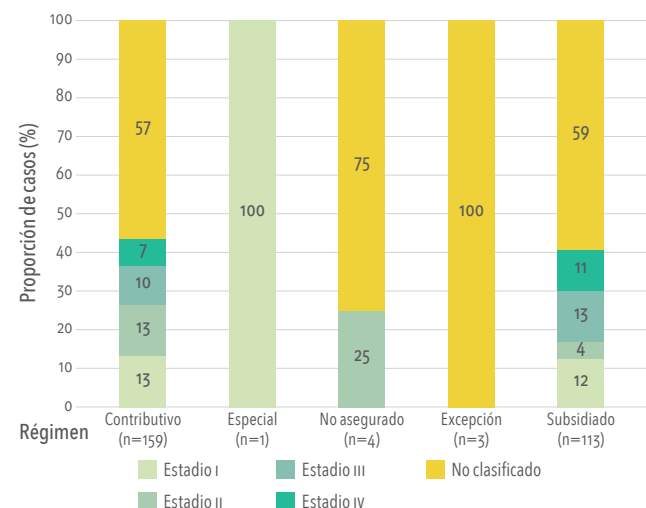


Figura 9.11. Estadificación TNM según régimen de afiliación en CNR

Terapia general en melanoma

En el tratamiento general observado en los 366 CNR⁵ con melanoma, se encontró que en el periodo de análisis 26 recibieron quimioterapia, 26 recibieron radioterapia y 156 recibieron cirugía (ver figura 9.12).

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

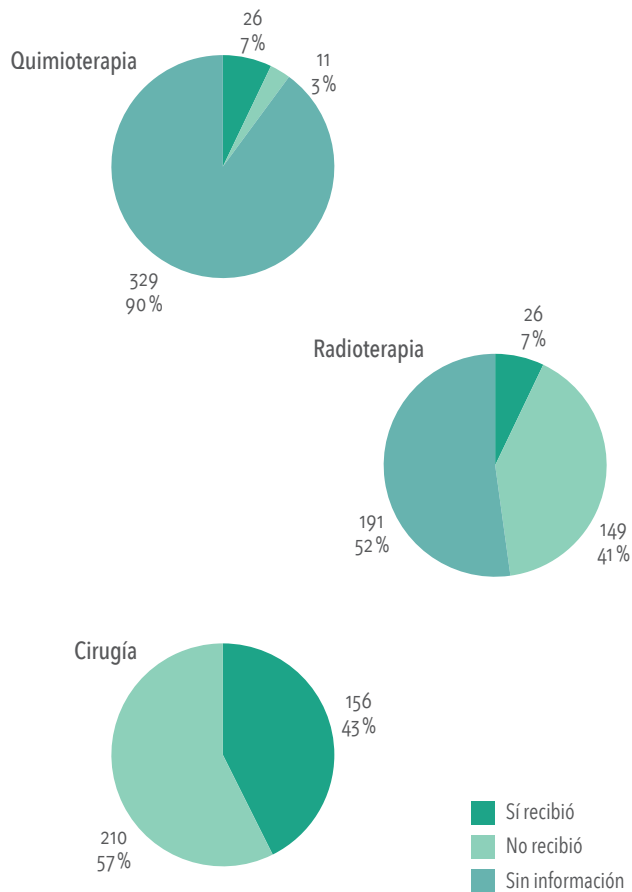


Figura 9.12. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo

Los porcentajes de registros para los que no hay información no corresponden con lo anticipado, ya que para este tipo de cáncer se esperan índices más altos de la realización de los tres tipos de terapia; se estima que lo anterior se debe a la falta de reportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC. Otra razón podría ser una falla en la gestión de soportes completos que permitan identificar dicha información.

Tratamiento en melanoma

El tratamiento del melanoma cutáneo primario consiste en su extirpación quirúrgica local amplia. La radioterapia u otras terapias (imiquimod, crioterapia, etc.) como tratamiento del tumor primario, quedan reservadas para aquellas indicaciones en que la cirugía no se pueda realizar. La quimioterapia se destina principalmente para aquellos pacientes en quienes el melanoma ha hecho metástasis (9).

Medicamentos en melanoma

Dentro de la terapia farmacológica se encuentra la inmunoterapia, encabezada por el uso de interferón α e ipilimumab, así como nivolumab, pembrolizumab e interleuquina-2, entre otros. Dentro de la terapia dirigida se encuentran los inhibidores de BRAF, como dabrafenib o vemurafenib; inhibidores MEK, como trametinib; e inhibidores KIT, como dasatinib, imatinib o nilotinib. En quimioterapia se hace uso de dacarbazina, temozolamida, paclitaxel y carboplatino (6,10).

Medicamentos observados en el repote

Se determinaron los medicamentos más frecuentemente registrados en melanoma para los casos prevalentes, ya que en pacientes CNR el dato es muy bajo, resultando en primer lugar el interferón alfa, modulador de la respuesta biológica, seguido del agente antineoplásico dacarbazina. El medicamento no POS más usado fue el ipilimumab, que también forma parte de la inmunoterapia. (ver tablas 9.1 y 9.2).

Tabla 9.1. Frecuencia de registro de medicamentos POS

Medicamento POS	Prevalente (n=2685)	Exclusivo*	Combinado**
Interferón alfa	67	57	10
Dacarbazina	45	30	15
Carboplatino	12	5	7
Paclitaxel	9	1	8
Imatinib	1	1	0

* Exclusivo o acompañado de corticoides, analgésicos o antieméticos.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Tabla 9.2. Frecuencia de registro de medicamentos no POS

Medicamentos no POS	Prevalente (n=2685)	Exclusivo*	Combinado**
Ipilimumab	21	18	3
Peginterferón alfa-2b	6	3	3
Temozolamida	4	1	3
Vemurafenib	4	4	0
Interleuquina-2	1	0	1
Nivolumab	0	0	0
Pembrolizumab	0	0	0
Trametinib	0	0	0
Nilotinib	0	0	0

* Exclusivo o acompañado de corticoides, analgésicos o antieméticos.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Se determinaron las combinaciones registradas para este tipo de cáncer, algunas de las cuales no se encuentran establecidas dentro de los protocolos de tratamiento para este tipo de cáncer. La combinación más frecuente fue interferón alfa con dacarbazina. (ver tabla 9.3).

Tabla 9.3. Frecuencia de registro de combinaciones de medicamentos

Medicamento	Combinaciones registradas
Interferón alfa	10 con dacarbazina
Dacarbazina	10 con interferón, 3 con cisplatino, 1 con temozolamida y 1 con ipilimumab
Carboplatino	5 con paclitaxel, 1 con doxorubicina, 1 con fluorouracilo
Paclitaxel	5 con carboplatino, 2 con cisplatino y 1 con bevacizumab
Ipilimumab	1 con dasatinib, 1 con dacarbazina y 1 con doxorubicina

Radioterapia en melanoma

El melanoma maligno ha sido históricamente considerado un tumor radioresistente, sin embargo esta terapia se ha utilizado con éxito en melanoma léntigo maligno y en melanoma ocular, evitando la enucleación en muchos pacientes; así mismo puede indicarse para pacientes que no son candidatos a cirugía y como terapia paliativa (5,9).

En el registro se observa que un total de 26 pacientes recibieron radioterapia en melanoma como parte del manejo, de los cuales el 27 % (n=7) recibió radioterapia y quimioterapia durante el periodo de reporte (ver tabla 9.4).

Tabla 9.4. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte según régimen de afiliación

Ambos tratamientos	Contributivo	Especial	No Asegurado	Excepción	Subsidiado
Recibió	3	0	0	0	4
No Recibió	4	0	0	0	5

Oportunidad en melanoma

El valor de la oportunidad fue generado a partir de la diferencia entre un punto temporal ulterior y el punto temporal antecedente, de allí se obtuvieron mediciones en días para establecer el tiempo en cada grupo considerado para el análisis.

En melanoma el 23 % de la población prevalente cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 33 días de mediana y 79 días de media (ver tabla 9.5 y figura 9.13). Esta diferencia entre la mediana y la media se debe a la presencia de datos extremos y a su dispersión, por lo cual la mediana representa la mejor medida en este caso.

Tabla 9.5. Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	610	33	14-82	79,0	69,1-88,9	1-722

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

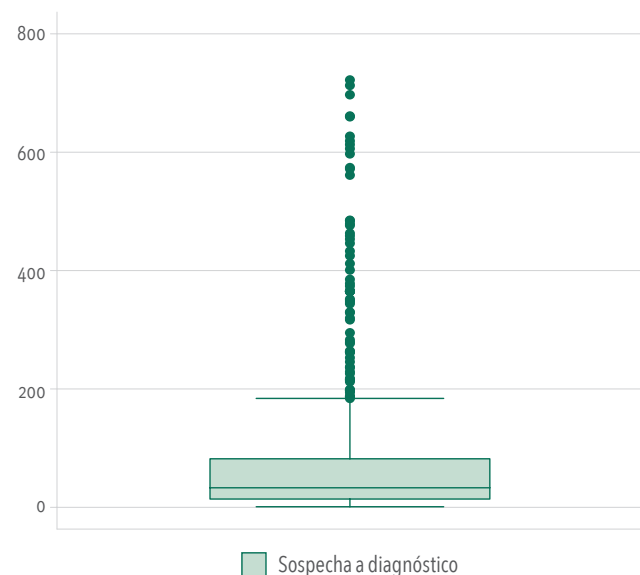


Figura 9.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes

En cuanto a los CNR, el 61 % de la población tuvo datos para establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico y el 45 % para establecer el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento; se encontró para estos pacientes que entre la sospecha clínica hasta el diagnóstico pasaron 32 días de mediana y 58 días de media. En cuanto al tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento la mediana fue de 51 días y la media de 66 días (ver tabla 9.6 y figura 9.14).

Tabla 9.6. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	223	32	12-60	57,9	45,6-70,1	1-660
Diagnóstico a primer tratamiento	163	51	20-94	65,8	56,5-75,1	0-305

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

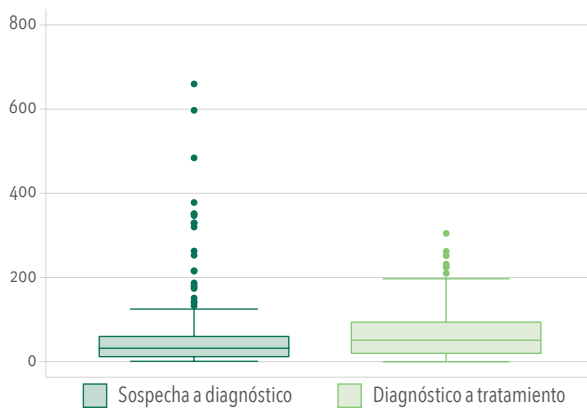


Figura 9.14. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR

Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico

En cuanto al intervalo entre sospecha clínica y diagnóstico en CNR, en el régimen contributivo el rango temporal 30 a 59 días fue el más frecuente. En el régimen subsidiado predominó el rango temporal de 90 o más días, seguido en frecuencia por el de 30 a 59 días (ver figura 9.15).

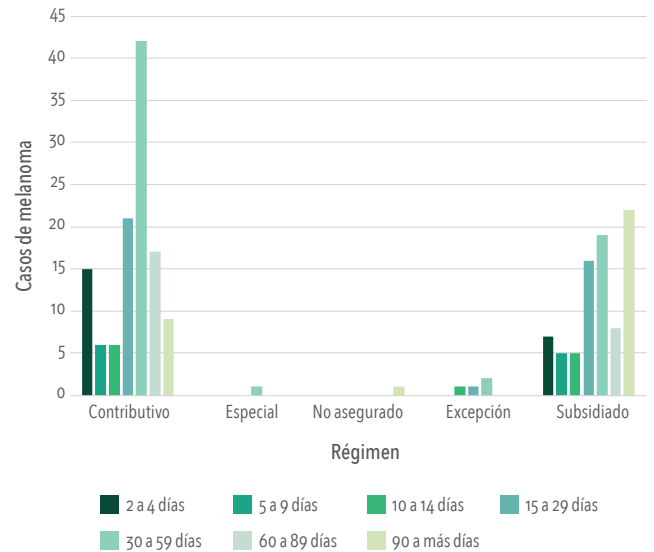


Figura 9.15. Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico

Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento

Para el rango temporal de diagnóstico a primer tratamiento en CNR, en los regímenes contributivo y subsidiado predominó el rango temporal de más de 90 días, seguido en frecuencia por el rango de 30 a 59 días en el régimen contributivo y de 60 a 89 en el régimen subsidiado (ver figura 9.16).

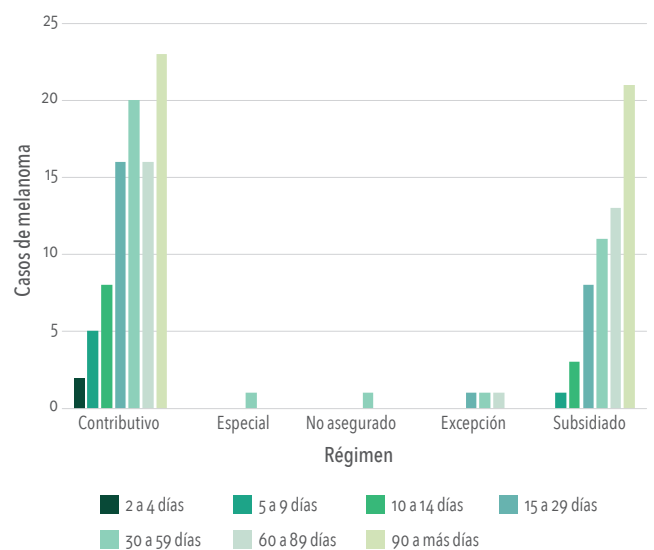


Figura 9.16. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento

Tablas complementarias

Tabla 9.7. Edad promedio de la población con melanoma

Frecuencia (n)	Media	Desviación estándar	IC (95 %)
2685	61,9	16,1	[61,3-62,5]

Tabla 9.8. Distribución de melanoma según grupo etario y sexo

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
00 a 04 años	1	1	2
05 a 09 años	2	2	4
10 a 14 años	6	1	7
15 a 19 años	6	5	11
20 a 24 años	13	10	23
25 a 29 años	24	12	36
30 a 34 años	44	16	60
35 a 39 años	60	36	96
40 a 44 años	99	45	144
45 a 49 años	126	68	194
50 a 54 años	150	105	255
55 a 59 años	192	120	312
60 a 64 años	198	119	317
65 a 69 años	186	139	325
70 a 74 años	151	106	257
75 a 79 años	145	105	250
80 a más años	241	151	392
Total	1644	1041	2685

Tabla 9.9. Prevalencia de melanoma invasivo por departamento*

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Amazonas	3,0	1,3
Antioquia	8,9	9,4
Arauca	2,1	1,5
Atlántico	1,5	1,5
Bogotá, D. C.	6,9	7,2
Bolívar	1,3	1,2
Boyacá	4,1	4,7
Caldas	5,8	6,7
Caquetá	2,1	1,7
Casanare	2,7	2,0
Cauca	1,7	1,7
Cesar	1,6	1,3
Chocó	1,5	1,0
Córdoba	1,1	1,0
Cundinamarca	3,8	3,8
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	4,2	3,8
La Guajira	0,3	0,2
Magdalena	0,7	0,6
Meta	3,3	2,9
Nariño	5,2	4,9
Norte de Santander	2,6	2,4
Putumayo	2,1	1,7
Quindío	8,5	9,7
Risaralda	9,8	11,3
San Andrés	1,4	1,3
Santander	3,1	3,3
Sucre	2,7	2,6
Tolima	2,4	2,6
Valle del Cauca	4,6	5,0
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	6,0	4,2
Total	4,7	4,7

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 9.10. Prevalencia en melanoma invasivo por asegurador*

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
CCFO07	0,5	0,5
CCFO09	11,7	14,6
CCFO15	0,2	0,2
CCFO23	0,0	0,0
CCFO24	5,2	4,9
CCFO27	5,7	5,3
CCFO33	2,3	2,9
CCFO49	0,9	0,9
CCFO53	4,6	5,4
CCFO55	0,2	0,1
CCF102	0,7	0,6
EASO16	14,0	27,8
EASO27	2,4	16,1
EPSO01	5,5	7,0
EPSO02	2,5	1,9
EPSO03	4,1	3,6
EPSO05	9,2	10,7
EPSO08	6,3	5,8
EPSO10	12,1	10,3
EPSO12	7,9	7,7
EPSO16	8,7	8,3
EPSO17	9,0	6,9
EPSO18	12,2	10,6
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	2,9	3,5
EPSO23	6,1	4,9
EPSO25	1,9	1,7
EPSO33	2,2	3,0
EPSO37	5,9	11,4
EPSIO1	0,9	0,5
EPSIO2	2,7	2,3
EPSIO3	1,2	0,9
EPSIO4	1,1	0,8
EPSIO5	3,0	2,7
EPSIO6	5,0	3,8
EPSSO3	3,5	4,1
EPSS33	2,4	2,3
EPSS34	5,8	6,4
EPSS40	6,6	7,2
EPSS41	1,4	1,3
ESSO02	1,6	1,4
ESSO24	1,1	1,0
ESSO62	3,8	3,6
ESSO76	0,9	0,7
ESSO91	7,9	9,3
ESS118	2,4	2,4
ESS133	1,5	1,4
ESS207	3,0	2,5
Total	5,0	5,0

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 9.11. PCNR de melanoma invasivo por departamento*

Departamento	PCNR ajustada	PCNR cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	0,9	1,0
Arauca	0,0	0,0
Atlántico	0,5	0,4
Bogotá, D. C.	1,1	1,1
Bolívar	0,1	0,0
Boyacá	0,3	0,4
Caldas	0,9	1,0
Caquetá	0,0	0,0
Casanare	1,3	1,1
Cauca	0,4	0,4
Cesar	0,1	0,1
Chocó	0,0	0,0
Córdoba	0,2	0,2
Cundinamarca	0,6	0,6
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	0,3	0,3
La Guajira	0,0	0,0
Magdalena	0,0	0,0
Meta	0,6	0,5
Nariño	0,7	0,7
Norte de Santander	0,3	0,3
Putumayo	0,2	0,3
Quindío	1,2	1,4
Risaralda	1,6	1,8
San Andrés	0,0	0,0
Santander	0,2	0,2
Sucre	0,1	0,1
Tolima	0,3	0,3
Valle del Cauca	0,5	0,6
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	6,0	4,2
Total	0,6	0,6

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 9.12. PCNR de melanoma invasivo por asegurador*

Asegurador	PCNR ajustada	PCNR cruda
CCFO07	0,0	0,0
CCFO09	0,9	1,0
CCFO15	0,0	0,0
CCFO23	0,0	0,0
CCFO24	0,8	0,7
CCFO27	1,8	1,6
CCFO33	0,7	1,0
CCFO49	0,0	0,0
CCFO53	2,0	2,7
CCFO55	0,2	0,1
CCF102	0,0	0,0
EASO16	0,0	0,0
EASO27	0,0	0,0
EPSO01	0,3	0,5
EPSO02	0,2	0,1
EPSO03	0,1	0,1
EPSO05	1,2	1,3
EPSO08	2,0	1,9
EPSO10	1,6	1,3
EPSO12	1,0	0,8
EPSO16	0,7	0,7
EPSO17	2,2	1,7
EPSO18	2,9	2,3
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	1,2	1,4
EPSO23	0,0	0,0
EPSO25	1,4	1,1
EPSO33	0,7	1,0
EPSO37	0,2	0,3
EPSIO1	0,0	0,0
EPSIO2	0,5	0,5
EPSIO3	0,3	0,2
EPSIO4	0,0	0,0
EPSIO5	1,1	1,0
EPSIO6	0,0	0,0
EPSSO3	0,9	1,0
EPSS33	0,5	0,5
EPSS34	0,7	0,8
EPSS40	1,4	1,5
EPSS41	0,3	0,2
ESSO02	0,9	0,8
ESSO24	0,0	0,0
ESSO62	0,9	0,9
ESSO76	0,1	0,1
ESSO91	1,3	1,5
ESS118	0,3	0,3
ESS133	0,0	0,1
ESS207	0,5	0,5
Total	0,6	0,6

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 9.13. Mortalidad por melanoma invasivo por departamento*

Departamento	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	0,8	0,9
Arauca	0,5	0,4
Atlántico	0,1	0,1
Bogotá, D. C.	0,8	0,8
Bolívar	0,2	0,1
Boyacá	0,3	0,4
Caldas	0,4	0,5
Caquetá	0,3	0,2
Casanare	0,0	0,0
Cauca	0,2	0,2
Cesar	0,6	0,5
Chocó	0,3	0,2
Córdoba	0,1	0,1
Cundinamarca	0,4	0,4
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	0,4	0,3
La Guajira	0,0	0,0
Magdalena	0,0	0,0
Meta	0,5	0,4
Nariño	0,5	0,5
Norte de Santander	0,3	0,3
Putumayo	0,0	0,0
Quindío	0,9	1,1
Risaralda	1,6	1,9
San Andrés	0,0	0,0
Santander	0,3	0,3
Sucre	0,1	0,1
Tolima	0,4	0,4
Valle del Cauca	0,6	0,6
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	0,5	0,5

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 9.14. Mortalidad por melanoma invasivo por asegurador*

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
CCFO07	0,0	0,0
CCFO09	0,6	1,0
CCFO15	0,0	0,0
CCFO23	0,0	0,0
CCFO24	0,8	0,7
CCFO27	0,6	0,5
CCFO33	0,0	0,0
CCFO49	0,0	0,0
CCFO53	0,9	0,9
CCFO55	0,0	0,0
CCF102	0,7	0,6
EASO16	0,0	0,0
EASO27	0,6	4,6
EPSO01	0,4	0,5
EPSO02	0,3	0,3
EPSO03	0,3	0,3
EPSO05	0,7	0,8
EPSO08	0,8	0,7
EPSO10	0,5	0,4
EPSO12	0,4	0,4
EPSO16	0,9	0,8
EPSO17	0,7	0,4
EPSO18	1,5	1,2
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	0,3	0,3
EPSO23	0,2	0,2
EPSO25	0,0	0,0
EPSO33	0,0	0,0
EPSO37	0,8	1,6
EPSIO1	0,0	0,0
EPSIO2	0,0	0,0
EPSIO3	0,0	0,0
EPSIO4	0,0	0,0
EPSIO5	0,0	0,0
EPSIO6	1,3	1,3
EPSSO3	0,4	0,5
EPSS33	0,6	0,5
EPSS34	0,7	0,8
EPSS40	0,8	0,9
EPSS41	0,1	0,1
ESSO02	0,2	0,2
ESSO24	0,1	0,1
ESSO62	0,6	0,6
ESSO76	0,0	0,0
ESSO91	0,6	0,6
ESS118	0,3	0,3
ESS133	0,2	0,2
ESS207	0,3	0,2
Total	0,5	0,5

* Por 100 000 afiliados.

Bibliografía

1. National Cancer Institute. Melanoma Treatment (PDQ®)-Health Professional Version [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.cancer.gov/types/skin/hp/melanoma-treatment-pdq>
2. Stewart BW, Wild CP. World cancer report 2014. World Health Organization [Internet]. 2014;1-632. Disponible en: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>
3. Garbe C, Eigentler TK, Keilholz U, Hauschild A, Kirkwood JM. Systematic review of medical treatment in melanoma: current status and future prospects. *Oncologist*. 2011;01/08. 2011;16(1): 5-24.
4. Acosta ÁE, Fierro E, Velásquez VE, Rueda X. Melanoma : patogénesis, clínica e histopatología. *Rev Asoc Colomb Dermatología*. 2009;17(2):87-108.
5. 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>
6. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Melanoma. 2017;1:1-162.
7. Dickson PV, 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>
8. 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.
9. 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.
10. Cancer.net. Melanoma: Treatment Options [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.cancer.net/cancer-types/melanoma/treatment-options>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 9.1. Frecuencia de registro de medicamentos POS	179
Tabla 9.2. Frecuencia de registro de medicamentos no POS	179
Tabla 9.3. Frecuencia de registro de combinaciones de medicamentos	180
Tabla 9.4. Quimioterapia y radioterapia durante el periodo de reporte según régimen de afiliación	180
Tabla 9.5. Oportunidad en prevalentes	180
Tabla 9.6. Oportunidad en CNR	181
Tabla 9.7. Edad promedio de la población con melanoma	182
Tabla 9.8. Distribución de melanoma según grupo etario y sexo	182
Tabla 9.9. Prevalencia de melanoma invasivo por departamento	182
Tabla 9.10. Prevalencia en melanoma invasivo por asegurador	183
Tabla 9.11. PCNR de melanoma invasivo por departamento	183
Tabla 9.12. PCNR de melanoma invasivo por asegurador	184
Tabla 9.13. Mortalidad por melanoma invasivo por departamento	184
Tabla 9.14. Mortalidad por melanoma invasivo por asegurador	185

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 9.1. Histograma de edad en melanoma	175
Figura 9.2. Quintil-normal de edad en melanoma.	175
Figura 9.3 Distribución de melanoma según grupo etario y sexo	176
Figura 9.4. Distribución de melanoma según sexo	176
Figura 9.5. Prevalencia de melanoma invasivo por departamento	176
Figura 9.6. Morbimortalidad por melanoma.	177
Figura 9.7. PCNR de melanoma invasivo por departamento	177
Figura 9.8. PCNR de melanoma respecto a PCNR de cáncer global	177
Figura 9.9. Mortalidad por melanoma invasivo por departamento	177
Figura 9.10. Estadificación TNM según régimen de afiliación en prevalentes.	178
Figura 9.11. Estadificación TNM según régimen de afiliación en CNR.	178
Figura 9.12. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo	179
Figura 9.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes.	180
Figura 9.14. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR	181
Figura 9.15. Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico	181
Figura 9.16. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento	181

OTROS TIPOS DE CÁNCER

OTROS TIPOS DE CÁNCER

En este capítulo se hace referencia a los tipos de cáncer no asignados a la CAC por la resolución 3974 de 2009, pero que sí se reportan. Se presenta su frecuencia dentro del registro y se detalla información de los cinco primeros tipos de cáncer según este parámetro. La denominación *otros* hace referencia a 14 grupos de cáncer establecidos por el CIE-10, que a su vez contienen diferentes subtipos de tumores. Los 14 grupos son:

1. Otros tumores de la piel (no incluye melanoma).
2. Neoplasias de glándulas tiroides y endocrinas.
3. Neoplasias de otros órganos genitales femeninos.
4. Otras neoplasias hematológicas.
5. Neoplasias de sistema nervioso y ojo.
6. Neoplasias de otros órganos digestivos.
7. Neoplasias de vías urinarias.
8. Neoplasias de labio, cavidad bucal y faringe.
9. Tumores de tejidos mesoteliales (excepto pulmón).
10. Otros sitios, sitios mal definidos.
11. Neoplasias de otros órganos genitales masculinos.
12. Neoplasias de otros órganos respiratorios e intratorácicos.
13. Tumores óseos y articulares.
14. Sitio primario desconocido.

Características generales de la población con otros tipos de cáncer

El total de casos registrados como *otro tipo de cáncer* fue de 81 881 personas incluyendo ambos sexos y todas las edades, se registraron 16 282 casos nuevos y un total de 7156 personas fallecidas durante el periodo de análisis. Los grupos de cáncer más frecuentes teniendo en cuenta ambos sexos fueron: los tumores de la piel (no melanoma), neoplasias de glándulas tiroides y endocrinas, neoplasias de otros órganos genitales femeninos, otras neoplasias hematológicas y las neoplasias de sistema nervioso y ojo.

Al realizar la diferenciación por sexo se obtiene que en las mujeres el grupo más frecuente fue el de tumores de glándulas tiroides y endocrinas, mientras que en los hombres fue el de tumores de piel (no melanoma).

En cuanto a los CNR o diagnosticados durante el periodo de análisis se evidenció que los cinco grupos más frecuentes para ambos sexos fueron: otros tumores de la piel (no melanoma), neoplasias de glándulas tiroides y endocrinas, neoplasias de otros órganos genitales femeninos, tumores de otros órganos digestivos y otras neoplasias hematológicas.

Respecto a la oportunidad para los pacientes diagnosticados durante el periodo, el intervalo de tiempo entre sospecha diagnóstica y diagnóstico arrojó una mediana de 39 días y una media de 56 días. Por otro lado los días transcurridos entre el diagnóstico y el primer tratamiento, resultaron en una mediana de 41 días y una media de 61.

Las primeras cinco causas de mortalidad entre hombres y mujeres fueron los grupos de: tumores de otros órganos digestivos, neoplasias de otros órganos genitales femeninos, otros tumores de la piel (excluyendo melanoma), otras neoplasias hematológicas y las neoplasias de sistema nervioso y ojo.

Distribución de frecuencia en cáncer

Distribución de otros tipos de cáncer según sexo

El número total de casos registrados como otros tipos de cáncer fue de 81 881 personas y, al igual que el panorama general, el sexo femenino expone un número de casos mayor, con 50 519 mujeres frente a 31 362 hombres. Al diferenciar por tipo de cáncer se advierte que en cáncer invasivo la relación mujer: hombre es 1,6: 1 y en cáncer *in situ*, 2: 1 (ver figuras 10.1 y 10.2).

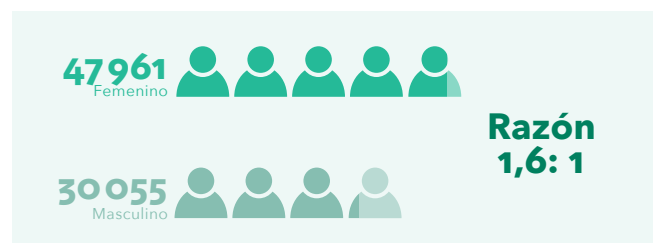


Figura 10.1. Distribución de cáncer invasivo según sexo

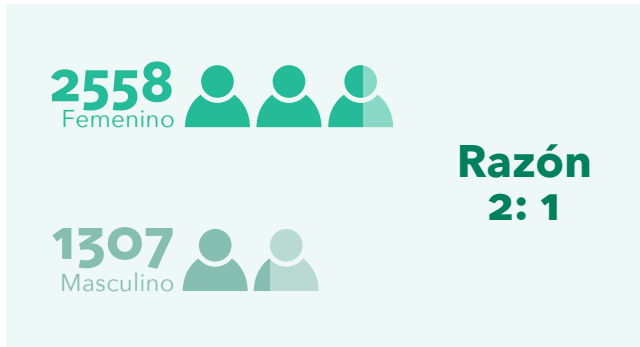


Figura 10.2. Distribución de cáncer *in situ* según sexo

Distribución de otros tipos de cáncer según régimen de afiliación

El régimen contributivo aporta el mayor número de pacientes, con el 70 %, seguido del régimen subsidiado con el 27 % (ver figura 10.3).

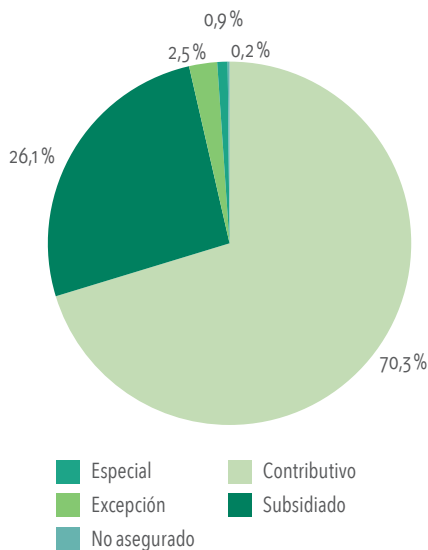


Figura 10.3. Distribución de cáncer según régimen de afiliación

Distribución de otros tipos de cáncer en la población general

De los 14 tipos de cáncer que se agrupan como *otros tipos de cáncer* dentro del registro, se encontró que aquel con mayor proporción de casos para ambos sexos fue el de otros tumores de la piel (excluye melanoma), seguido por el grupo de tumores de las glándulas tiroideas y endocrinas, y en tercer lugar el de otros órganos genitales femeninos (ver figura 10.4).

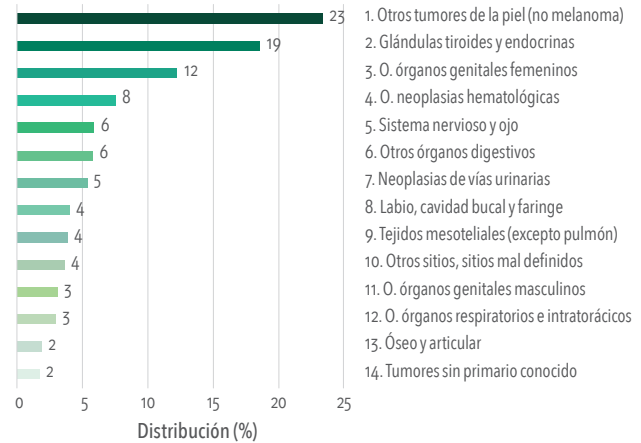


Figura 10.4. Neoplasias en la población general* **

* Numerador: pacientes por grupo de tipo de cáncer específico / denominador: pacientes totales de cáncer categorizados como *otros*.

** La población analizada corresponde al total de pacientes reportados en el periodo del 2 de enero de 2015 al 1.º de enero de 2016.

Distribución de otros tipos de cáncer según grupo etario y sexo

Del total de pacientes con algún tipo de cáncer dentro de la categoría *otros*, cerca del 80 % son mayores de 45 años, de forma similar al panorama general. Al diferenciar por sexo se encontró una mayor proporción de mujeres en todos los grupos etarios (ver figura 10.5).

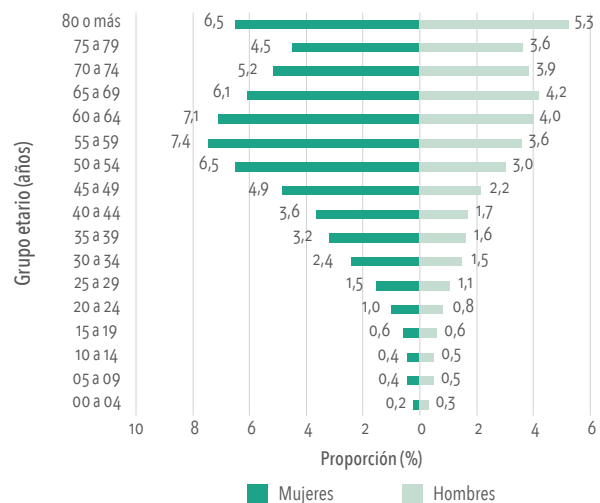


Figura 10.5. Distribución de cáncer según grupo etario y sexo

* Numerador: pacientes por tipo de cáncer específico según grupo etario y sexo / denominador: pacientes totales de cáncer categorizado como *otros*.

Frecuencia de cáncer según sexo

Las neoplasias más comunes en hombres fueron los tumores de piel (no melanoma), otras neoplasias hematológicas y las neoplasias de vías urinarias; mientras que en las mujeres predominaron el cáncer de glándulas tiroides y endocrinas, los tumores de piel (no melanoma) y los tumores de otros órganos genitales femeninos (ver figura 10.6).

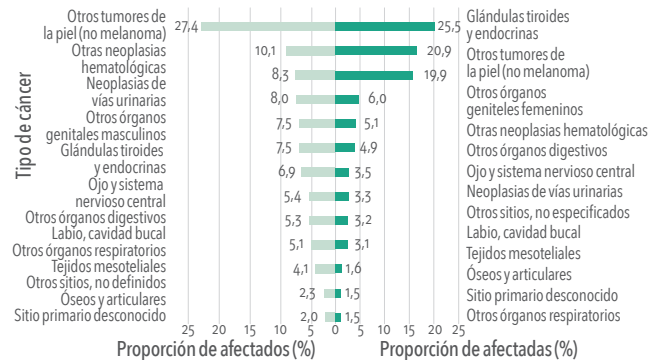


Figura 10.6 Neoplasias más comunes en hombres y mujeres

* Numerador: pacientes por tipo de neoplasia específica / denominador: total de pacientes con cáncer otros.

Frecuencia de pacientes nuevos según sexo

En mujeres el grupo con mayor PCNR durante el periodo de estudio fue el de otros tumores de la piel (no melanoma), seguido de neoplasias de glándulas tiroides y endocrinas, y de otros órganos genitales femeninos; en hombres la mayor PCNR fue también del grupo de los tumores de piel (no melanoma), seguido de otros tipos de cáncer digestivos y otros hematológicos malignos (ver figura 10.7).

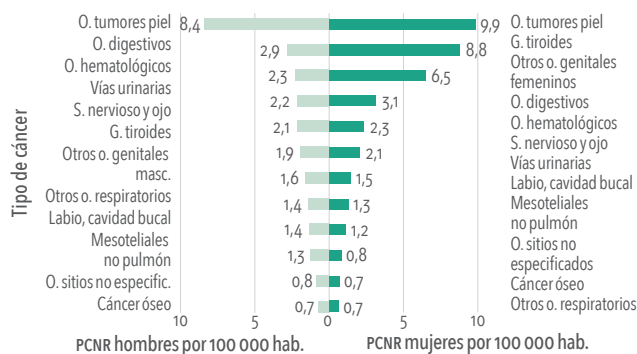


Figura 10.7. PCNR por tipo de cáncer según sexo

* Numerador: pacientes nuevos por tipo de neoplasia específica / denominador: total población de cada sexo DANE, 2015.

Frecuencia de mortalidad según sexo

El total de pacientes fallecidos con cáncer de tipo otros en el periodo de reporte fue de 7156 individuos. La mayor proporción de muertes de ambos sexos fue por tumores malignos de otros órganos digestivos, seguida, en mujeres, por tumores de otros órganos genitales femeninos y en hombres, por tumores de la piel (no melanoma) (ver figura 10.8).

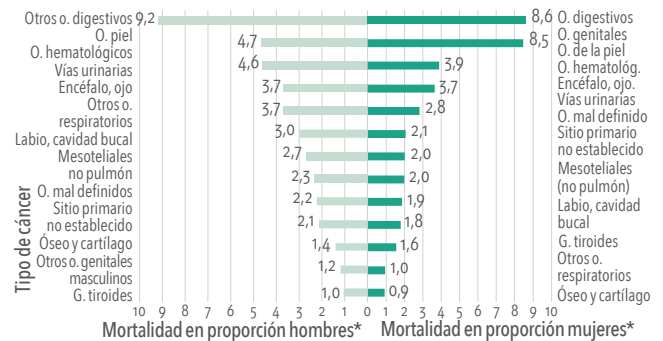


Figura 10.8. Muertes por tipo de cáncer según sexo

* Numerador: muertes por tipo de neoplasia específica / denominador: total de pacientes con cáncer otros.

Morbimortalidad por otros tipos de cáncer

Teniendo en cuenta los tipos de cáncer denominados como *otros tipos de cáncer*, la primera causa de morbilidad, si se tienen en cuenta los dos sexos son los tumores de piel (no melanoma) sin embargo los tumores de otros órganos genitales femeninos son los primeros en cuanto a prevalencia. En cuanto a mortalidad las neoplasias de otros órganos digestivos y en mujeres los de órganos genitales son los que mayor mortalidad representan (ver tabla 10.1).

Tabla 10.1 Morbimortalidad global en otros tipos de cáncer*

Tipos de cáncer analizados	Prevalentes	CNR	Fallecidos	DANE**	Prevalencia cruda	PCNR cruda	Mortalidad cruda
Otros tumores de la piel (no melanoma)	19 145	4 414	739	48 203 405	39,7	9,2	1,5
Glándulas tiroides y endocrinas	15 215	2 605	229	48 203 405	31,6	5,4	0,5
Otros órganos genitales femeninos	10 049	1 578	787	24 403 726	41,2	6,5	3,2
Otras neoplasias hematológicas	6 184	1 104	713	48 203 405	12,8	2,3	1,5

Tipos de cáncer analizados	Prevalentes	CNR	Fallecidos	DANE**	Prevalencia cruda	PCNR cruda	Mortalidad cruda
Ojo, encéfalo, y otras partes del sistema nervioso	4837	1016	560	48203405	10,0	2,1	1,2
Otros órganos digestivos	4749	1447	1544	48203405	9,9	3,0	3,2
Vías urinarias	4388	870	489	48203405	9,1	1,8	1,0
Labio, cavidad bucal y faringe	3297	643	382	48203405	6,8	1,3	0,8
Tejidos mesoteliales (excepto pulmón)	3172	596	362	48203405	6,6	1,2	0,8
Otros sitios, sitios mal definidos	2979	407	368	48203405	6,2	0,8	0,8
Otros órganos genitales masculinos	2512	379	113	23799679	10,6	1,6	0,5
Otros órganos respiratorios e intratorácicos	2419	490	329	48203405	5,0	1,0	0,7
Óseo y cartilagos articulares	1548	354	183	48203405	3,2	0,7	0,4
Tumores sin primario conocido	1387	379	358	48203405	2,9	0,8	0,7

* Morbimortalidad expresada en afectados por 100 000 habitantes.

** Las poblaciones DANE corresponden al total de la población proyectada para el año 2015, se determinó la población DANE de mujeres en las pacientes con diagnóstico de cáncer de otro órgano genital femenino y la población DANE de hombres en los pacientes con diagnóstico de cáncer de otro órgano genital masculino. Incluyendo invasivo e *in situ*.

Cáncer de piel (no melanoma)

Se registraron 19 145 casos totales (17 241 invasivos) de tumores malignos de piel (no melanoma) y 4 414 casos nuevos (3 998 invasivos). De la categoría *otros tipos de cáncer*, este grupo ocupó el primer lugar en frecuencia. Se registró un total de 739 personas fallecidas con un tumor de piel no melanoma.

Edad de los pacientes con cáncer de piel (no melanoma)

La distribución por edad sigue un patrón aproximadamente normal (ver figura 10.9), con algunos valores extremos al inicio de la curva, revelando que el aumento de los casos se da principalmente a partir de los 50 años de edad. La mediana fue 70 años y la media 68 (ver figura 10.9).

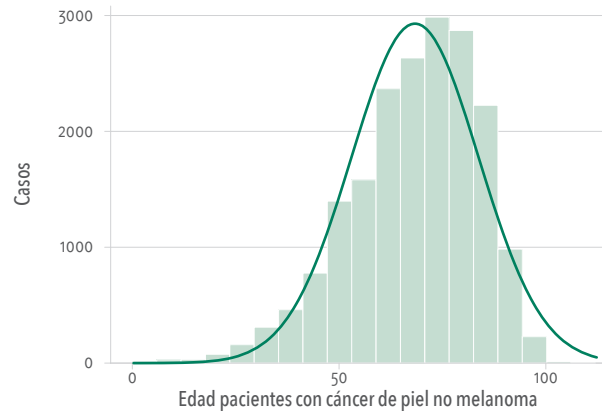


Figura 10.9. Histograma de edad en cáncer de piel no melanoma

Grupos etarios en cáncer de piel (no melanoma) y distribución por sexo

En la distribución por grupos etarios en cáncer de piel no melanoma, se encontró que más del 90 % de los casos eran personas mayores de 45 años, teniendo en cuenta ambos sexos.

Se presentó un total de 10 551 mujeres y 8594 hombres con cáncer de piel no melanoma. La razón mujeres: hombres fue de 1,2: 1.

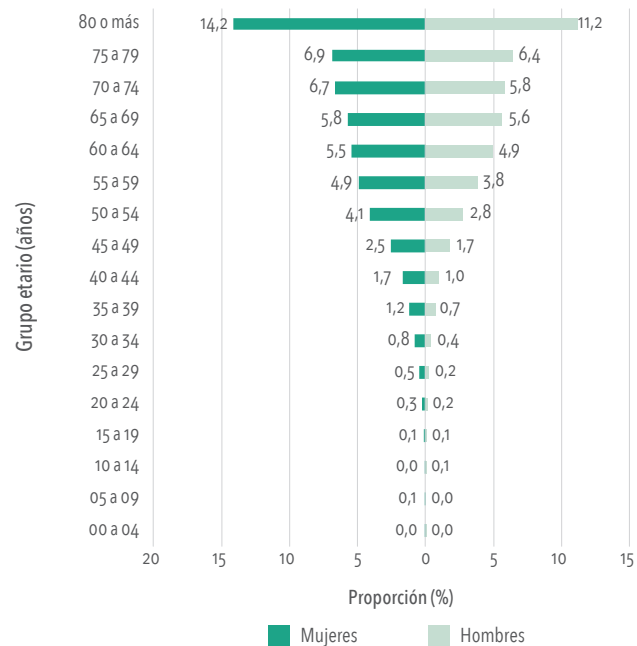


Figura 10.10. Distribución de cáncer de piel no melanoma según grupo etario y sexo

La proporción de pacientes afectados por este tipo de cáncer en los grupos etarios considerados por sexo evidenció un incremento progresivo con el aumento de edad, llegando a su mayor pico en el grupo que concentra los pacientes mayores de 80 años, adicionalmente se observó que en todos los grupos de edad predomina la enfermedad en las mujeres (ver figura 10.10).

Estadificación en cáncer de piel (no melanoma)

La estadificación TNM en cáncer de piel no melanoma en pacientes CNR evidencia que los regímenes contributivo y subsidiado aportan la mayor parte de la población. En todos los regímenes prima el desconocimiento del estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico. Para aquellos casos con reporte de estadio TNM, excluyendo los no clasificados, se encontró que el I aporta la mayor proporción, con un 55 % de los casos en el régimen contributivo, y un 68 % en el régimen subsidiado (ver figura 10.11).

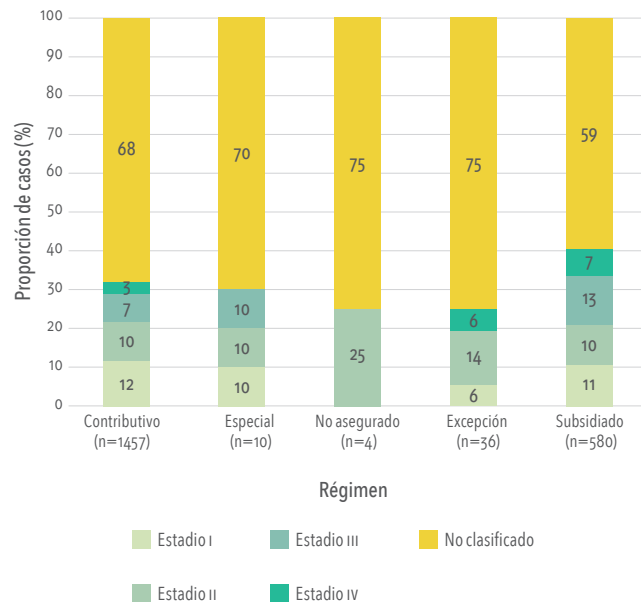


Figura 10.11. Estadificación TNM según régimen de afiliación en CNR

Oportunidad en cáncer de piel (no melanoma)

En cáncer de piel no melanoma el 33 % de la población prevalente cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 45 días de mediana y 75 días de media (ver tabla 10.2). Esta diferencia entre la

mediana y la media se debe a la presencia de datos extremos y a su dispersión, por lo cual la mediana representa la mejor medida en este caso.

Tabla 10.2. Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	6374	45	21-65	75,3	72,6-78,0	1-724

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

En los CNR el 73 % de la población contó con datos para establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico y el 28 %, para establecer el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento; se encontró que desde la sospecha clínica hasta el diagnóstico trascurren 45 días de mediana y 62 días de media, y entre diagnóstico y primer tratamiento 48 días de mediana y 63 de media (ver tabla 10.3).

Tabla 10.3. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	3226	45	22-54	61,6	58,3-65,0	1-724
Diagnóstico a primer tratamiento	1242	48	15-93	62,6	59,3-66,0	0-315

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

Tumores de glándulas tiroides y endocrinas

Se reportaron 15 215 casos (14 554 de tipo invasivo), de los cuales 2605 eran nuevos (2498 invasivos), y un total de 229 personas fallecidas con este tipo de cáncer. Este grupo incluye 3 subtipos según el listado CIE-10 (ver tabla 10.4).

Tabla 10.4 Subtipos de tumores de glándulas tiroideas y endocrinas

Subtipo	Casos	Porcentaje (%)
Tumor de la glándula tiroidea	14 584	96
Tumor maligno de otras glándulas endocrinas y de estructuras afines	518	3
Tumor maligno de la glándula suprarrenal	113	1

Edad de los pacientes con tumores de glándulas tiroideas y endocrinas

La distribución de la edad sigue un patrón aproximadamente normal, con algunos valores extremos al inicio de la curva, reflejando que la mayor parte de los casos se concentran entre los 35 y los 65 años de edad. La mediana de la edad fue 53 años y la media, 52 (ver figura 10.12).

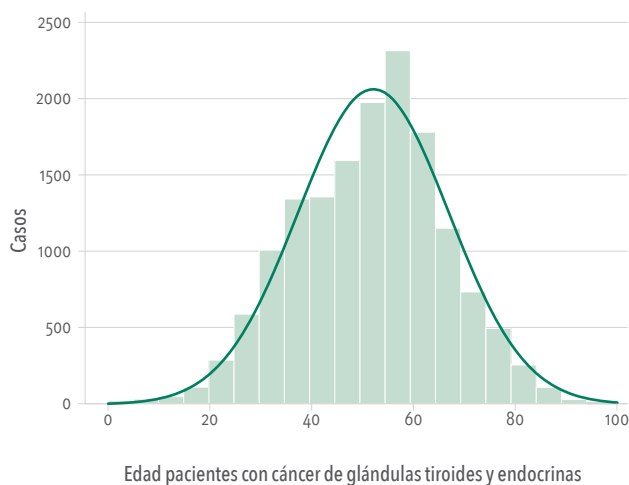


Figura 10.12. Histograma de edad en tumores de glándulas tiroideas y endocrinas

Grupos etarios en tumores de glándulas tiroideas y endocrinas y distribución por sexo

En la distribución por grupos etarios y sexo de los tumores de glándulas tiroideas y endocrinas se encontró que su frecuencia es mayor en mujeres, en todos los grupos etarios, y el grupo de edad en el cual se concentra la mayor proporción de casos es el de 55 a 59 años, para ambos sexos. Se registró un total de 12 864 mujeres y 2351 hombres. La razón mujeres: hombres fue de 5,5: 1 (ver figura 10.13).



Figura 10.13. Distribución de tumores de glándulas tiroideas y endocrinas según grupo etario y sexo

Estadificación en tumores de glándulas tiroideas y endocrinas

En la estadificación TNM, al igual que en los otros tipos de cáncer, se encontró que los regímenes contributivo y subsidiado aportaron la mayor parte de CNR, especialmente el régimen contributivo con el 77 % de los casos. En todos los regímenes predomina la no estadificación TNM al momento del diagnóstico.

Para aquellos casos con reporte de estadio TNM, excluyendo los no clasificados, se encontró que el I aporta la mayor proporción en todos los regímenes, excepto los no asegurados, con el 54 % en el régimen contributivo y el 55 % en el subsidiado (ver figura 10.14).

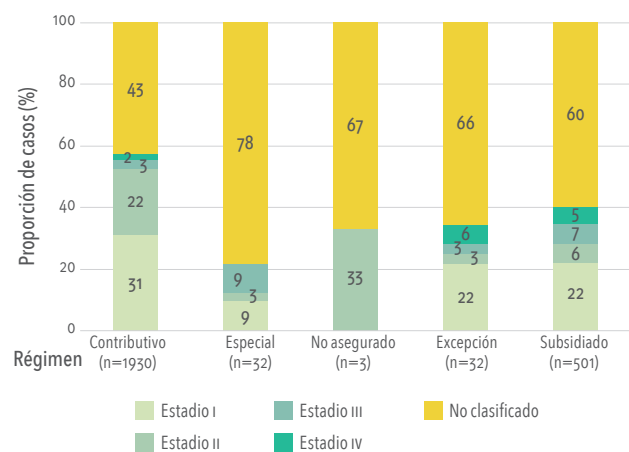


Figura 10.14. Estadificación TNM según régimen de afiliación en CNR

Oportunidad en tumores de glándulas tiroides y endocrinas

En tumores de glándulas tiroides y endocrinas el 30 % de la población prevalente cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 49 días de mediana y 106 días de media. Esta diferencia entre la mediana y la media se debe a la presencia de datos extremos y a su dispersión, por lo cual la mediana representa la mejor medida en este caso (ver tabla 10.5).

Tabla 10.5. Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	4584	49	24-119	105,9	101,9-110,0	1-730

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

El 78 % de los CNR cuenta con datos para establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico y el 32 % para establecer el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento. Entre sospecha clínica y diagnóstico transcurren 42 días de mediana y 61 días de media, y entre diagnóstico y primer tratamiento, 62 días de mediana y 85 días de media (ver tabla 10.6).

Tabla 10.6. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	2025	42	15-51	60,9	56,2-65,6	1-730
Diagnóstico a primer tratamiento	841	62	18-132	84,9	79,6-90,2	0-325

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

Tumores de otros órganos genitales femeninos

En el registro se identificaron 10 049 casos de este tipo de tumores (9694 de tipo invasivo), de los cuales 1578 eran nuevos (1535 invasivos), y un total de 787 mujeres

fallecidas con este tipo de cáncer. Este grupo incluye 7 subtipos según el listado CIE-10, dentro de los cuales el más frecuente fue el tumor maligno de ovario, con el 51 % de los casos (ver tabla 10.7).

Tabla 10.7. Subtipos de tumores de otros órganos genitales femeninos

Subtipo	Casos	Porcentaje (%)
Tumor maligno del ovario	5126	51,0
Tumor del cuerpo del útero	3460	34,4
Tumor de la vulva	660	6,6
Tumor maligno del útero parte no especificada	329	3,3
Tumor de la vagina	280	2,8
Tumor de otros órganos genitales femeninos y los no especificados	131	1,3
Tumor maligno de la placenta	63	0,6

Edad de las pacientes con tumores de otros órganos genitales femeninos

La distribución de la edad sigue un patrón aproximadamente normal, con la mayor cantidad de pacientes entre los 50 y los 70 años de edad. La mediana de edad fue 58 años y la media de 57 (ver figura 10.15).

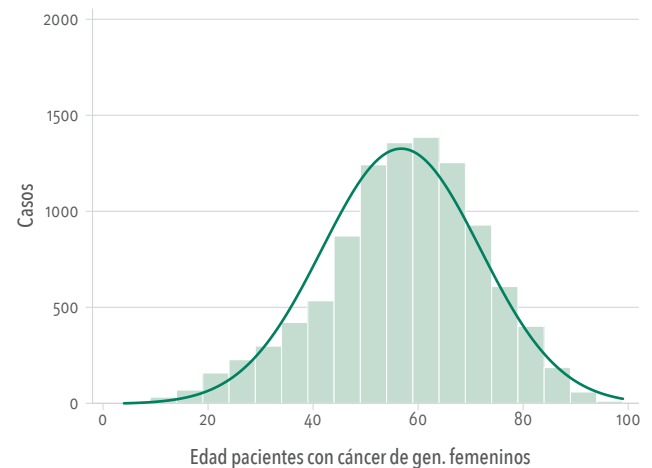


Figura 10.15. Histograma de edad en tumores de otros órganos genitales femeninos

Grupos etarios en tumores de otros órganos genitales femeninos

Al igual que lo observado en el histograma, en la distribución por grupos etarios la mayor proporción de casos se concentra en el grupo de 55 a 65 años, para un posterior descenso (ver figura 10.16).

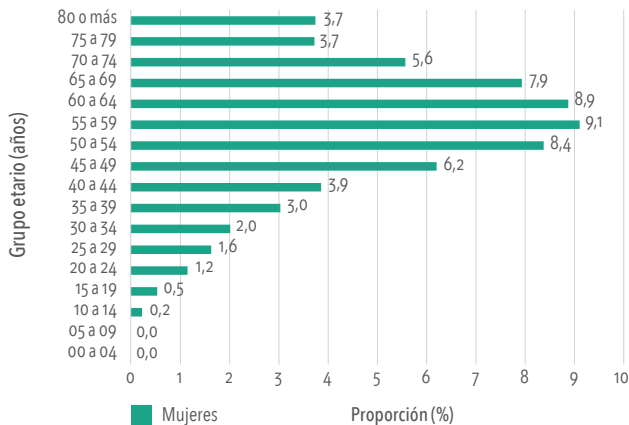


Figura 10.16. Distribución de tumores de otros órganos genitales femeninos según grupo etario

Estadificación en tumores de otros órganos genitales femeninos

Los CNR se distribuyeron principalmente en el régimen contributivo (64 %) y seguidamente en el subsidiado (32 %). La estadificación TNM evidencia ausencia de clasificación en cerca del 45 % de los casos para todos los regímenes. En aquellos pacientes con reporte de estadio TNM, excluyendo los no clasificados, se encontró que el I aporta la mayor proporción, con el 47 % de los casos en el régimen contributivo, y el 46 % en el subsidiado (ver figura 10.17).

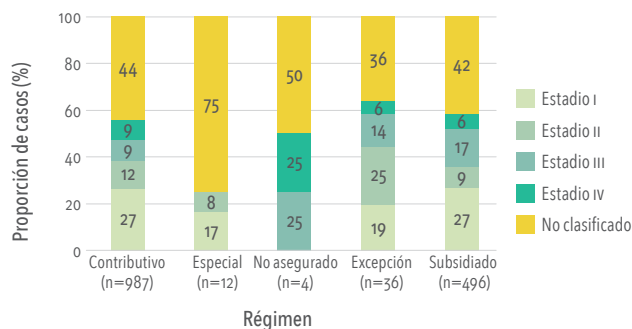


Figura 10.17. Estadificación TNM según régimen de afiliación en CNR

Oportunidad en tumores de otros órganos genitales femeninos

En los tumores de otros órganos genitales femeninos, el 25 % de la población prevalente cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 33 días de mediana y 83 días de media (ver tabla 10.8).

Tabla 10.8. Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	2536	33	15-70	82,6	77,4-87,8	1-730

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

El 73 % de los CNR cuenta con datos para establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico y el 45 % para establecer el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento; se encontró que entre la sospecha clínica y el diagnóstico transcurren 31 días de mediana y 48 días de media. El tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento fue de 36,5 días de mediana y de 51 días de media (ver tabla 10.9).

Tabla 10.9. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	1158	31	12-50	48,1	43,5-52,7	1-730
Diagnóstico a primer tratamiento	712	36,5	15-70	51,2	47,2-55,2	0-315

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

Otras neoplasias hematológicas

En el registro se identificaron 6184 casos de todas las edades de este tipo de patologías, de los cuales 1104 eran nuevos, y un total de 712 personas fallecidas con diagnóstico de alguna de las neoplasias pertenecientes

a este grupo. Este incluye 8 subtipos según el listado CIE-10, del cual el más frecuente fue el denominado como “mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas”, con el 50 % de los casos (ver tabla 10.10).

Tabla 10.10 Subtipos de otras neoplasias hematológicas

Subtipo	Casos	Porcentaje (%)
Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	2594	41,9
Leucemia mieloide	1888	30,5
Leucemia linfoide	1169	18,9
Leucemia de células de tipo no especificado	268	4,3
Otras leucemias de tipo celular especificado	153	2,5
Enfermedades inmunoproliferativas malignas	64	1,0
Leucemia monocítica	47	0,8
Trombocitosis	1	0,02

Edad de los pacientes con otras neoplasias hematológicas

En la distribución de la edad de este grupo se advierte una cola a la izquierda, dada por la presencia de casos en la infancia y la adolescencia y una menor cantidad de casos en edades más avanzadas (ver figura 10.18). La mayor cantidad de pacientes se concentra alrededor de los 60 años, por lo cual la mediana de edad fue 61 años y la media 59.

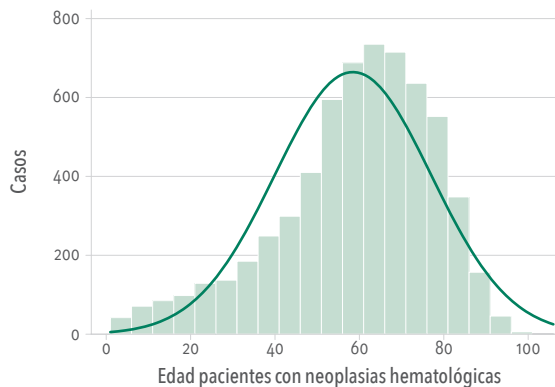


Figura 10.18. Histograma de edad en otras neoplasias hematológicas

Grupos etarios en otras neoplasias hematológicas y distribución por sexo

En la distribución por grupos etarios y sexo se encontró que en los grupos por debajo de 60 años de edad la proporción de hombres afectados es levemente mayor a la de mujeres y a partir de esta edad la proporción se invierte, el grupo de edad en el cual se concentra la mayor proporción de casos es de 60 a 64 años para ambos sexos (ver figura 10.19). En total se registraron 3006 mujeres y 3178 hombres con este grupo de tumores, para una razón hombre: mujer de 1,1: 1.

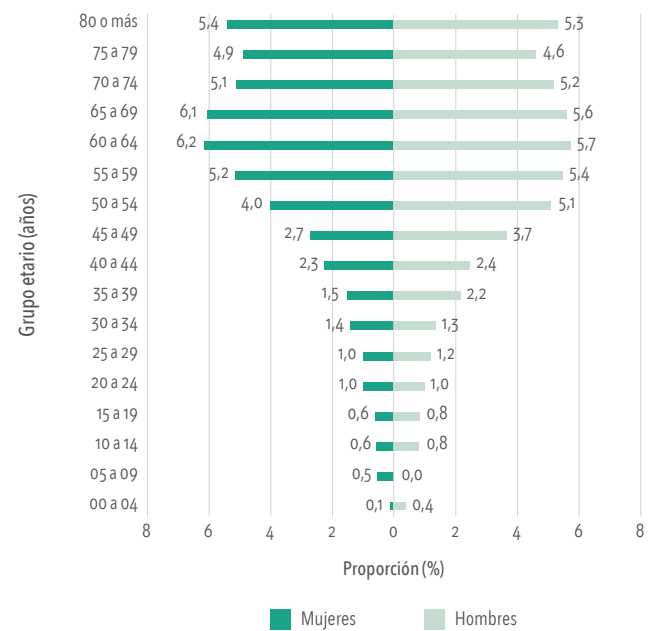


Figura 10.19. Distribución de otras neoplasias hematológicas según grupo etario y sexo

Estadificación en otras neoplasias hematológicas

En el grupo de neoplasias hematológicas se encuentran diferentes subtipos de cáncer que así mismo se estadifican y se clasifican en riesgo pronóstico de forma diferente, con diferentes sistemas, por tal razón se revisó de forma general el porcentaje de casos que cuentan con algún tipo de estadificación en cada régimen de afiliación, encontrando que solo el 30 % de los CNR cuentan con alguna estadificación, siendo más alto este porcentaje en el régimen contributivo con el 36 %, mientras que en el régimen subsidiado solo el 75 de los casos cuentan con estadificación (ver figura 10.20).

Situación similar ocurre con el registro de la clasificación del riesgo, ya que del total de casos dentro de este grupo de tumores el 33 % cuenta con este dato, siendo los regímenes contributivo y de excepción, aquellos con los porcentajes más altos (36 % y 38 % respectivamente) (ver figura 10.21).

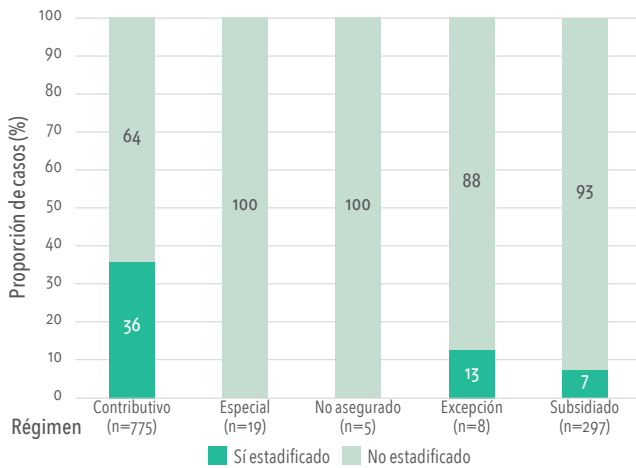


Figura 10.20. Estadificación según régimen de afiliación en CNR

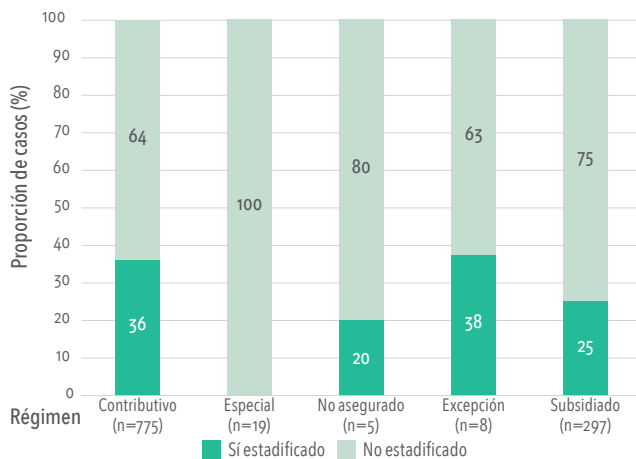


Figura 10.21. Clasificación del riesgo según régimen de afiliación en CNR

Oportunidad en otras neoplasias hematológicas

En el grupo de otras neoplasias hematológicas el 26 % de la población prevalente cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 36 días de mediana y 75 días de media, y entre diagnóstico (ver tabla 10.11).

Tabla 10.11. Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	1612	35,5	15-63	74,9	69,1-80,7	1-721

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

El 66 % de los CNR cuenta con datos para establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico y el 45 % para establecer el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento; se encontró que entre la sospecha clínica hasta el diagnóstico trascurren 39 días de mediana y 56 días de media. El tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento es de 27 días de mediana y 62 días de media (ver tabla 10.12).

Tabla 10.12. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	726	38,5	15-49	55,6	48,8-62,4	1-720
Diagnóstico a primer tratamiento	494	27	7-95	62,3	55,6-69,0	0-333

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

Tumores de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso

En el registro se identificaron 4837 casos de todas las edades de este tipo de patologías, de los cuales 1016 eran nuevos, y un total de 560 personas fallecidas con diagnóstico de alguna de las neoplasias pertenecientes a este grupo. Este incluye 4 subtipos según el listado CIE-10, del cual el más frecuente fue el denominado como tumor maligno del encéfalo, con el 67 % de los casos (ver tabla 10.13).

Tabla 10.13 Subtipos de tumores de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso

Subtipo	Casos	Porcentaje (%)
Tumor maligno del encéfalo	3226	67
Tumor del ojo y sus anexos	1097	23
Tumor maligno de la medula espinal, de los nervios craneales y de otras partes del sistema nervioso central	313	6
Tumor maligno de las meninges	201	4

Edad de los pacientes con tumores de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso

La distribución de edad en este grupo de tumores es bimodal, debido a que estos se presentan de forma significativa en población tanto infantil y adolescente, como adulta, observándose dos picos de edad en el histograma para cada una de estas dos poblaciones. Al tener en cuenta todas las edades la mediana fue 47 años y la media 45 años (ver figura 10.22). Al discriminar entre menores y mayores de 18 años, para los primeros la media y mediana de edad fue 9 años; para población adulta la media y la mediana fue 52 años.

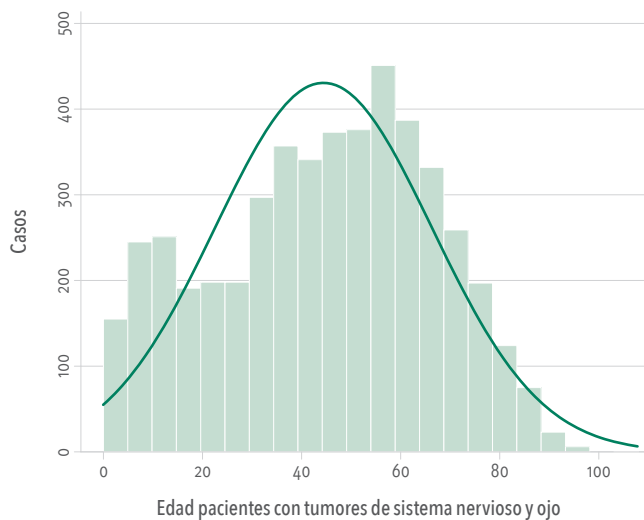


Figura 10.22. Histograma de edad en tumores de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso

Grupos etarios en tumores de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso y distribución por sexo

En la distribución por grupos etarios y sexo se encontró una situación similar a la observada en el histograma, advirtiéndose dos picos de edad para ambos sexos (población infantil y adolescente, y población adulta). En la población infantil y adolescente se observó una mayor proporción de casos en el sexo masculino; por el contrario, en la población adulta, especialmente a partir de los 40 años de edad, se observa una mayor proporción en las mujeres que en los hombres, con el pico más alto en el grupo etario de 50 a 54 años para ambos sexos (ver figura 10.23). Se registraron en total 2487 mujeres y 2350 hombres con este grupo de tumores, para una razón mujer: hombre de 1,1: 1.

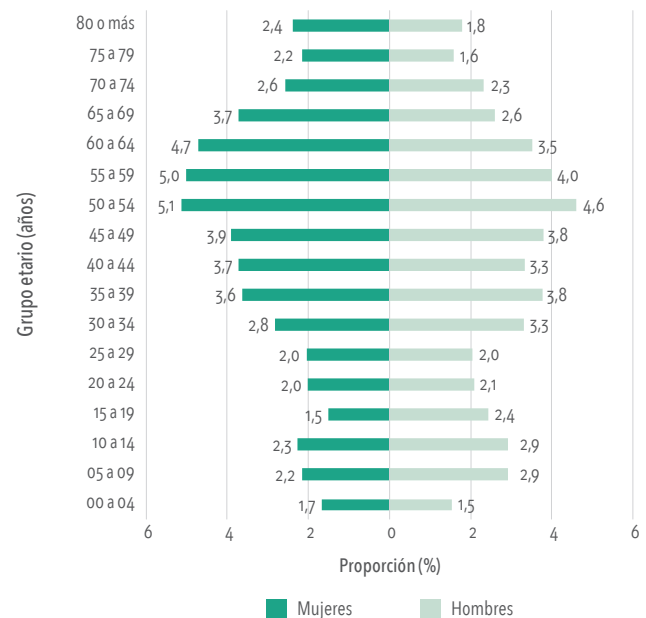


Figura 10.23. Distribución de tumores de sistema nervioso y ojo según grupo etario y sexo

Estadificación en tumores de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso

En el grupo de tumores de encéfalo y otras partes del sistema nervioso no se utiliza el habitual sistema de estadificación TNM para tumores sólidos, sin embargo, se cuenta con la clasificación de la OMS de los tumores del SNC que establece una escala de grados de malignidad de acuerdo con las características histológicas del tumor (1).

Del registro se cuenta con el tipo histológico del tumor y la diferenciación celular, encontrando que, para CNR de todas las edades, en el 85 % de los casos no se especifica el tipo histológico del tumor o no se cuenta con dicha información. Dentro del 15 % restante se encontró que el astrocitoma fue el más frecuente (ver tabla 10.14).

Con respecto a la diferenciación celular por regímenes, se encontró que en la mayoría no se estableció el grado de diferenciación tumoral. En aquellos pacientes a quienes sí se les registro dicha información, se encontró que en el régimen subsidiado el principal grado de diferenciación fue el moderadamente diferenciado, mientras para el régimen subsidiado el estadio inicial fue el bien diferenciado (ver figura 10.24).

Tabla 10.14 Tipo histológico de tumores del sistema nervioso

Tipo histológico	Casos	Porcentaje (%)
Otros tipos histológicos	418	41
Sin información	309	30
Carcinoma sin especificación	137	13
Astrocitoma	85	8
Meduloblastoma	27	3
Neuroblastoma	17	2
Oligodendroglioma	12	1
Ependimoma	11	1

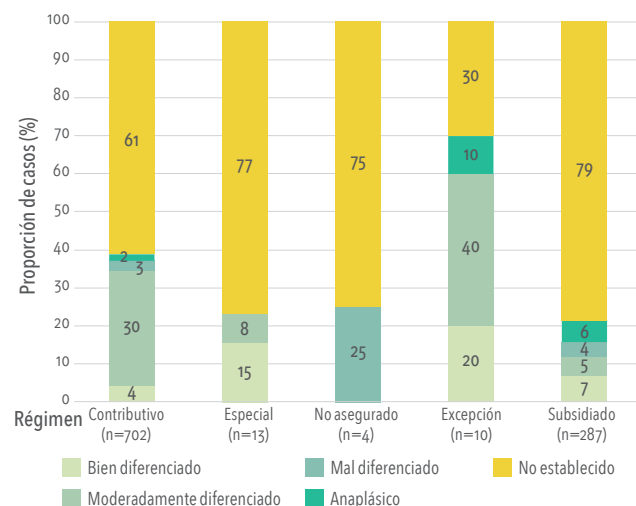


Figura 10.24. Diferenciación celular según régimen de afiliación en CNR

Oportunidad en pacientes con tumores de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso

En los tumores de ojo, encéfalo, y otras partes del sistema nervioso el 30 % de la población prevalente cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 35 días de mediana y 81 días de media (ver tabla 10.15).

Tabla 10.15. Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	1438	35	14-60	81,3	74,9-87,7	1-726

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

El 75 % de los CNR cuenta con datos para establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico y el 40 % para establecer el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento; se encontró que entre la sospecha clínica y el diagnóstico transcurren 33 días de mediana y 47 días de media. El tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento es de 35 días de mediana y 54 días de media (ver tabla 10.16).

Tabla 10.16. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico*	765	33	14-50	46,8	41,5-52,1	1-726
Diagnóstico a primer tratamiento	408	35	12-73	54,2	48,5-59,9	0-333

* Diagnóstico oncológico realizado por toda especialidad médica a la que atañe el diagnóstico y por todo método diagnóstico empleado.

Tablas complementarias

Tabla 10.17. Frecuencia de casos por subtipos de cáncer (CIE-10)

Tipo de cáncer	Subtipo (CIE10)	Frecuencia (n)
1. Otros tumores de la piel (no melanoma)	Otros tumores de la piel	19 145
	Tumor de la glándula tiroides	14 584
2. Glándulas tiroides y endocrinas	Tumor maligno de otras glándulas endocrinas y de estructuras afines	518
	Tumor maligno de la glándula suprarrenal	113
3. Otros órganos genitales femeninos	Tumor maligno del ovario	5126
	Tumor del cuerpo del útero	3460
	Tumor de la vulva	660
	Tumor maligno del útero parte no especificada	329
	Tumor de la vagina	280
	Tumor de otros órganos genitales femeninos y los no especificados	131
	Tumor maligno de la placenta	63
	4. Otras neoplasias hematológicas	Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas
Leucemia mieloide		1888
Leucemia linfoide		1169
Leucemia de células de tipo no especificado		268
Otras leucemias de tipo celular especificado		153
Enfermedades inmunoproliferativas malignas		64
Leucemia monocítica		47
5. Ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso	Trombocitosis	1
	Tumor maligno del encéfalo	3226
	Tumor del ojo y sus anexos	1097
	Tumor maligno de la medula espinal, de los nervios craneales y de otras partes del sistema nervioso central	313
	Tumor maligno de las meninges	201
6. Otros órganos digestivos	Tumor maligno del páncreas	1316
	Tumor del esófago	1019
	Tumor del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	864
	Tumor maligno de la vesícula biliar	503
	Tumor de otras partes y de las no especificadas de las vías biliares	480
	Tumor maligno del intestino delgado	409
7. Vías urinarias	Tumor de otros sitios y de los mal definidos de los órganos digestivos	158
	Tumor maligno del riñón, pelvis renal y uréter	2372
	Tumor de la vejiga urinaria	1928
	Tumor de otros órganos urinarios y de los no especificados	88
8. Labio, cavidad bucal y faringe	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la lengua	563

Tipo de cáncer	Subtipo (CIE10)	Frecuencia (n)
8. Labio, cavidad bucal y faringe	Tumor maligno de la glándula parótida	483
	Tumor maligno de la amígdala	406
	Tumor maligno de la nasofaringe	265
	Tumor maligno de otras glándulas salivales mayores y de las no especificadas	221
	Tumor maligno del paladar	214
	Tumor maligno de la base de la lengua	208
	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la boca	195
	Tumor maligno del labio	194
	Tumor maligno de la orofaringe	180
	Tumor maligno del piso de la boca	132
	Tumor maligno de la hipofaringe	72
	Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	66
	Tumor maligno de la encía	57
	Carcinoma <i>in situ</i> del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	31
Tumor maligno del seno piriforme	10	
9. Tejidos mesoteliales (excepto pulmón)	Tumor maligno otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos	1934
	Sarcoma Kaposi	520
	Tumor maligno del peritoneo y retroperitoneo	499
	Mesotelioma	111
	Tumor maligno de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo	108
10. Otros sitios, sitios mal definidos	Tumor de otros sitios y de sitios mal definidos	2979
11. Otros órganos genitales masculinos	Tumor maligno del testículo	1956
	Tumor del pene	498
	Tumor de otros órganos genitales masculinos y de los no especificados	58
12. Otros órganos respiratorios e intratorácicos	Tumor de la laringe	1420
	Tumor maligno de los senos paranasales	318
	Tumor maligno del corazón, del mediastino y de la pleura	312
	Tumor maligno de las fosas nasales y del oído medio	205
	Tumor maligno del timo	87
	Tumor de otros sitios y de los mal definidos del sistema respiratorio y de los órganos intratorácicos	77
13. Huesos y cartílagos articulares	Tumores malignos de los huesos y de los cartílagos articulares	1548
14. Tumores sin primario conocido	Tumor maligno secundario	1387

Bibliografía

1. National Cancer Institute. Adult Central Nervous System Tumors Treatment (PDQ®)-Health Professional Version. World Health Organization (WHO) Classification of Adult Primary CNS Tumors [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.cancer.gov/types/brain/hp/adult-brain-treatment-pdq#section/_5

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 10.1	Morbimortalidad global en otros tipos de cáncer.....	193
Tabla 10.2	Oportunidad en prevalentes	195
Tabla 10.3	Oportunidad en CNR.....	195
Tabla 10.4	Subtipos de tumores de glándulas tiroides y endocrinas.....	196
Tabla 10.5	Oportunidad en prevalentes	197
Tabla 10.6	Oportunidad en CNR.....	197
Tabla 10.7	Subtipos de tumores de otros órganos genitales femeninos	197
Tabla 10.8	Oportunidad en prevalentes	198
Tabla 10.9	Oportunidad en CNR.....	198
Tabla 10.10	Subtipos de otras neoplasias hematológicas.....	199
Tabla 10.11	Oportunidad en prevalentes	200
Tabla 10.12	Oportunidad en CNR.....	200
Tabla 10.13	Subtipos de tumores de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso.....	201
Tabla 10.14	Tipo histológico de tumores del sistema nervioso	202
Tabla 10.15	Oportunidad en prevalentes.....	202
Tabla 10.16	Oportunidad en CNR.....	202
Tabla 10.17	Frecuencia de casos por subtipos de cáncer (CIE-10).....	203

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 10.1. Distribución de cáncer invasivo según sexo	191
Figura 10.2. Distribución de cáncer <i>in situ</i> según sexo	192
Figura 10.3. Distribución de cáncer según régimen de afiliación.	192
Figura 10.4. Neoplasias en la población general	192
Figura 10.5. Distribución de cáncer según grupo etario y sexo	192
Figura 10.6 Neoplasias más comunes en hombres y mujeres.	193
Figura 10.7. PCNR por tipo de cáncer según sexo	193
Figura 10.8. Muertes por tipo de cáncer según sexo	193
Figura 10.9. Histograma de edad en cáncer de piel no melanoma	194
Figura 10.10. Distribución de cáncer de piel no melanoma según grupo etario y sexo	194
Figura 10.11. Estadificación TNM según régimen de afiliación en CNR.	195
Figura 10.12. Histograma de edad en tumores de glándulas tiroides y endocrinas	196
Figura 10.13. Distribución de tumores de glándulas tiroides y endocrinas según grupo etario y sexo	196
Figura 10.14. Estadificación TNM según régimen de afiliación en CNR	196
Figura 10.15. Histograma de edad en tumores de otros órganos genitales femeninos	197
Figura 10.16. Distribución de tumores de otros órganos genitales femeninos según grupo etario	198
Figura 10.17. Estadificación TNM según régimen de afiliación en CNR	198
Figura 10.18. Histograma de edad en otras neoplasias hematológicas	199
Figura 10.19. Distribución de otras neoplasias hematológicas según grupo etario y sexo.	199
Figura 10.20. Estadificación según régimen de afiliación en CNR.	200
Figura 10.21. Clasificación del riesgo según régimen de afiliación en CNR.	200
Figura 10.22. Histograma de edad en tumores de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso	201
Figura 10.23. Distribución de tumores de sistema nervioso y ojo según grupo etario y sexo	201
Figura 10.24. Diferenciación celular según régimen de afiliación en CNR.	202

PARTE II

NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS

LINFOMA NO HODGKIN

CIE-10: C83-C85, C96; CIE-O-3: C42, C77

LINFOMA NO HODGKIN CIE-10: C83-C85, C96; CIE-O-3: C42, C77

Los linfomas no Hodgkin (LNH) constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias linfoproliferativas con distintos modelos de comportamiento y respuesta al tratamiento (1). Existen más de 30 tipos diferentes de LNH, aproximadamente el 90 % son linfomas de células B –línea celular en la que se encuentran 14 variedades–, y el 10 % restante son linfomas de células T (2). El pronóstico del LNH depende del tipo histológico, el estadio y la respuesta al tratamiento (1).

Aunque se desconoce la causa de la mayoría de LNH, algunos subtipos se asocian con infecciones por el virus linfotrópico de células T humanas (HTLV-1), el virus de Epstein-Barren, el virus herpes humano tipo 8 (HHV-8) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); también se ha estudiado su relación con factores ambientales, exposición a ciertos químicos o medicamentos, y deficiencias inmunológicas o postrasplante de órganos; siendo así la inmunosupresión el factor de riesgo más claramente definido (3,4).

Características generales de la población adulta con LNH

En el registro se identificaron 7507 pacientes de 18 años de edad o más con LNH, 947 de ellos registrados como casos nuevos. El LNH ocupó el octavo lugar en frecuencia entre todos los tipos de cáncer en la población general, el quinto lugar en la población adulta colombiana de los once tipos tumorales CAC, y el primer lugar entre las neoplasias hematológicas en adultos.

En el país¹ la prevalencia por edad fue de 22,9 por 100 000 habitantes de 18 años o más, y por aseguramiento fue de 22,5 por 100 000 afiliados de la BDUA de 18 años o más. La PCNR del país fue de 2,9 por 100 000 habitantes de 18 años o más y la PCNR por aseguramiento fue de 2,8 por 100 000 afiliados de la BDUA de 18 años o más.

El total de pacientes de 18 años o más con LNH fallecidos durante el periodo fue de 628, para una mortalidad de 1,9 por 100 000 habitantes de 18 años o más en el país.

Edad de los pacientes con LNH

Fueron considerados como adultos los pacientes de 18 años o más de edad, grupo poblacional en el que se identificaron en total 7507 casos, con una media de edad de 58,2 años y una mediana de 60 años (ver tabla 11.7).

En el histograma de edad se observa una distribución aproximadamente normal, con la mayor concentración de casos entre los 50 y los 74 años de edad, lo cual representa el 55 % de las personas afectadas por LNH (ver figura 11.1).

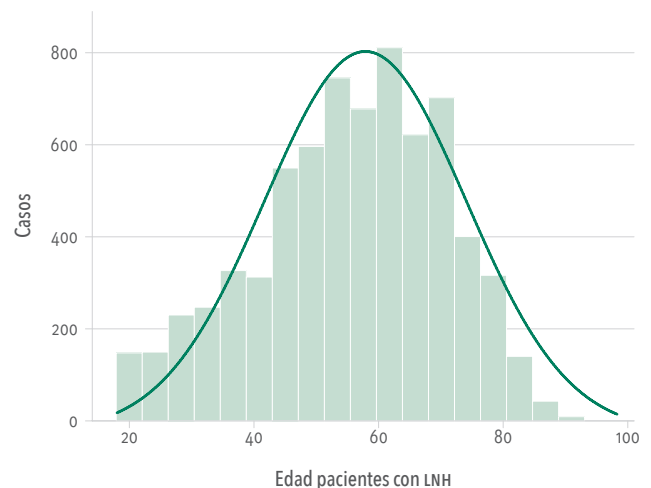


Figura 11.1. Histograma de edad en adultos con LNH

Grupos etarios en LNH y distribución por sexo

La distribución de casos según grupo de edad y sexo evidencia una mayor proporción de pacientes del sexo femenino y la diferencia se observa especialmente después de los 50 años de edad. A partir de esa edad se observa además un incremento de casos en ambos sexos (ver figura 11.2).

En la población adulta con LNH se encontró una razón mujer: hombre de 1,1: 1, que resulta del cálculo de 3910 mujeres frente a 3597 hombres (ver figura 11.3).

¹ Datos país observados en el sgsss colombiano.

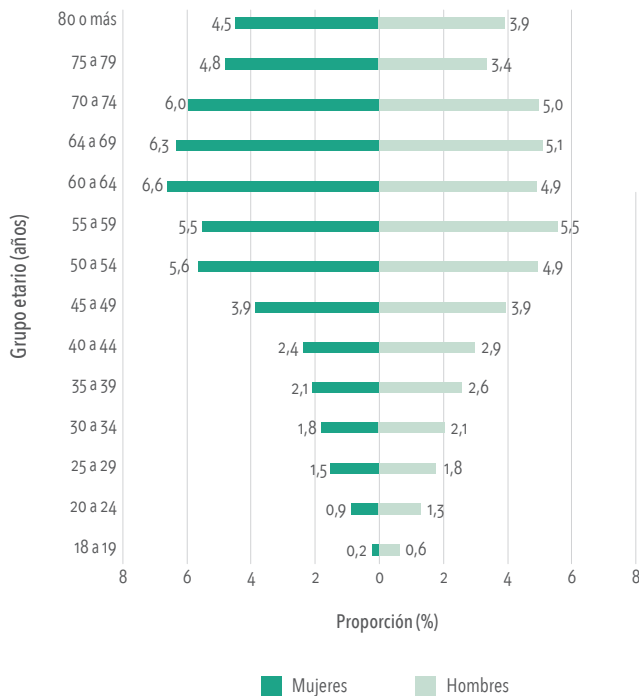


Figura 11.2. Distribución de LNH según grupo etario y sexo



Figura 11.3. Distribución de LNH según sexo

Grupos poblacionales en LNH

Dentro de los grupos poblacionales en LNH en adultos, se encontró una distribución de comportamiento similar a la global con el grupo no definido en primer lugar, seguido por otros grupos poblacionales, adulto mayor, trabajador urbano y población desplazada (ver tabla 11.1).

Tabla 11.1. Distribución de LNH según grupo poblacional

Grupo poblacional	n	%
No definido	5149	68,6
Otro grupo poblacional	1385	18,4
Adulto mayor	786	10,5
Trabajador urbano	69	0,9
Población desplazada	48	0,6
Persona en situación de discapacidad	25	0,3
Cabeza de Familia	17	0,2
Población rural no migratoria	9	0,1
Afrocolombianos	7	0,1
Población en centros carcelarios	4	0,1
Mujer embarazada	3	0,04
Joven vulnerable urbano	2	0,03
Artistas, autores, compositores	1	0,01
Indígenas	1	0,01
Joven vulnerable rural	1	0,01

Morbimortalidad por LNH

Prevalencia de LNH en el país

La prevalencia de LNH en el país fue de 22,9 casos por cada 100 000 habitantes de 18 años o más (ver tabla 11.9)². Los departamentos con mayor prevalencia fueron Bogotá D. C., Risaralda, Antioquia, Quindío, Caldas, Valle del Cauca, Huila, Santander y Amazonas, con proporciones de 41,3 a 15,8 casos por cada 100 000 habitantes de 18 años o más (ver figura 11.4).

Los departamentos con menor prevalencia fueron Guainía, Vichada, La Guajira, Arauca, San Andrés y Providencia, Guaviare, Vaupés y Chocó, con proporciones de 0 a 5,1 casos por cada 100 000 habitantes de 18 años o más (ver figura 11.4).

² Datos país observados en el sgss colombiano.

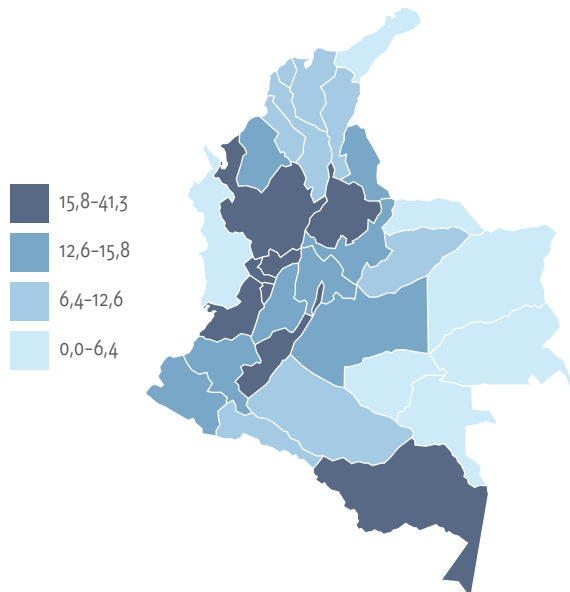


Figura 11.4. Prevalencia de LNH por departamento

Prevalencia de LNH en la BDUA

La prevalencia en la BDUA fue 22,5 afectados por cada 100 000 afiliados de 18 años o más, los aseguradores con mayores prevalencias fueron EPS008 y EPS018 (ver tabla 11.10).

Comparación de morbilidad entre 2015 y 2016

En los dos periodos de análisis, la morbilidad del LNH en adultos presenta un leve aumento de las tres medidas: prevalencia, PCNR y mortalidad; lo cual puede deberse a características propias del registro, mejorando en este caso por parte de las diferentes entidades (ver figura 11.5).

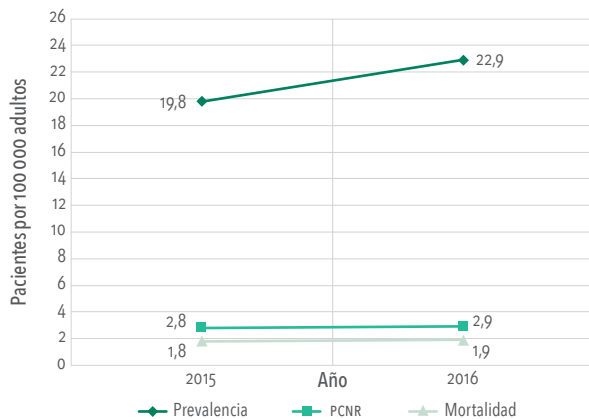


Figura 11.5. Morbilidad por LNH

PCNR de LNH en el país

La PCNR de LNH en el país fue de 2,9 casos nuevos por 100 000 de habitantes de 18 años o más (ver tabla 11.11)³. Los departamentos más afectados fueron Bogotá D. C., Antioquia, Cauca, Huila, Valle del Cauca, Quindío, Risaralda y Cundinamarca, con proporciones de 6,3 a 2,0 por 100 000 habitantes de 18 años o más. Los departamentos con menor PCNR fueron Vichada, Vaupés, San Andrés y Providencia, Guaviare, Guainía, Chocó, Amazonas, Putumayo, Arauca y La Guajira, con proporciones de 0 a 0,7 por 100 000 habitantes de 18 años o más (ver figura 11.6).

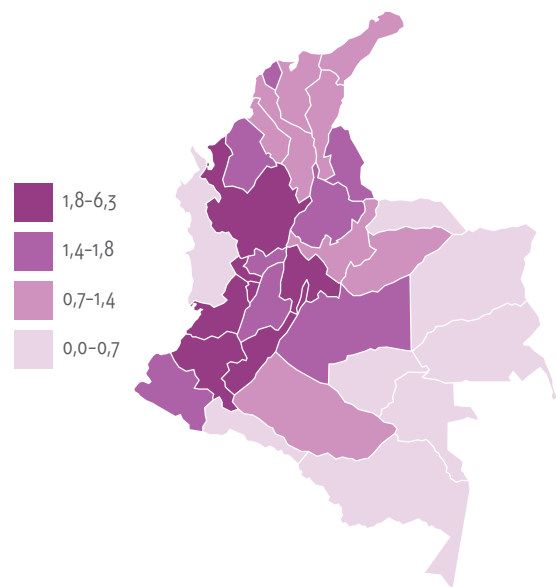


Figura 11.6. PCNR de LNH por departamento

Los casos nuevos de LNH representaron el 3 % del total de CNR de cáncer en adultos durante el periodo (ver figura 11.7).

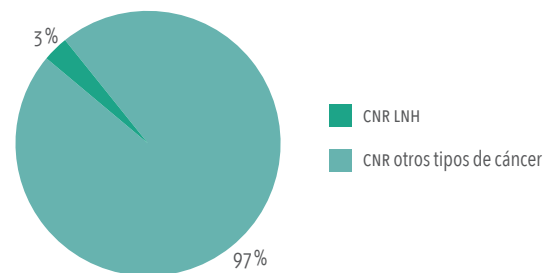


Figura 11.7. PCNR de LNH respecto a PCNR de cáncer global en adultos

³ Datos país observados en el sgss colombiano.

PCNR de LNH en la BDUA

La PCNR por régimen de afiliación fue de 2,8 por 100 000 afiliados de 18 años o más. Las aseguradoras con mayor PCNR fueron EASO16 y EPSO33 (ver tabla 11.12).

Mortalidad por LNH en el país

La mortalidad por LNH fue de 1,9 por 100 000 habitantes de 18 años o más (ver tabla 11.13)⁴. Los departamentos con mayor mortalidad fueron Quindío, Bogotá D. C., Valle del Cauca, Caldas, Risaralda, Antioquia, Cauca, Meta y Casanare, con tasas de 3,4 a 1,5 por 100 000 habitantes de 18 años o más. Los departamentos con menor mortalidad fueron Vichada, Vaupés, San Andrés y Providencia, Guaviare, Guainía, Arauca, Amazonas, Sucre y La Guajira, con tasas de 0 a 0,2 por 100 000 habitantes de 18 años o más (ver figura 11.8).

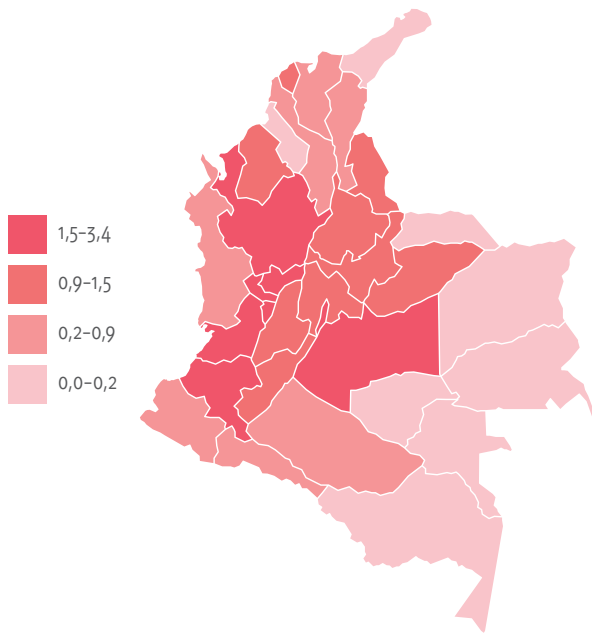


Figura 11.8. Mortalidad por LNH por departamento

Mortalidad por LNH en la BDUA

La mortalidad por régimen de afiliación fue 1,9 por 100 000 afiliados de 18 años o más. El LNH registró las mayores tasas de mortalidad en las aseguradoras EPSO18 y EPSO12 (ver tabla 11.14).

Estadificación en LNH

La estadificación de LNH en adultos se realiza con el objetivo de establecer el pronóstico de la enfermedad,

definir la conducta de mayor costo-efectividad a seguir con cada paciente, y buscar que esta sea determinante en su calidad de vida (5).

El pronóstico se calcula teniendo en cuenta la estadificación y variables como la edad, parámetros específicos de laboratorio, el número de sitios extranodales comprometidos y el estado funcional del paciente. Como resultado se obtiene el Índice de Pronóstico Internacional (IPI), para el linfoma B difuso de célula grande; y sus variaciones correspondientes, para los linfomas folicular y del manto, que constituyen los tres subtipos de LNH más frecuentes (1).

Para la estadificación de LNH en adultos se estableció inicialmente el uso de la clasificación de Ann Arbor, modificada posteriormente en la reunión de Cotswolds. Este sistema considera el número de sitios nodales comprometidos y su relación con el diafragma; la presencia o no de síntomas B; y la presencia de enfermedad extra-nodal. Esta clasificación fue modificada posteriormente con la clasificación de Lugano que excluye los sufijos A y B, dejándolos solo para linfoma Hodgkin y modificando el sufijo x por el registro del diámetro de la mayor lesión tumoral (6).

Este sistema de clasificación establece cuatro estadios o etapas, siendo I y II estadios limitados, y III y IV estadios avanzados (6).

El registro evidenció que la mayoría de casos de LNH (62 %) no se encuentran estadificados. De los CNR en el periodo de análisis que sí cuentan con estadificación, el 56 % se encuentra en los estados I y II, y el restante 44 %, en estados III y IV (ver figura 11.9; para valores absolutos ver tabla 11.15).

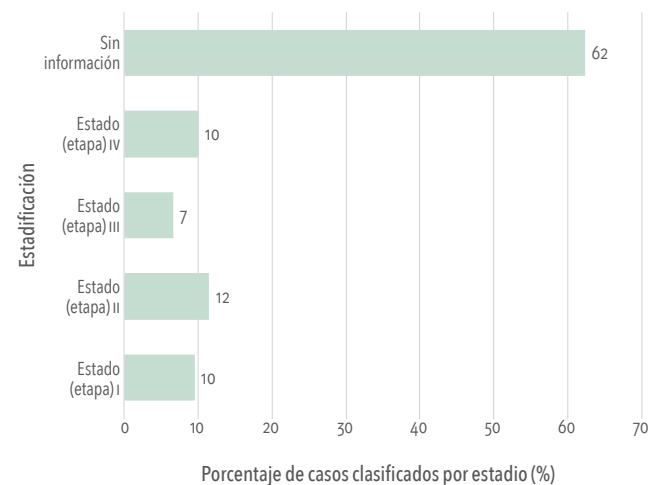


Figura 11.9. Estadificación clínica de LNH en adultos

⁴ Datos país observados en el sgss colombiano.

Estadificación en LNH según régimen de afiliación

Al indagar sobre la estadificación según régimen de afiliación, se encontró que en todos los regímenes, la mayor proporción de casos no tiene establecido el estado clínico de la enfermedad. Esta proporción es especialmente alta en los regímenes subsidiado y especial (ver figura 11.10).

De aquellos casos que sí cuentan con estadificación, en el régimen contributivo la mayor proporción se encuentra en los estados I y II; y, en el régimen subsidiado, en los estados II y III (ver tabla 11.16)⁵.

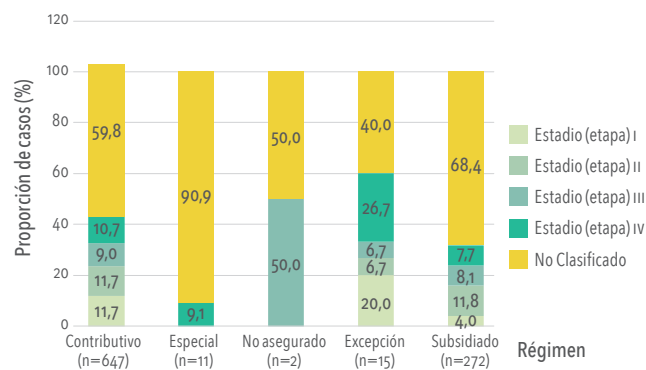


Figura 11.10. Estadificación en LNH según régimen de afiliación

Terapia general en LNH

En el tratamiento general observado en los 947 CNR⁶ con LNH, se encontró que en el periodo de análisis 522 recibieron quimioterapia, 83 recibieron radioterapia, 56 recibieron terapia intratecal y a 7 se les realizó trasplante de células madre hematopoyéticas (ver figura 11.11).

Los porcentajes de registros para los que no hay información no corresponden con lo anticipado, 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 debe a la falta de reportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC. Otra razón podría ser una falla en la gestión de soportes completos que permitan identificar dicha información.

Medicamentos en LNH

Al tratarse el LNH de un grupo heterogéneo de neoplasias, su tratamiento varía dependiendo del tipo histológico, el grupo de riesgo, el estado funcional y la edad, parámetro según el cual la población se divide generalmente en dos grandes grupos: los mayores y los menores de 60 años. Sin embargo, en el presente documento no se profundiza en cada tipo de tratamiento ya que se sale del alcance del análisis.

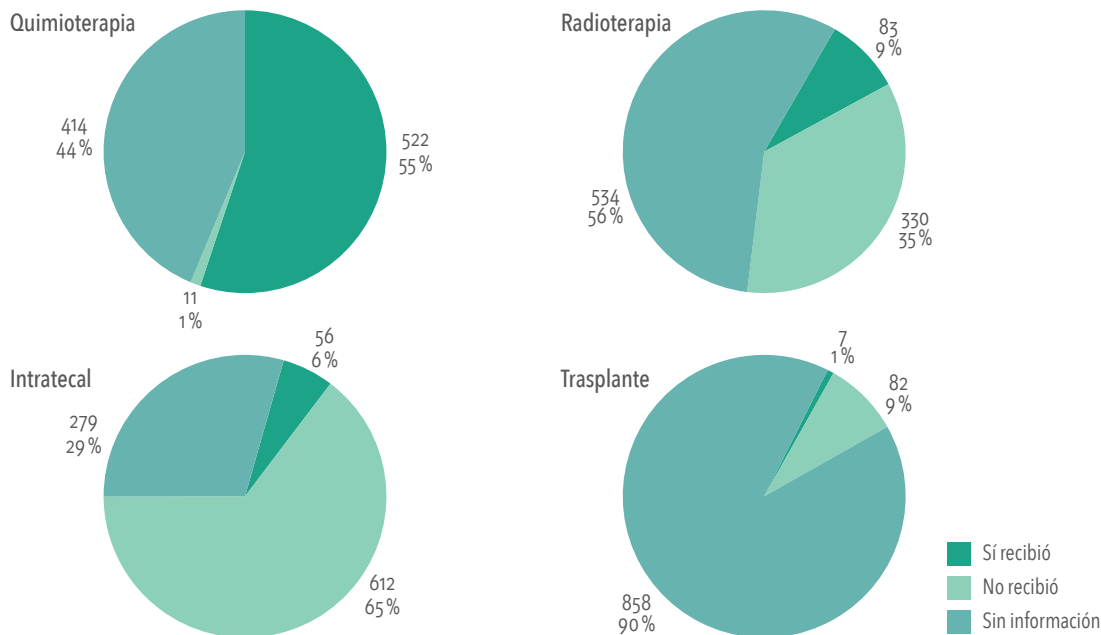


Figura 11.11. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo

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

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

En términos generales, para tratar el LNH se utilizan diferentes medicamentos, bien sea en mono o en poli-terapia. El rituximab, anticuerpo monoclonal, es uno de los medicamentos más usados y puede administrarse de manera exclusiva o en combinación con el esquema CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona), o con esquemas similares (CHOP-like).

Algunos esquemas posibles para los diferentes subtipos de LNH son (7):

- CHOP: Ciclofosfamida + doxorubicina + vincristina + prednisona
- CVP: Ciclofosfamida + vincristina + prednisona
- EPOCH: Etopósido + prednisona + vincristina + ciclofosfamida + doxorubicina
- Hyper-CVAD: Ciclofosfamida + vincristina + doxorubicina + dexametasona
- ICE: ifosfamida + carboplatino + etopósido
- R-CHOP: Rituximab + ciclofosfamida + doxorubicina + vincristina + prednisona
- R-CVP: Rituximab + ciclofosfamida + vincristina + prednisona
- R-EPOCH: Rituximab + etopósido + prednisona + vincristina + ciclofosfamida + doxorubicina
- R-ICE: Rituximab + ifosfamida + carboplatino + etopósido
- DHAP: Cisplatino + citarabina + dexametasona
- ESHAP: Etopósido + metilprednisolona + citarabina + cisplatino

Por medio del análisis del registro fue posible determinar la frecuencia de uso de cada uno de los medicamentos que forman parte de los diferentes esquemas⁷. Los medicamentos más frecuentemente usados fueron vincristina, ciclofosfamida, rituximab y doxorubicina, en ese orden (ver tablas 11.2 y 11.3).

Tabla 11.2. Frecuencia de registro de medicamentos POS

Medicamento POS	CNR (n=947)	Exclusivo*	Combinado**
Vincristina	357	8	349
Ciclofosfamida	355	2	353
Rituximab	331	24	307

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

Medicamento POS	CNR (n=947)	Exclusivo*	Combinado**
Doxorrubicina	321	6	315
Prednisona	272	11	261
Etopósido	32	1	31
Metotrexato	25	4	21
Citarabina	16	1	15
Cisplatino	8	2	6
Carboplatino	3	0	3

* Exclusivo o acompañado de medicamentos de soporte.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Tabla 11.3. Frecuencia de registro de medicamentos no POS

Medicamento no POS	CNR (n=947)	Exclusivo*	Combinado**
Bendamustina	13	0	13
Fludarabina	6	0	6
Ifosfamida	3	1	3
Mitoxantrona	1	0	1
Ibrutinib	0	0	0

* Exclusivo o acompañado de corticoides, analgésicos o antieméticos.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Al agrupar los medicamentos para formar los esquemas mencionados anteriormente, se encontró que los esquemas CVP y CHOP contaron con el mayor número de registros, en ese orden. Es importante tener en cuenta que ciertos esquemas resultantes del proceso de agrupación, pueden estar contenidos dentro de otros; aquellos esquemas que no lo están, se denominan esquemas exclusivos (ver tabla 11.4).

Tabla 11.4. Frecuencia de registro de esquemas de medicamentos

Esquema		CNR (n=947)	Exclusivo*	Combinado
CVP	ciclofosfamida + vincristina + prednisona	225	19	206
CHOP	ciclofosfamida + doxorubicina + vincristina + prednisona	182	0	182
R-CVP	rituximab + ciclofosfamida + vincristina + prednisona	176	0	176

Esquema	CNR (n=947)	Exclusivo*	Combinado
R-CHOP rituximab + ciclofosfamida + doxorubicina + vincristina + prednisona	153	0	153
Hyper-CVAD ciclofosfamida + vincristina + doxorubicina + dexametasona	113	38	75
EPOCH etopósido + prednisona + vincristina + ciclofosfamida + doxorubicina	10	0	10
R-EPOCH rituximab + etopósido + prednisona + vincristina + ciclofosfamida + doxorubicina	6	0	6
ESHAP etopósido + metilprednisolona + citarabina + cisplatino	3	0	3
DHAP cisplatino + citarabina + dexametasona	2	1	1
ICE ifosfamida + carboplatino + etopósido	1	1	0
R-ICE rituximab + ifosfamida + carboplatino + etopósido	0	0	0

* Excluye otros esquemas.

Oportunidad en LNH

La oportunidad entendida como la posibilidad que tienen los individuos para acceder al sistema de salud (8), se encuentra expresada en este documento como número de días a partir de un evento temporal pasado hasta un evento temporal posterior.

En LNH el 22,4 % de la población prevalente cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 32 días de mediana y 75,5 días de media (ver tabla 11.5 y figura 11.12). Esta diferencia entre la mediana y la media se debe a la presencia de datos extremos y a su dispersión, por lo cual la mediana representa la mejor medida en este caso.

Tabla 11.5. Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico	1684	32	14-75	75,5	69,9-81,2	1-730

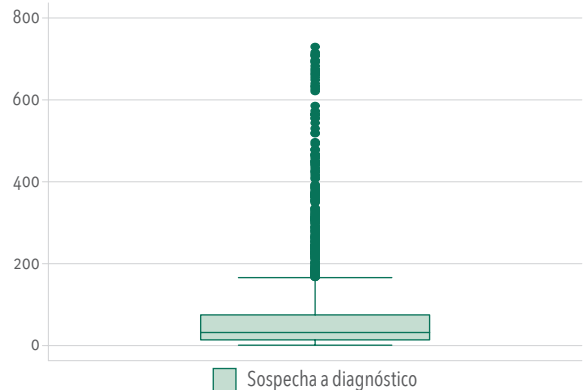


Figura 11.12. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes

En los CNR se pudo establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico del 57,1 % y el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento, del 48 %. Se encontró que entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico transcurren 30 días de mediana y 55 días de media, y entre el diagnóstico y el primer tratamiento, 27 días de mediana y 40,5 días de media (ver tabla 11.6 y figura 11.13).

Tabla 11.6. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico	541	30	12-53	54,7	46,3-63,2	1-730
Diagnóstico a primer tratamiento	455	27	9-54	40,5	36,2-44,8	0-310

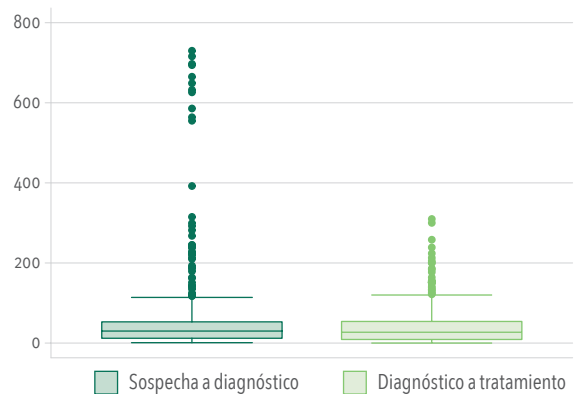


Figura 11.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR

Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico

El rango temporal de sospecha clínica a diagnóstico fue definido como el tiempo que transcurre entre la nota de remisión, interconsulta de médico o institución general y el momento en que se realiza el diagnóstico oncológico.

La mayoría de datos registrados pertenecen al régimen contributivo. En los regímenes subsidiado y contributivo predomina el rango de 30 a 59 días (ver figura 11.14), mientras que los regímenes especial y de excepción cuentan con muy pocas observaciones, por lo que no se hacen comparables.

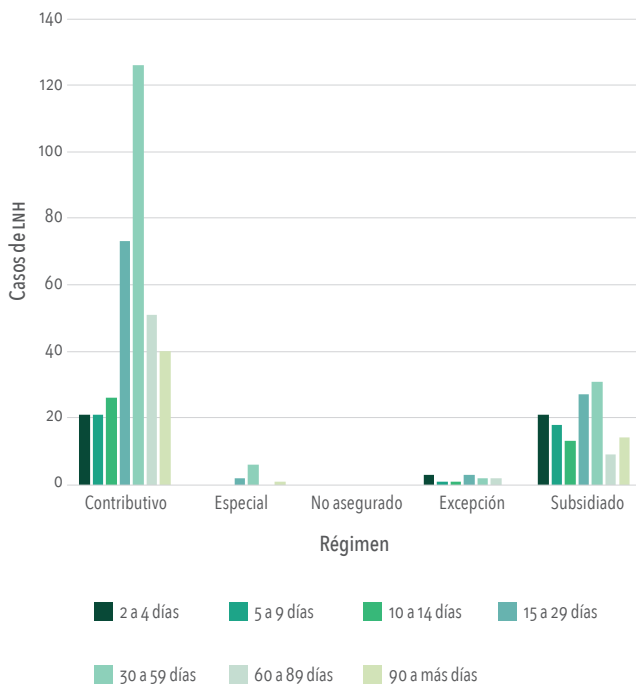


Figura 11.14. Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico

Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento

En los regímenes contributivo y subsidiado el rango de oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el primer tratamiento más frecuente, fue de 30 a 59 días (ver figura 11.15). Los regímenes especial y de excepción, y los no asegurados cuentan con muy pocas observaciones, por lo que no se hacen comparables.

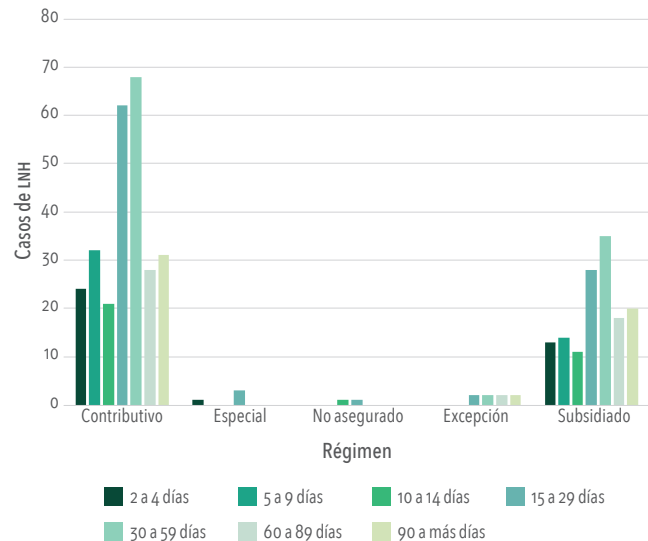


Figura 11.15. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento

Tablas complementarias

Tabla 11.7. Edad promedio de la población adulta con LNH

Frecuencia (n)	Media	Desviación Estándar	IC (95 %)
7507	58,2	16,3	[57,9-58,6]

Tabla 11.8. Distribución de LNH según grupo etario y sexo

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
18 a 19 años	18	47	65
20 a 24 años	65	98	163
25 a 29 años	113	132	245
30 a 34 años	136	154	290
35 a 39 años	157	192	349
40 a 44 años	178	221	399
45 a 49 años	291	296	587
50 a 54 años	423	370	793
55 a 59 años	414	416	830
60 a 64 años	496	368	864
64 a 69 años	475	383	858
70 a 74 años	447	373	820
75 a 79 años	360	252	612
80 a más años	337	295	632
Total	3910	3597	7507

Tabla 11.9. Prevalencia de LNH por departamento*

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Amazonas	15,8	14,3
Antioquia	32,2	32,6
Arauca	3,4	3,4
Atlántico	11,9	11,5
Bogotá, D. C.	41,3	40,9
Bolívar	11,8	11,5
Boyacá	15,5	17,1
Caldas	27,7	31,1
Caquetá	6,4	5,9
Casanare	11,1	8,9
Cauca	13,8	13,5
Cesar	10,7	9,7
Chocó	5,1	4,0
Córdoba	13,3	12,5
Cundinamarca	14,9	14,9
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	4,0	3,2
Huila	22,0	21,1
La Guajira	2,6	2,2
Magdalena	6,9	6,7
Meta	13,7	12,6
Nariño	13,4	13,1
Norte de Santander	13,5	13,2
Putumayo	8,1	6,8
Quindío	28,3	31,7
Risaralda	32,3	35,1
San Andrés	3,7	3,7
Santander	18,2	19,0
Sucre	10,5	10,4
Tolima	12,6	13,9
Valle Del Cauca	26,7	27,7
Vaupés	4,8	4,2
Vichada	1,9	2,6
Total	22,9	22,9

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 11.10. Prevalencia de LNH por asegurador*

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
CCFO07	9,1	9,1
CCFO09	27,3	31,0
CCFO15	3,0	3,0
CCFO23	4,5	3,4
CCFO24	20,5	20,6
CCFO27	15,1	14,5
CCFO33	7,5	8,6
CCFO49	10,5	10,4
CCFO53	19,7	19,5
CCFO55	2,5	2,2
CCF102	0,0	0,0
EASO16	48,7	92,7
EASO27	14,2	61,0
EPSO01	47,0	55,0
EPSO02	22,7	17,4
EPSO03	20,6	18,2
EPSO05	49,9	52,4
EPSO08	54,1	47,9
EPSO10	46,5	37,3
EPSO12	44,5	41,2
EPSO16	40,2	37,1
EPSO17	41,8	33,3
EPSO18	50,3	41,9
EPSO20	7,1	5,7
EPSO22	1,9	1,9
EPSO23	26,2	23,7
EPSO25	7,5	8,0
EPSO33	43,1	34,7
EPSO37	26,6	40,2
EPSIO1	5,1	4,5
EPSIO2	6,1	5,7
EPSIO3	12,9	11,7
EPSIO4	1,8	1,3
EPSIO5	7,0	6,5
EPSIO6	1,8	2,1
EPSS03	12,7	13,8
EPSS33	6,9	6,9
EPSS34	26,8	30,3
EPSS40	18,2	19,8
EPSS41	6,6	6,2
ESSO02	5,6	5,4
ESSO24	4,2	4,1
ESSO62	14,4	14,4
ESSO76	4,5	4,1
ESSO91	18,3	20,7
ESS118	7,5	7,3
ESS133	7,1	7,0
ESS207	14,1	13,5
Total	22,5	22,5

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 11.11. PCNR de LNH por departamento*

Departamento	PCNR ajustada	PCNR cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	3,9	3,9
Arauca	0,7	0,7
Atlántico	1,8	1,8
Bogotá, D. C.	6,3	6,3
Bolívar	1,0	1,0
Boyacá	1,4	1,5
Caldas	1,5	1,7
Caquetá	0,7	0,7
Casanare	1,4	0,9
Cauca	3,1	3,1
Cesar	1,4	1,3
Chocó	0,0	0,0
Córdoba	1,7	1,6
Cundinamarca	2,0	2,0
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	3,1	2,9
La Guajira	0,7	0,5
Magdalena	0,9	0,9
Meta	1,6	1,4
Nariño	1,7	1,7
Norte de Santander	1,5	1,5
Putumayo	0,6	0,5
Quindío	2,7	3,0
Risaralda	2,6	2,8
San Andrés	0,0	0,0
Santander	1,7	1,7
Sucre	0,9	0,9
Tolima	1,7	1,9
Valle Del Cauca	2,8	2,9
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	2,9	2,9

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 11.12. PCNR de LNH por asegurador*

Asegurador	PCNR ajustada	PCNR cruda
CCFO07	0,0	0,0
CCFO09	3,2	4,0
CCFO15	0,5	0,5
CCFO23	0,0	0,0
CCFO24	2,8	2,9
CCFO27	4,9	4,6
CCFO33	0,0	0,0
CCFO49	1,5	1,3
CCFO53	7,4	7,3
CCFO55	0,7	0,7
CCF102	0,0	0,0
EASO16	27,4	41,2
EASO27	3,7	17,1
EPSO01	1,6	1,2
EPSO02	3,1	2,6
EPSO03	0,3	0,3
EPSO05	7,9	8,2
EPSO08	15,3	13,9
EPSO10	5,8	4,7
EPSO12	0,9	1,0
EPSO16	2,6	2,5
EPSO17	5,6	4,7
EPSO18	9,3	7,8
EPSO20	0,0	0,0
EPSO22	0,6	0,7
EPSO23	0,0	0,0
EPSO25	1,7	1,8
EPSO33	17,5	12,7
EPSO37	2,1	3,5
EPSIO1	1,2	0,9
EPSIO2	1,7	1,4
EPSIO3	2,1	1,8
EPSIO4	1,8	1,3
EPSIO5	0,5	0,5
EPSIO6	0,0	0,0
EPSS03	0,4	0,4
EPSS33	2,1	2,2
EPSS34	5,4	6,2
EPSS40	3,0	3,3
EPSS41	0,2	0,4
ESSO02	2,9	2,7
ESSO24	0,4	0,4
ESSO62	3,3	3,3
ESSO76	1,0	0,9
ESSO91	2,3	2,6
ESS118	1,3	1,3
ESS133	0,9	0,9
ESS207	1,6	1,6
Total	2,8	2,8

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 11.13. Mortalidad por LNH por departamento*

Departamento	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	2,4	2,4
Arauca	0,0	0,0
Atlántico	1,3	1,2
Bogotá, D. C.	3,2	3,1
Bolívar	0,7	0,7
Boyacá	1,4	1,7
Caldas	2,8	3,3
Caquetá	0,8	0,7
Casanare	1,5	1,3
Cauca	1,9	1,9
Cesar	0,9	0,8
Chocó	0,4	0,4
Córdoba	1,2	1,1
Cundinamarca	0,9	0,9
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	1,3	1,2
La Guajira	0,2	0,2
Magdalena	0,5	0,5
Meta	1,7	1,6
Nariño	0,9	0,9
Norte de Santander	1,3	1,2
Putumayo	0,6	0,5
Quindío	3,4	4,0
Risaralda	2,5	2,8
San Andrés	0,0	0,0
Santander	1,2	1,3
Sucre	0,2	0,2
Tolima	1,4	1,6
Valle Del Cauca	3,0	3,2
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	1,9	1,9

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 11.14. Mortalidad por LNH por asegurador*

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
CCFO07	1,4	1,4
CCFO09	0,9	1,3
CCFO15	0,2	0,2
CCFO23	0,0	0,0
CCFO24	0,8	0,9
CCFO27	0,7	0,8
CCFO33	0,0	0,0
CCFO49	0,0	0,0
CCFO53	0,8	1,2
CCFO55	0,3	0,2
CCF102	0,0	0,0
EASO16	0,0	0,0
EASO27	1,5	7,3
EPSO01	3,1	3,7
EPSO02	1,7	1,2
EPSO03	1,4	1,2
EPSO05	3,0	3,2
EPSO08	4,6	3,8
EPSO10	2,0	1,5
EPSO12	4,7	4,0
EPSO16	2,9	2,5
EPSO17	2,8	1,8
EPSO18	6,0	3,8
EPSO20	1,1	1,4
EPSO22	0,4	0,5
EPSO23	2,1	1,4
EPSO25	2,8	2,7
EPSO33	3,4	2,3
EPSO37	2,7	4,8
EPSIO1	0,0	0,0
EPSIO2	0,0	0,0
EPSIO3	0,8	0,7
EPSIO4	0,0	0,0
EPSIO5	0,0	0,0
EPSIO6	0,0	0,0
EPSS03	1,5	1,6
EPSS33	2,0	2,0
EPSS34	3,4	4,1
EPSS40	1,8	1,9
EPSS41	0,8	1,2
ESSO02	1,0	0,9
ESSO24	0,5	0,5
ESSO62	2,8	2,8
ESSO76	0,4	0,3
ESSO91	1,0	1,3
ESS118	1,0	1,0
ESS133	0,4	0,5
ESS207	0,8	0,8
Total	1,9	1,9

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 11.15. Estadificación clínica de LNH en CNR

Estadificación	n=
Estado (etapa) I	90
Estado (etapa) II	109
Estado (etapa) III	63
Estado (etapa) IV	95
No hay información	590
Total	947

Tabla 11.16. Estadificación clínica de LNH según régimen de afiliación

Estados	Contributivo (n=647)	Especial (n=11)	No asegurado (n=2)	Excepción (n=15)	Subsidiado (n=272)
Estado (etapa) I	76	0	0	3	11
Estado (etapa) II	76	0	0	1	32
Estado (etapa) III	39	0	1	1	22
Estado (etapa) IV	69	1	0	4	21
Sin información	387	10	1	6	186

Bibliografía

1. Armitage JO, Gascoyne RD, Lunning MA, Cavalli F. Non-Hodgkin lymphoma. Lancet [Internet]. 2017;390(10091):298-310. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32407-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32407-2)
2. Guerra-Soto A de J. Linfoma no Hodgkin. Conceptos Generales. Medigraphic [Internet]. 2013;8(1):23-34. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
3. American Cancer Society. Non-Hodgkin Lymphoma Risk Factors [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/non-hodgkin-lymphoma/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
4. Evans LS, Hancock BW. Non-Hodgkin lymphoma. Lancet (London, England) [Internet]. 2003;362(9378):139-46. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673603138688>
5. American Cancer Society. Survival Rates and Factors That Affect Prognosis (Outlook) for Non-Hodgkin Lymphoma [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/non-hodgkin-lymphoma/detection-diagnosis-staging/factors-prognosis.html>
6. Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF, Cavalli F, Schwartz LH, Zucca E, et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of hodgkin and non-hodgkin lymphoma: The lugano classification. J Clin Oncol. 2014;32(27):3059-67.
7. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Non-Hodgkin 's Lymphomas. 2014;4:1-452.
8. 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>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 11.1. Distribución de LNH según grupo poblacional	212
Tabla 11.2. Frecuencia de registro de medicamentos POS.	216
Tabla 11.3. Frecuencia de registro de medicamentos no POS.	216
Tabla 11.4. Frecuencia de registro de esquemas de medicamentos	216
Tabla 11.5. Oportunidad en prevalentes.	217
Tabla 11.6. Oportunidad en CNR	217
Tabla 11.7. Edad promedio de la población adulta con LNH	218
Tabla 11.8. Distribución de LNH según grupo etario y sexo.	218
Tabla 11.9. Prevalencia de LNH por departamento	219
Tabla 11.10. Prevalencia de LNH por asegurador	219
Tabla 11.11. PCNR de LNH por departamento	220
Tabla 11.12. PCNR de LNH por asegurador.	220
Tabla 11.13. Mortalidad por LNH por departamento	221
Tabla 11.14. Mortalidad por LNH por asegurador.	221
Tabla 11.15. Estadificación clínica de LNH en CNR.	222
Tabla 11.16. Estadificación clínica de LNH según régimen de afiliación.	222

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 11.1. Histograma de edad en adultos con LNH.	211
Figura 11.2. Distribución de LNH según grupo etario y sexo.	212
Figura 11.3. Distribución de LNH según sexo	212
Figura 11.4. Prevalencia de LNH por departamento	213
Figura 11.5. Morbimortalidad por LNH.	213
Figura 11.6. PCNR de LNH por departamento	213
Figura 11.7. PCNR de LNH respecto a PCNR de cáncer global en adultos	213
Figura 11.8. Mortalidad por LNH por departamento.	214
Figura 11.9. Estadificación clínica de LNH en adultos	214
Figura 11.10. Estadificación en LNH según régimen de afiliación.	215
Figura 11.11. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo	215
Figura 11.12. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes	217
Figura 11.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR.	217
Figura 11.14. Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico	218
Figura 11.15. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento	218

LINFOMA HODGKIN

CIE-10: C81.9; CIE-O-3: C42, C77

LINFOMA HODGKIN CIE-10: C81.9; CIE-O-3: C42, C77

El linfoma Hodgkin (LH) es una neoplasia hematolinfoide derivada de los linfocitos B, con potencial de curación a través de las estrategias actuales de tratamiento. La supervivencia a esta enfermedad ha aumentado considerablemente desde la década de los 60, gracias al empleo de quimioterapia combinada con altas dosis de radioterapia; sin embargo, a lo largo del tiempo se han realizado variaciones al tratamiento, especialmente en las dosis de radioterapia, con el objetivo de minimizar los riesgos. El objetivo del tratamiento es hoy en día la cura, independientemente del estadio y en ciertos estudios la tasa de supervivencia a 5 años, en estadios tempranos, ha sido consistentemente del 90 % o incluso superior (1,2).

Según Globocan en 2012 la incidencia ajustada por edad de este tipo de cáncer fue de 0,9 casos por 100 000 habitantes y la mortalidad ajustada fue de 0,35 por 100 000 habitantes en el mundo (3). El LH es más frecuente en hombres que en mujeres; abarca aproximadamente el 10 % de todos los linfomas y presenta dos picos de frecuencia: en adultos jóvenes —grupo poblacional en el que puntea como una de las neoplasias más comunes—, y en personas mayores de 65 años (4).

Características generales de la población adulta con LH

Según el reporte, el LH ocupa el vigésimo segundo lugar en frecuencia en la población de pacientes con cáncer en Colombia. En personas de 18 años o más, ocupó el noveno lugar entre los once tipos de cáncer reportados a la CAC y el segundo lugar entre los tumores hematológicos malignos más frecuentes en adultos, después del LNH.

En el reporte se identificaron 1770 casos de esta patología, de los cuales 188 son CNR. La prevalencia en el país¹ fue de 5,4 afectados por 100 000 habitantes de 18 años o más, y por aseguramiento, también de 5,4 por cada 100 000 afiliados de la BDUA de 18 años o más. La PCNR del país fue de 0,6 por 100 000 habitantes de 18 años o más y la PCNR por aseguramiento fue de 0,6 afectados por 100 000 afiliados de la BDUA

de 18 años o más. El total de pacientes adultos con LH fallecidos durante el periodo fue de 71, para una mortalidad de 0,2 por 100 000 habitantes de 18 años o más en el país.

Edad de los pacientes con LH

En el histograma se observa una concentración de casos en los pacientes menores de 40 años y casos en edades avanzadas que generan una cola a la derecha, resultando una distribución con asimetría positiva (ver figura 12.1), con una media de 43,9 años y una mediana de 41 (ver tabla 12.7).

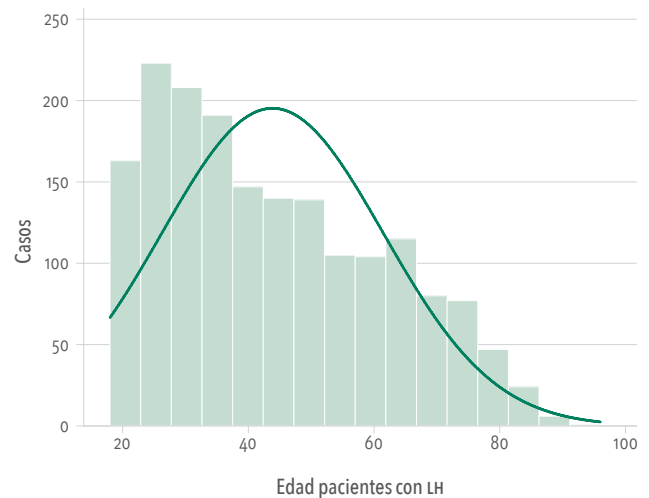


Figura 12.1. Histograma de edad en adultos con LH

Grupos etarios en LH y distribución por sexo

La distribución de casos según grupo de edad y sexo evidencia una mayor proporción de pacientes del sexo masculino, con diferencias mínimas en algunos grupos etarios. En ambos sexos la mayoría de casos se concentra en las edades más bajas, especialmente entre los 20 y los 35 años, y posteriormente se presenta una disminución progresiva de los casos (ver figura 12.2 y tabla 12.8).

¹ Datos país observados en el sgss colombiano.



Figura 12.2. Distribución de LH según grupo etario y sexo

En la población adulta con LH se encontró una razón hombre: mujer de 1,1: 1, que resulta del cálculo de 943 hombres frente a 827 mujeres (ver figura 12.3).

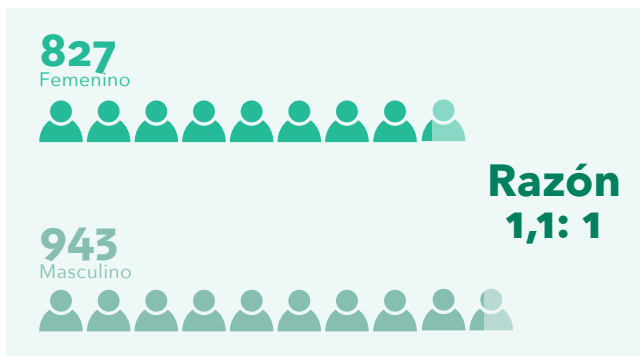


Figura 12.3. Distribución de LH según sexo

Grupos poblacionales en LH

Dentro de los grupos poblacionales en LH en adultos, se encontró una distribución de comportamiento similar a la global con el grupo no definido en primer lugar, seguido por otros grupos poblacionales y adultos mayores. Se espera que esta información mejore en los siguientes reportes (ver tabla 12.1).

Tabla 12.1. Distribución de LH según grupo poblacional

Grupo poblacional	n	%
No definido	1202	67,9
Otro grupo poblacional	419	23,7
Adulto mayor	100	5,6
Trabajador urbano	16	0,9
Población desplazada	15	0,8
Cabeza de familia	9	0,5
Población en centros carcelarios	3	0,2
Persona en situación de discapacidad	2	0,1
Joven vulnerable rural	1	0,1
Joven vulnerable urbano	1	0,06
Mujer embarazada	1	0,06
Trabajador rural	1	0,06
Total	1770	

Morbimortalidad por LH

Prevalencia de LH en el país

La prevalencia de LH en el país fue de 5,4 casos por cada 100 000 habitantes de 18 años o más (ver tabla 11.9)². Los departamentos con mayor prevalencia fueron Risaralda, Caldas, Quindío, Antioquia, Bogotá D. C., Huila, Valle del Cauca, Boyacá y Guainía, con proporciones de 10,3 a 5,0 casos por cada 100 000 habitantes de 18 años o más. Los departamentos con menor prevalencia fueron Vaupés, San Andrés y Providencia, Putumayo, Guaviare, Chocó, Arauca, Sucre y La Guajira, con proporciones de 0 a 1,3 casos por cada 100 000 habitantes de 18 años o más (ver figura 12.4).

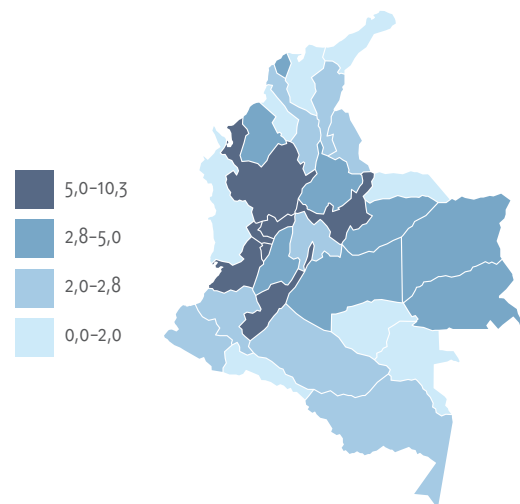


Figura 12.4. Prevalencia de LH por departamento

² Datos país observados en el sgss colombiano.

Prevalencia de LH en la BDUA

La mayor cantidad de casos pertenece al régimen contributivo. La prevalencia en la BDUA fue de 5,4 afectados por cada 100 000 afiliados de 18 años o más (ver tabla 12.2). Los aseguradores con mayores prevalencias fueron EASO16 y CCFOO9 (ver tabla 12.10).

Tabla 12.2. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación

Casos LH	Casos contributivo	Casos subsidiado	Prevalencia contributivo	Prevalencia subsidiado	Prevalencia total c y s
1731	1227	504	7,1	3,4	5,4

Comparación de morbilidad entre 2015 y 2016

En los dos periodos de análisis, la morbilidad del LH en adultos presenta un leve aumento de la prevalencia, mientras que la PCNR y la mortalidad permanecen estables; lo cual puede deberse a características propias del registro, mejorando en este caso por parte de las diferentes entidades (ver figura 12.5).

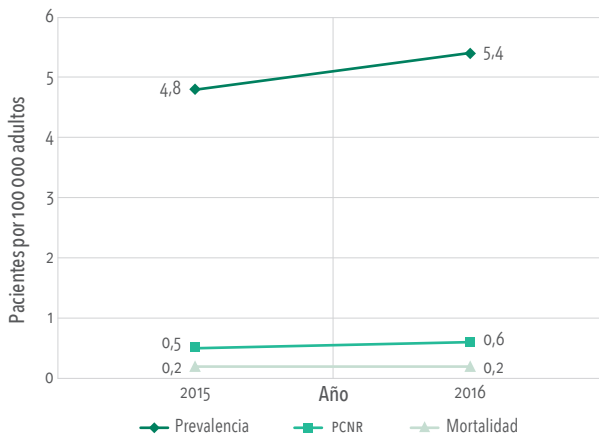


Figura 12.5. Morbilidad por LH

PCNR de LH en el país

La PCNR de LH en el país fue de 0,6 casos nuevos por 100 000 habitantes de 18 años o más (ver tabla 12.11)³. Los departamentos con mayores PCNR fueron Bogotá D. C., Risaralda, Antioquia, Caquetá, Tolima, Quindío, Valle del Cauca, La Guajira y Caldas, con proporciones de 1,1 a 0,5 por 100 000 habitantes de 18 años o más.

³ Datos país observados en el sgss colombiano.

Los departamentos con menor PCNR fueron Vichada, Vaupés, Sucre, San Andrés y Providencia, Putumayo, Nariño, Guaviare, Guainía, Chocó, Casanare, Arauca y Amazonas, quienes no reportaron casos nuevos (ver figura 12.6).

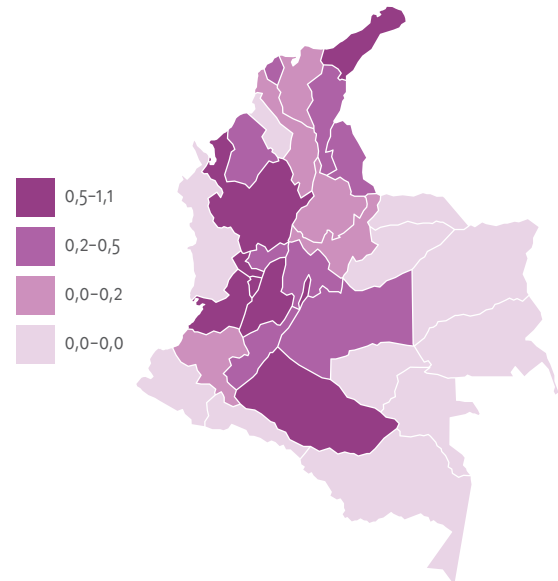


Figura 12.6. PCNR de LH por departamento

Los casos nuevos de LH representaron menos del 1 % del total de CNR de cáncer en adultos durante el periodo (ver figura 12.7).

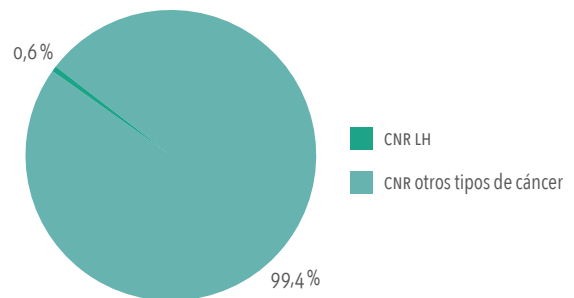


Figura 12.7. PCNR de LH respecto a PCNR de cáncer global en adultos

PCNR de LH en la BDUA

La PCNR por régimen de afiliación fue de 0,6 por 100 000 afiliados de 18 años o más. Las aseguradoras con mayor PCNR fueron EPSO08 y EPSO10 (ver tabla 12.12).

Mortalidad por LH en el país

La mortalidad por LH fue de 0,2 por 100 000 habitantes de 18 años o más (ver tabla 12.13)⁴. Los departamentos con mayor mortalidad fueron Quindío, Caldas, Casanare, Huila, Boyacá, Antioquia, Bogotá D.C, Magdalena, Valle del Cauca y Risaralda, con tasas de 0,7 a 0,3 por 100 000 habitantes de 18 años o más (ver figura 12.8).

Los departamentos periféricos Vichada, Vaupés, Sucre, Santander, San Andrés y Providencia, Putumayo, Norte de Santander, La Guajira, Guaviare, Guainía, Chocó, Cesar, Cauca, Caquetá, Arauca y Amazonas no reportaron fallecidos a causa de esta enfermedad (ver figura 12.8).

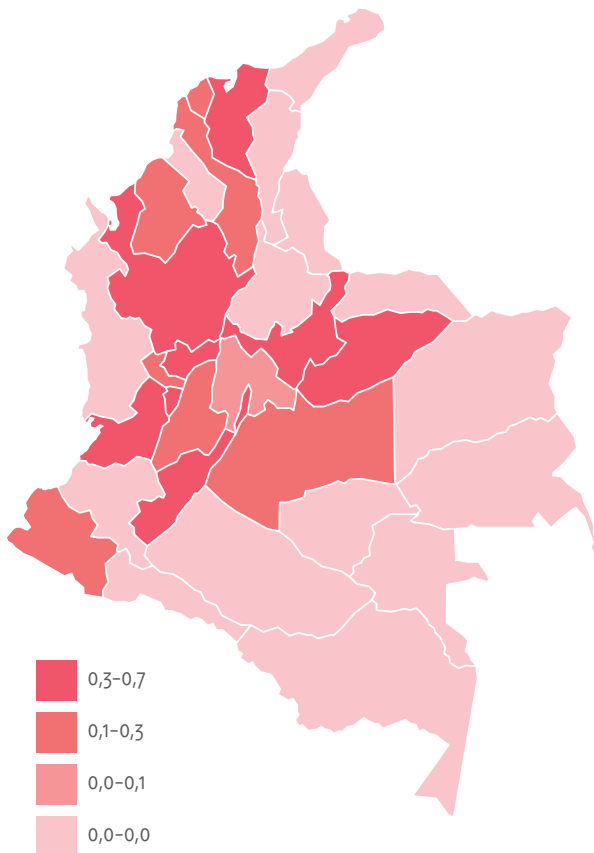


Figura 12.8. Mortalidad por LH por departamento

Mortalidad por LH en la BDUA

La mortalidad por régimen de afiliación fue 0,2 por 100 000 afiliados de 18 años o más. El LH registró las mayores tasas de mortalidad en las aseguradoras CCFO24 y EPSO25 (ver tabla 12.14).

Estadificación en LH

Para la estadificación de LH se estableció el uso de la clasificación anatómica de Ann Arbor, con la modificación de Costwolds, así:

ESTADO I: Compromiso de una zona ganglionar o un sitio extraganglionar.

ESTADO II: Compromiso de 2 o más zonas ganglionares en el mismo lado del diafragma o compromiso extranodal localizado en el mismo lado del diafragma.

ESTADO III: Compromiso ganglionar de 2 o más zonas ganglionares o compromiso de órganos extraganglionares en ambos lados del diafragma.

ESTADO IV: Enfermedad no localizada, difusa o diseminada que compromete uno o más órganos extralinfáticos con o sin compromiso ganglionar. El estado IV incluye cualquier compromiso de hígado, médula ósea, pulmones (diferentes a extensión directa de otro sitio) o de LCR.

* Zonas del sistema linfático: Ganglios, bazo, timo, anillo de Waldeyer, apéndice y placas de Peyer. Sufijo A sin síntomas B, Sufijo B con síntomas B (síntomas B: fiebre de Pel-Ebstein, diaforesis y/o pérdida de peso no voluntaria del más del 10 % en los 6 meses anteriores al diagnóstico). Sufijo E para compromiso extranodal. Sufijo S para compromiso de bazo. Sufijo X para masa voluminosa.

El sistema de Ann Arbor fue posteriormente modificado y se estableció la clasificación de Lugano, que recomienda eliminar el sufijo X para referirse a la presencia de una enfermedad bultosa y, preferiblemente, registrar el diámetro de la mayor lesión tumoral. Adicionalmente indica la realización de PET/CT para la estadificación en histologías ávidas por fluorodeoxiglucosa (FDG); los sufijos A y B se continúan usando en LH, mientras que en LNH se han eliminado (5).

Usando esta estadificación, la European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) ha establecido tres categorías para clasificar a los pacientes y darles un tratamiento diferenciado: limitado (estadios I y II sin factores de riesgo), intermedio (estadios I y II con factores de riesgo) y avanzado (estadios III y IV) (6).

En el registro se encontró que la mayoría de los casos no están estadificados (54 %). La mayoría de los CNR que sí cuentan con esta información, se encuentran en estadio I y II, es decir el 67 % de los casos, excluyendo los no clasificados (ver figura 12.9).

⁴ Datos país observados en el sgsss colombiano.

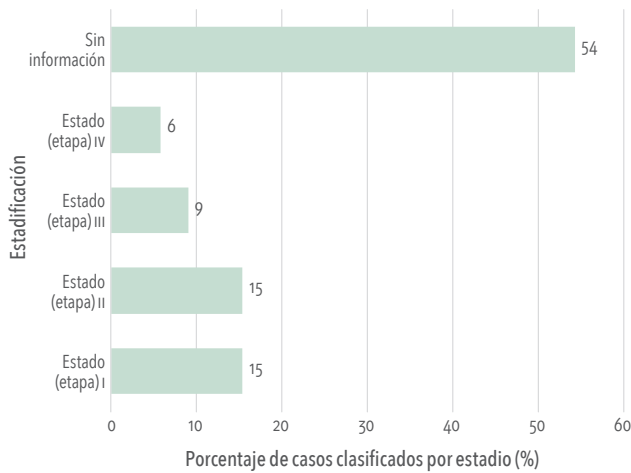


Figura 12.9. Estadificación clínica de LH en adultos

Estadificación en LH según régimen de afiliación

Los regímenes especial y no asegurado, no cuentan con registro de información sobre la estadificación. En los demás regímenes, el mayor porcentaje de casos se encuentra en la categoría no establecido (ver figura 12.10 y tabla 12.15)⁵.

De aquellos casos que sí cuentan con registro de estadificación, en el régimen contributivo la mayor proporción se encuentra en los estados I y II; y, en el régimen subsidiado, en los estados II y III.

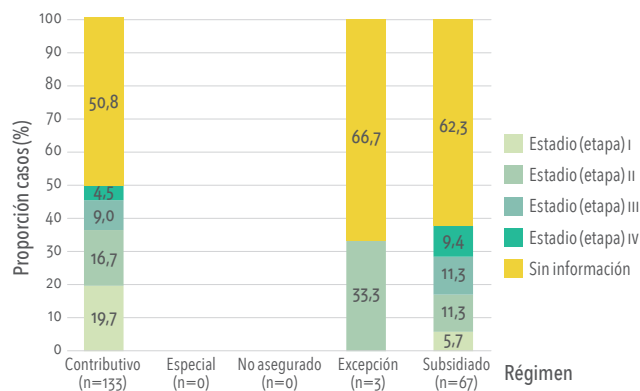


Figura 12.10. Estadificación de LH según régimen de afiliación

⁵ Datos analizados solo en cnr por contarse con mejor registro de información.

Terapia general en LH

En el tratamiento general observado en los 188 cnr⁶ con LH, se encontró que en el periodo de análisis 119 recibieron quimioterapia, 12 recibieron radioterapia y ninguno recibió trasplante de células madre hematopoyéticas (ver figura 12.11).

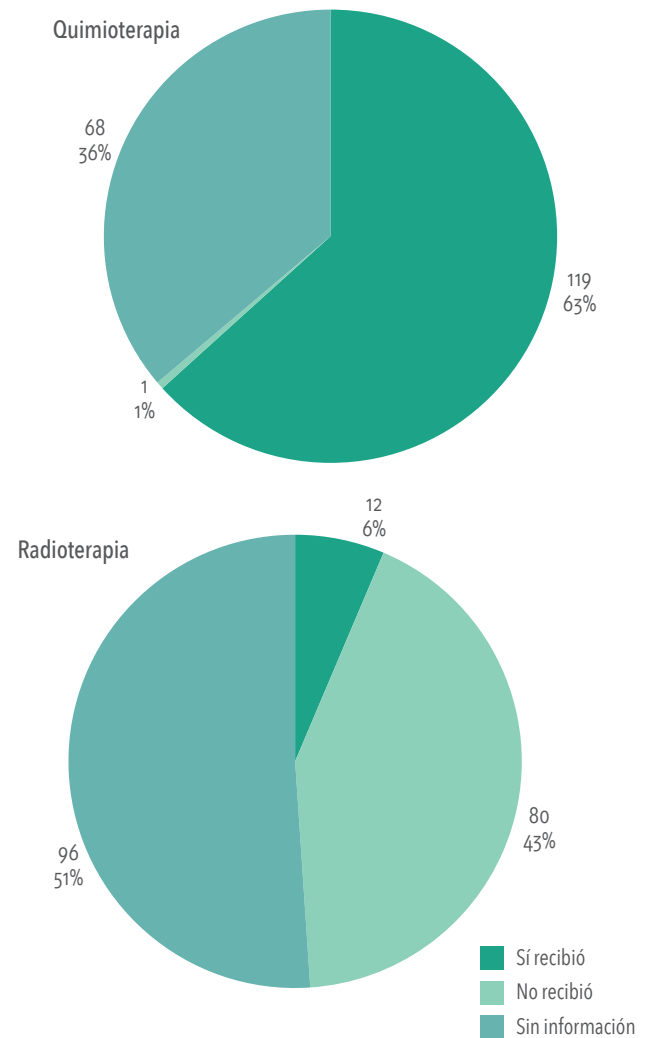


Figura 12.11. Proporción de casos dsegún tipo de tratamiento recibido en el periodo

Los porcentajes de registros para los que no hay información no corresponden con lo anticipado, ya que para este tipo de cáncer se esperan índices más altos de la realización de los diferentes tipos de terapia; se

⁶ Datos analizados solo en cnr por contarse con mejor registro de información.

estima que lo anterior se debe a la falta de reportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC. Otra razón podría ser una falla en la gestión de soportes completos que permitan identificar dicha información.

Medicamentos en LH

El tratamiento de LH para la población de 18 años o más depende principalmente del estadio en el que se encuentre la enfermedad, sin embargo, puede variar según factores como la edad, el estado general y funcional del paciente, y el tipo y la localización del linfoma.

El esquema de medicamentos más usado es el ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina). La cantidad de ciclos varía según el estadio y generalmente van seguidos de radioterapia dirigida al campo comprometido (6). Otros esquemas utilizados son:

- BEACOPP: bleomicina, etopósido, doxorubicina, ciclofosfamida, vincristina, procarbazona y prednisona.
- Stanford v: doxorubicina, mecloretamina, vincristina, vinblastina, bleomicina, etopósido y prednisona.
- ABV: doxorubicina, bleomicina y vinblastina.
- COPP: ciclofosfamida, vincristina, procarbazona y prednisona.
- COPP-ABV: ciclofosfamida, vincristina, procarbazona, prednisona, doxorubicina, bleomicina y vinblastina.
- ICE: ifosfamida, carboplatino y etopósido.
- MOPP: mecloretamina, vincristina, prednisona y procarbazona.
- MINE: mitoxantrona, ifosfamida, mesna y etopósido.
- Brentuximab

A partir del reporte se determinaron los medicamentos que componen estos esquemas y cuáles son los más comunes en los registros de CNR. El medicamento más frecuente fue la doxorubicina, seguido de la bleomicina, la vinblastina y la dacarbazina, medicamentos que al combinarse forman el esquema AVBD (ver tabla 12.3).

A continuación se presenta la frecuencia de registro de los medicamentos empleados en el tratamiento de LH, durante el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2015 y el 1.º de enero de 2016.

De los 188 casos nuevos, 117 (62 %) contaban con información sobre medicamentos, siendo la doxorubicina el medicamento con más frecuente en el registro, seguido de la vinblastina y la bleomicina.

Tabla 12.3. Frecuencia de registro de medicamentos POS

Medicamento POS	CNR (n=188)	Exclusivo*	Combinado**
Doxorrubicina	94	0	94
Vinblastina	85	0	85
Bleomicina	84	1	83
Dacarbazina	82	0	82
Vincristina	11	0	11
Ciclofosfamida	6	1	5
Etopósido	5	0	5
Carboplatino	1	0	1
Metotrexato	1	0	1
Rituximab	1	0	1
Procarbazona	0	0	0

* Exclusivo o acompañado de medicamentos de soporte.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Ninguno de los medicamentos no POS indicados dentro de los esquemas para el tratamiento del LH en adultos –ifosfamida, mecloretamina, mitoxantrona, brentuximab o pembrolizumab– fue registrado en el reporte.

Al agrupar los diferentes medicamentos para formar los esquemas, se encontró que 75 pacientes recibieron el esquema ABVD. No se encontraron registros del resto de esquemas, lo cual puede deberse a la estructura del reporte (ver tabla 12.4).

Tabla 12.4. Frecuencia de registro de esquemas de medicamentos

Esquema	CNR (n=188)	Exclusivo*	Combinado
ABVD doxorubicina, dacarbazina, bleomicina, vinblastina	75	75	0
DHAP dexametasona, citarabina y cisplatino	1	0	1
BEACOPP etopósido, doxorubicina, procarbazona, prednisona, ciclofosfamida, bleomicina, vincristina	0	0	0
Stanford v etopósido, mecloretamina, doxorubicina, prednisona, bleomicina, vincristina, vinblastina	0	0	0

* Puede incluir medicamentos de soporte, no otros esquemas

Oportunidad en LH

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

En LH el 21,5 % de la población prevalente cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 27 días de mediana y 65 días de media. Esta diferencia entre la mediana y la media se debe a la presencia de datos extremos y a su dispersión, por lo cual la mediana representa la mejor medida en este caso (ver tabla 12.5 y figura 12.12).

Tabla 12.5. Oportunidad en prevalentes

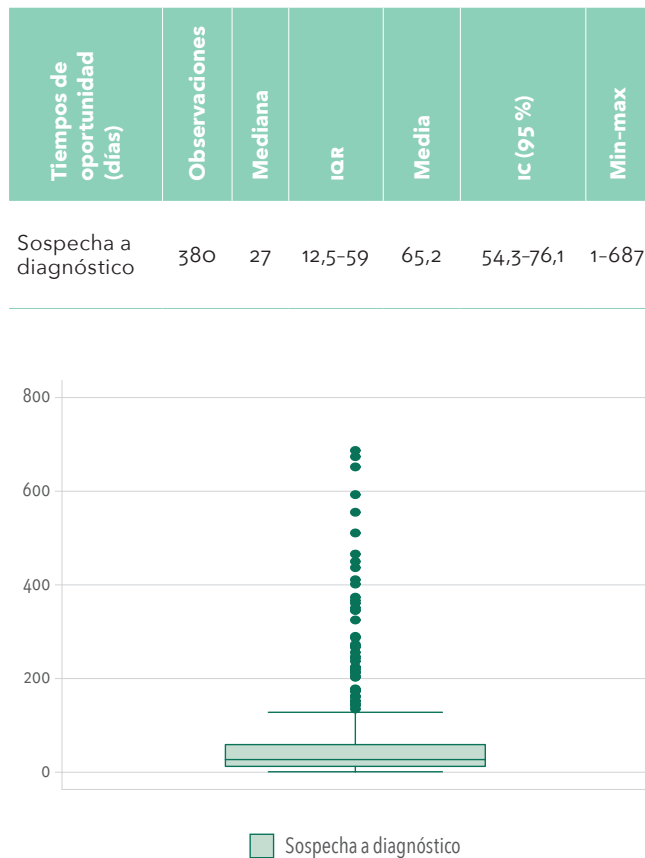


Figura 12.12. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes

En los CNR se pudo establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico del 55,3 % y el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento, del 58,4 %. Se encontró que entre la sospecha clínica y el diagnóstico

oncológico transcurren 28 días de mediana y 53 días de media, y entre el diagnóstico y el primer tratamiento, 28 días de mediana y 45 días de media (ver tabla 12.6 y figura 12.12).

Tabla 12.6. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico	104	28	15-45	52,7	34,7-70,7	1-593
Diagnóstico a primer tratamiento	91	28	10-54	45,0	33,7-56,4	0-309

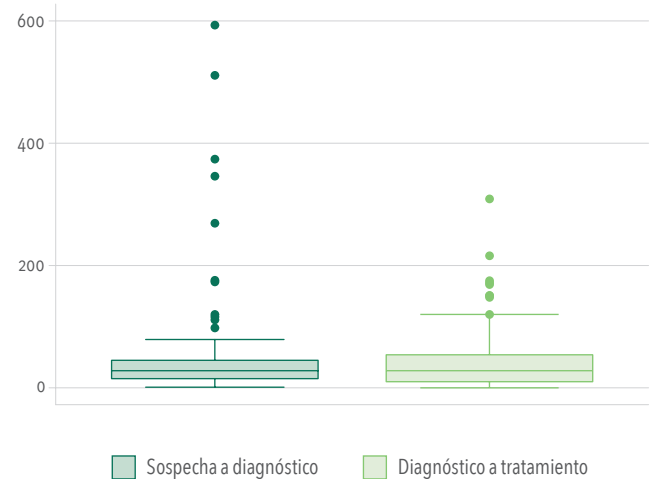


Figura 12.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR

Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico

El rango temporal de sospecha clínica a diagnóstico fue definido como el tiempo que transcurre entre la nota de remisión, interconsulta de médico o institución general y el momento en que se realiza el diagnóstico oncológico.

El rango más frecuente es el de 30 a 59 días, en el régimen contributivo; y el de 15 a 29 días, en el subsidiado (ver figura 12.14). El régimen especial y los no asegurados no cuentan con observaciones, y el régimen de excepción solo cuenta con dos, por lo cual no se hace comparable.

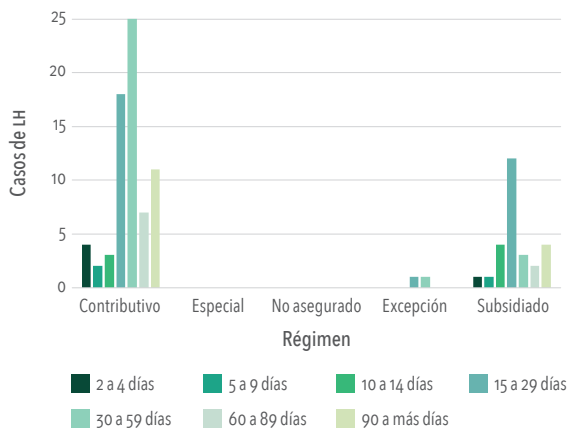


Figura 12.14. Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico

Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento

En los regímenes contributivo y subsidiado el rango de oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el primer tratamiento más frecuente fue el de 30 a 59 días, (ver figura 12.15). El régimen especial y los no asegurados no cuentan con observaciones, y el régimen de excepción solo cuenta con dos, por lo cual no se hace comparable.

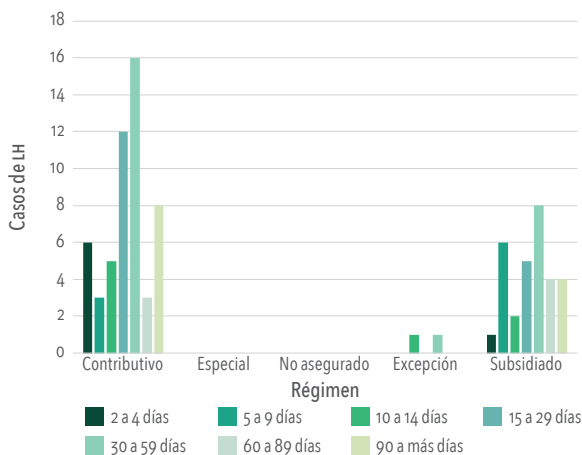


Figura 12.15. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento

Tablas complementarias

Tabla 12.7. Edad promedio de la población adulta con LH

Frecuencia (n)	Media	Desviación estándar	IC (95 %)
1770	43,9	17,6	[43,0-44,7]

Tabla 12.8. Distribución de LH según grupo etario y sexo

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
18 a 19 años	22	46	68
20 a 24 años	89	94	183
25 a 29 años	107	99	206
30 a 34 años	105	112	217
35 a 39 años	78	91	169
40 a 44 años	64	78	142
45 a 49 años	69	86	155
50 a 54 años	43	67	110
55 a 59 años	58	65	123
60 a 64 años	46	65	111
64 a 69 años	53	54	107
70 a 74 años	35	40	75
75 a 79 años	34	24	58
80 a más años	24	22	46
Total	827	943	1770

Tabla 12.9. Prevalencia de LH por departamento*

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Amazonas	2,5	2,4
Antioquia	9,2	9,2
Arauca	0,6	0,7
Atlántico	3,2	3,2
Bogotá, D. C.	8,0	8,0
Bolívar	2,3	2,3
Boyacá	5,2	5,2
Caldas	9,4	9,3
Caquetá	2,8	2,8
Casanare	3,4	3,1
Cauca	2,2	2,2
Cesar	2,8	2,8
Chocó	0,0	0,0
Córdoba	4,4	4,3
Cundinamarca	2,8	2,8
Guainía	5,0	4,3
Guaviare	0,0	0,0
Huila	6,1	6,0
La Guajira	1,3	1,3
Magdalena	2,0	2,0
Meta	3,6	3,6
Nariño	2,0	2,1
Norte de Santander	2,4	2,4
Putumayo	0,0	0,0
Quindío	9,3	9,2
Risaralda	10,3	10,5
San Andrés	0,0	0,0
Santander	4,0	3,9
Sucre	1,0	0,9
Tolima	4,2	4,2
Valle del Cauca	6,1	6,1
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	3,2	2,6
Total	5,4	5,4

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 12.10. Prevalencia de LH por asegurador*

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
CCFo07	3,2	3,5
CCFo09	18,4	17,5
CCFo15	1,4	1,5
CCFo23	0,0	0,0
CCFo24	7,7	7,7
CCFo27	3,0	3,1
CCFo33	4,9	4,3
CCFo49	1,4	1,3
CCFo53	8,4	8,5
CCFo55	0,5	0,4
CCF102	0,0	0,0
EASo16	64,5	20,6
EASo27	1,5	7,3
EPSo01	7,5	7,4
EPSo02	6,1	6,3
EPSo03	2,7	2,7
EPSo05	8,6	8,5
EPSo08	8,8	8,9
EPSo10	9,3	8,9
EPSo12	13,9	13,4
EPSo16	10,4	10,4
EPSo17	7,6	7,1
EPSo18	11,5	11,1
EPSo20	4,5	4,2
EPSo22	0,9	0,7
EPSo23	2,7	2,5
EPSo25	4,4	4,4
EPSo33	4,1	3,5
EPSo37	7,7	8,3
EPSIo1	0,7	0,9
EPSIo2	4,0	3,5
EPSIo3	0,8	0,7
EPSIo4	2,9	2,6
EPSIo5	2,4	2,5
EPSIo6	0,0	0,0
EPSSo3	3,8	3,7
EPSS33	2,2	2,2
EPSS34	9,2	9,1
EPSS40	9,3	9,3
EPSS41	2,3	2,1
ESSo02	1,7	1,8
ESSo24	1,3	1,4
ESSo62	4,0	4,0
ESSo76	0,8	0,8
ESSo91	4,7	4,4
ESS118	1,3	1,3
ESS133	2,7	2,6
ESS207	2,4	2,3
Total	5,4	5,4

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 12.11. PCNR de LH por departamento*

Departamento	PCNR ajustada	PCNR cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	1,0	1,0
Arauca	0,0	0,0
Atlántico	0,3	0,4
Bogotá, D. C.	1,1	1,1
Bolívar	0,1	0,1
Boyacá	0,1	0,1
Caldas	0,5	0,6
Caquetá	0,7	0,7
Casanare	0,0	0,0
Cauca	0,1	0,1
Cesar	0,3	0,3
Chocó	0,0	0,0
Córdoba	0,3	0,3
Cundinamarca	0,4	0,4
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	0,3	0,3
La Guajira	0,5	0,5
Magdalena	0,2	0,3
Meta	0,5	0,5
Nariño	0,0	0,0
Norte de Santander	0,3	0,3
Putumayo	0,0	0,0
Quindío	0,6	0,5
Risaralda	1,1	1,2
San Andrés	0,0	0,0
Santander	0,2	0,2
Sucre	0,0	0,0
Tolima	0,6	0,6
Valle del Cauca	0,6	0,5
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	0,6	0,6

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 12.12. PCNR de LH por asegurador*

Asegurador	PCNR ajustada	PCNR cruda
CCF007	0,0	0,0
CCF009	0,0	0,0
CCF015	0,0	0,0
CCF023	0,0	0,0
CCF024	0,6	0,6
CCF027	0,0	0,0
CCF033	0,0	0,0
CCF049	0,0	0,0
CCF053	1,2	1,2
CCF055	0,0	0,0
CCF102	0,0	0,0
EAS016	0,0	0,0
EAS027	0,0	0,0
EPS001	0,0	0,0
EPS002	0,7	0,7
EPS003	0,1	0,1
EPS005	1,1	1,2
EPS008	2,7	2,7
EPS010	1,7	1,6
EPS012	0,0	0,0
EPS016	0,6	0,5
EPS017	1,1	1,0
EPS018	1,7	1,6
EPS020	0,0	0,0
EPS022	0,0	0,0
EPS023	0,0	0,0
EPS025	0,0	0,0
EPS033	0,0	0,0
EPS037	0,4	0,6
EPSI01	0,7	0,9
EPSI02	0,8	0,7
EPSI03	0,4	0,4
EPSI04	1,5	1,3
EPSI05	0,0	0,0
EPSI06	0,0	0,0
EPSS03	0,1	0,1
EPSS33	0,8	0,8
EPSS34	0,9	0,9
EPSS40	0,9	0,9
EPSS41	0,2	0,2
ESS002	0,5	0,6
ESS024	0,2	0,2
ESS062	0,6	0,6
ESS076	0,1	0,2
ESS091	0,4	0,4
ESS118	0,1	0,1
ESS133	0,1	0,1
ESS207	0,3	0,3
Total	0,6	0,6

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 12.13. Mortalidad por LH por departamento*

Departamento	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	0,3	0,3
Arauca	0,0	0,0
Atlántico	0,2	0,2
Bogotá, D. C.	0,3	0,3
Bolívar	0,1	0,1
Boyacá	0,3	0,3
Caldas	0,6	0,6
Caquetá	0,0	0,0
Casanare	0,6	0,4
Cauca	0,0	0,0
Cesar	0,0	0,0
Chocó	0,0	0,0
Córdoba	0,2	0,2
Cundinamarca	0,1	0,1
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	0,5	0,5
La Guajira	0,0	0,0
Magdalena	0,3	0,3
Meta	0,1	0,2
Nariño	0,1	0,1
Norte de Santander	0,0	0,0
Putumayo	0,0	0,0
Quindío	0,7	0,7
Risaralda	0,3	0,3
San Andrés	0,0	0,0
Santander	0,0	0,0
Sucre	0,0	0,0
Tolima	0,2	0,2
Valle del Cauca	0,3	0,3
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	0,2	0,2

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 12.14. Mortalidad de LH por asegurador*

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
CCFo07	0,6	0,7
CCFo09	0,0	0,0
CCFo15	0,0	0,0
CCFo23	0,0	0,0
CCFo24	1,2	1,1
CCFo27	0,0	0,0
CCFo33	0,0	0,0
CCFo49	0,0	0,0
CCFo53	0,0	0,0
CCFo55	0,0	0,0
CCF102	0,0	0,0
EASo16	0,0	0,0
EASo27	0,4	2,4
EPSo01	0,5	0,6
EPSo02	0,0	0,0
EPSo03	0,1	0,1
EPSo05	0,4	0,4
EPSo08	0,4	0,3
EPSo10	0,5	0,3
EPSo12	0,0	0,0
EPSo16	0,2	0,2
EPSo17	0,2	0,2
EPSo18	0,7	0,6
EPSo20	0,0	0,0
EPSo22	0,0	0,0
EPSo23	0,2	0,2
EPSo25	0,9	0,9
EPSo33	0,0	0,0
EPSo37	0,4	0,6
EPSIo1	0,0	0,0
EPSIo2	0,0	0,0
EPSIo3	0,0	0,0
EPSIo4	0,0	0,0
EPSIo5	0,5	0,5
EPSIo6	0,0	0,0
EPSSo3	0,4	0,4
EPSS33	0,0	0,0
EPSS34	0,0	0,0
EPSS40	0,5	0,5
EPSS41	0,0	0,0
ESSo02	0,5	0,6
ESSo24	0,0	0,0
ESSo62	0,1	0,1
ESSo76	0,0	0,0
ESSo91	0,3	0,4
ESS118	0,1	0,1
ESS133	0,2	0,2
ESS207	0,0	0,0
Total	0,2	0,2

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 12.15. Estadificación clínica en LH según régimen de afiliación

Estados	Contributivo	Especial	No asegurado	Excepción	Subsidiado
Estado (etapa) I	26	0	0	0	3
Estado (etapa) II	22	0	0	1	6
Estado (etapa) III	11	0	0	0	6
Estado (etapa) IV	6	0	0	0	5
No hay información	67	0	0	2	33
Total	132	0	0	3	53

Bibliografía

1. Armitage JO. Early-Stage Hodgkin's Lymphoma. N Engl J Med. 2010;1-10.
2. Schaapveld M, Aleman BMP, van Eggermond AM, Janus CPM, Krol ADG, van der Maazen RWM, et al. Second Cancer Risk Up to 40 Years after Treatment for Hodgkin's Lymphoma. N Engl J Med [Internet]. 2015;373(26):2499-511. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1505949>
3. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 [Internet]. 2012. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
4. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, Colciencias, IETS. Guía de práctica clínica para la detección, tratamiento y seguimiento de linfomas Hodgkin y No Hodgkin en población mayor de 18 años. 2014, Guía en prensa.
5. Cheson BD. Staging and response assessment in lymphomas: the new Lugano classification. Chin Clin Oncol. 2015;4(1):1-9.
6. Eichenauer DA, Engert A, André M, Federico M, Illidge T, Hutchings M, et al. Hodgkin's lymphoma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2014;25(July):70-75.
7. 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>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 12.1. Distribución de LH según grupo poblacional	228
Tabla 12.2. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación	229
Tabla 12.3. Frecuencia de registro de medicamentos POS	232
Tabla 12.4. Frecuencia de registro de esquemas de medicamentos	232
Tabla 12.5. Oportunidad en prevalentes.	233
Tabla 12.6. Oportunidad en CNR	233
Tabla 12.7. Edad promedio de la población adulta con LH	234
Tabla 12.8. Distribución de LH según grupo etario y sexo.	234
Tabla 12.9. Prevalencia de LH por departamento	235
Tabla 12.10. Prevalencia de LH por asegurador	235
Tabla 12.11. PCNR de LH por departamento	236
Tabla 12.12. PCNR de LH por asegurador	236
Tabla 12.13. Mortalidad por LH por departamento	237
Tabla 12.14. Mortalidad de LH por asegurador	237
Tabla 12.15. Estadificación clínica en LH según régimen de afiliación.	238

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 12.1. Histograma de edad en adultos con LH.	227
Figura 12.2. Distribución de LH según grupo etario y sexo.	228
Figura 12.3. Distribución de LH según sexo.	228
Figura 12.4. Prevalencia de LH por departamento.	228
Figura 12.5. Morbimortalidad por LH.	229
Figura 12.6. PCNR de LH por departamento.	229
Figura 12.7. PCNR de LH respecto a PCNR de cáncer global en adultos.	229
Figura 12.8. Mortalidad por LH por departamento.	230
Figura 12.9. Estadificación clínica de LH en adultos.	231
Figura 12.10. Estadificación de LH según régimen de afiliación.	231
Figura 12.11. Proporción de casos dsegún tipo de tratamiento recibido en el periodo.	231
Figura 12.12. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes.	233
Figura 12.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR.	233
Figura 12.14. Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico.	234
Figura 12.15. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento.	234

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

CIE-10: C920, C924, C925; CIE-O-3: C42

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CIE-10: C920, C924, C925; CIE-O-3: C42

La leucemia mieloide aguda (LMA) es una malignidad hematológica heterogénea que implica la expansión clonal de los blastos mieloides en la médula ósea y la sangre periférica, con posible diseminación al hígado y el bazo (1). Es la forma más común de leucemia aguda en adultos en Estados Unidos y, si bien la media de edad de los pacientes es de 67 años, puede afectar a todos los grupos etarios (2).

La exposición previa a quimioterapia es un factor de riesgo para el desarrollo de LMA (3). Entre los demás factores se cuentan: edad avanzada, antecedentes de desórdenes hematológicos, historia familiar de LMA, síndromes genéticos, exposición a radiación y cigarrillo (4).

Características generales de la población adulta con LMA

Según el reporte, la LMA es uno de los tipos de cáncer menos frecuentes en Colombia, ocupando el vigésimo quinto lugar dentro del listado del registro, y el último lugar dentro de los once subtipos tumorales de la CAC, teniendo en cuenta todas las edades; sin embargo, en la población de 18 años de edad o más, es el tercer tumor hematológico maligno más frecuente, superando en número de casos a la leucemia linfocítica aguda (LLA).

En el reporte se identificaron 744 pacientes de 18 años o más con LMA, de los cuales 126 son CNR. La prevalencia en el país¹ fue de 2,3 afectados por 100 000 habitantes de 18 años o más, y por aseguramiento, de 2,2 por cada 100 000 afiliados de la BDUA de 18 años o más. La PCNR del país fue de 0,4 por 100 000 habitantes de 18 años o más y la PCNR por aseguramiento fue igualmente de 0,4 afectados por 100 000 afiliados de la BDUA de 18 años o más. El total de pacientes adultos con LMA fallecidos durante el periodo fue de 159, para una mortalidad de 0,5 por 100 000 habitantes de 18 años o más en el país.

Edad de los pacientes con LMA

En LMA, la mediana y la media de edad fueron 48 y 48,7 años respectivamente (ver tabla 13.7). En el histograma

se observa una distribución aproximadamente normal, pero llama la atención su presencia estable de la enfermedad en un amplio rango de edad, iniciando en edades tempranas y presentando un descenso cerca de los 70 años de edad (ver figura 13.1).

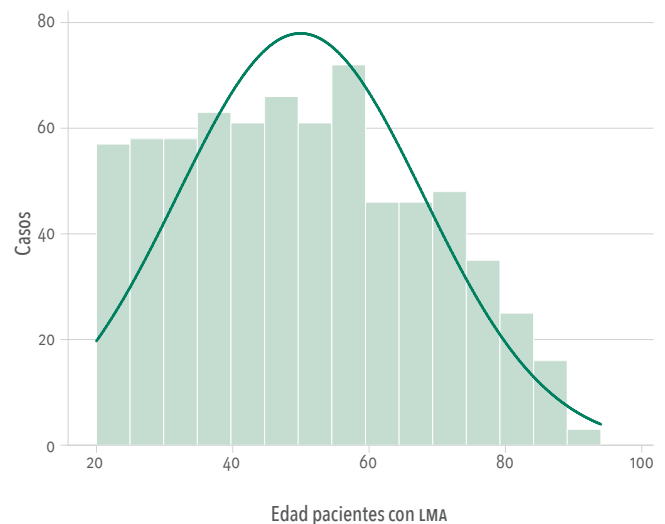


Figura 13.1. Histograma de edad en adultos con LMA

Grupos etarios en LMA y distribución por sexo

La distribución de casos según grupo de edad y sexo evidencia cierta homogeneidad entre los diferentes rangos de edad, con una concentración de casos levemente mayor en el grupo de 55 a 59 años en ambos sexos (ver tabla 13.8). La proporción de mujeres con LMA es mayor en la mayoría de grupos etarios, a excepción de los rangos de edad de 18 a 19 años, y de 70 a 74 años, en los cuales se registra una mayor cantidad de hombre (ver figura 13.2).

¹ Datos país observados en el sgss colombiano.

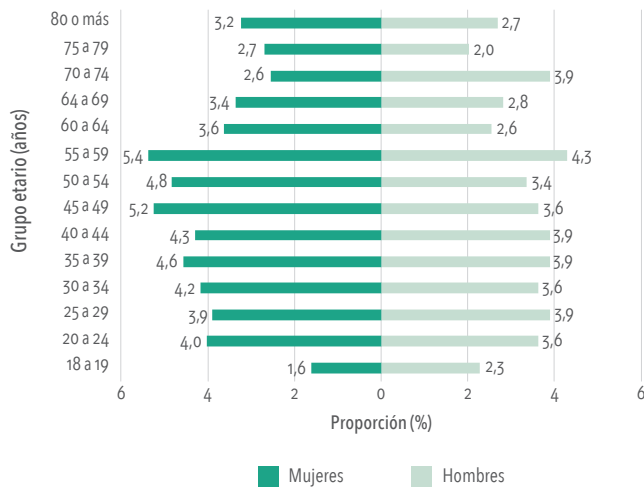


Figura 13.2. Distribución de LMA según grupo etario y sexo

En la población adulta con LMA se encontró una razón mujer: hombre de 1,2: 1, que resulta del cálculo de 398 mujeres frente a 346 hombres (ver figura 13.13). Esta situación difiere de lo establecido en la literatura, donde la frecuencia suele ser mayor en hombres que en mujeres (5,6).

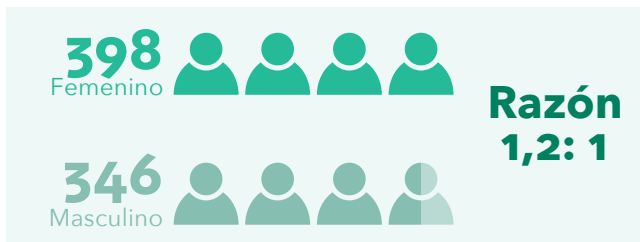


Figura 13.3. Distribución de LMA según sexo

Morbimortalidad por LMA

Prevalencia de LMA en el país

La prevalencia de LMA en el país fue de 2,3 casos por cada 100 000 habitantes de 18 años o más (ver tabla 13.9)². Los departamentos con mayor prevalencia fueron Bogotá D. C., Antioquia, Valle del Cauca, Quindío, Córdoba, Caldas, Boyacá, Santander y Risaralda, con proporciones de 4,1 a 2,0 casos por cada 100 000 habitantes de 18 años o más. Los departamentos con

² Datos país observados en el sgss colombiano.

menor prevalencia fueron Vaupés, San Andrés y Providencia, Guaviare, Guainía, Chocó, Arauca, Amazonas, La Guajira y Caquetá, con proporciones de 0 a 0,3 casos por cada 100 000 habitantes de 18 años o más (ver figura 13.4).

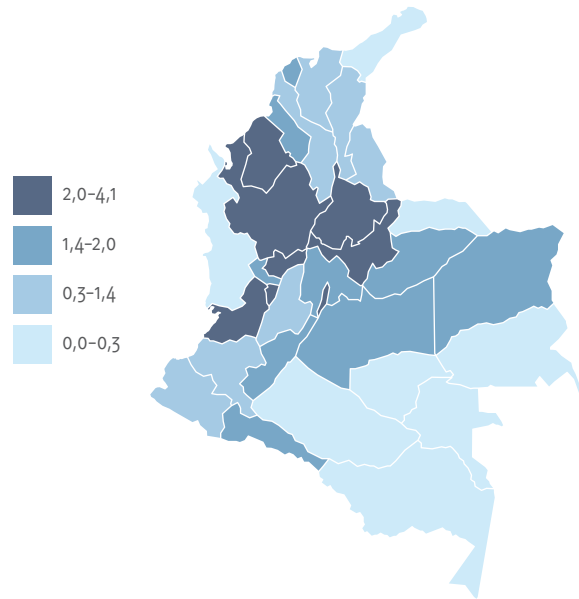


Figura 13.4. Prevalencia de LMA por departamento

Prevalencia de LMA en la BDUA

La prevalencia en la BDUA fue de 2,2 afectados por cada 100 000 afiliados de 18 años o más (ver tabla 13.1). Los aseguradores con mayores prevalencias fueron EASO16 y EPSO01 (ver tabla 13.10).

Tabla 13.1. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación

Casos LMA	Casos contributivo	Casos subsidiado	Prevalencia contributivo	Prevalencia subsidiado	Prevalencia total c y s
713	502	211	2,9	1,4	2,2

Comparación de morbilidad entre 2015 y 2016

En los dos periodos de análisis, la morbilidad del LMA en adultos presenta un aumento de las tres medidas: prevalencia, PCNR y mortalidad; en este punto cabe mencionar que el reporte de este tipo de cáncer fue modificado con respecto al del año anterior, pues en el registro actual se adicionaron dos CIE-10 (C924 y C925), lo cual causó este incremento de casos (ver figura 13.5).

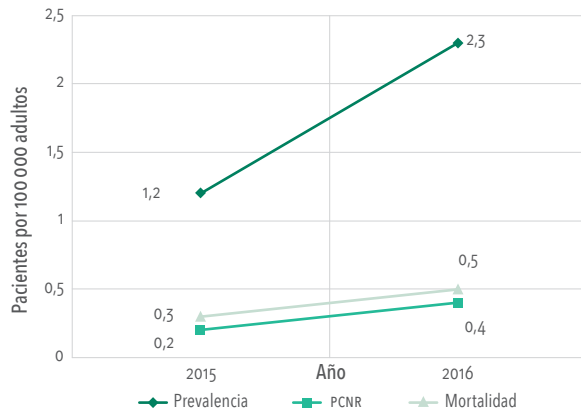


Figura 13.5. Morbimortalidad por LMA

PCNR de LMA en el país

La PCNR de LMA en el país fue de 0,4 casos por 100 000 habitantes de 18 años o más (ver tabla 13.11)³. Los departamentos con mayor PCNR fueron Casanare, Bogotá D. C., Nariño, Valle del Cauca, Córdoba, Risaralda, Caldas, Huila y Magdalena, con proporciones de 1,0 a 0,4 por 100 000 habitantes de 18 años o más. Los departamentos con menor PCNR fueron Vichada, Vaupés, Tolima, San Andrés y Providencia, Norte de Santander, La Guajira, Guaviare, Guainía, Chocó, Bolívar, Arauca y Amazonas, quienes no reportaron casos nuevos (ver figura 13.6). Los casos nuevos de LMA representaron menos del 1 % del total de CNR de cáncer en adultos durante el periodo (ver figura 13.7).

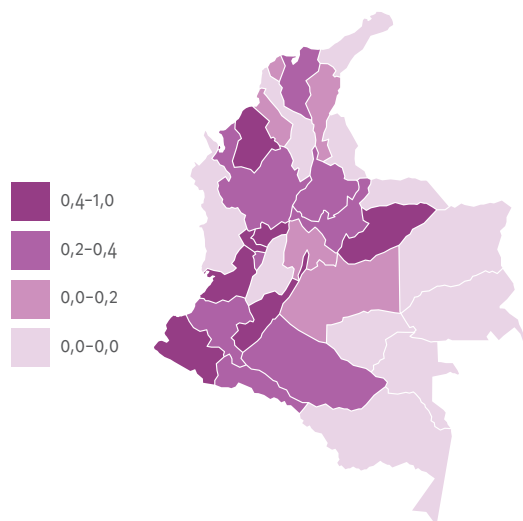


Figura 13.6. PCNR de LMA por departamento

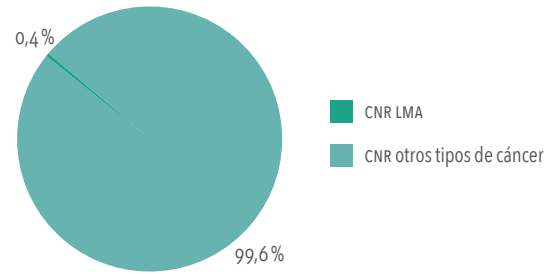


Figura 13.7. PCNR de LMA respecto a PCNR de cáncer global en adultos

PCNR de LMA en la BDUA

La PCNR por régimen de afiliación fue de 0,4 por 100 000 afiliados de 18 años o más. Las aseguradoras con mayor PCNR fueron EPSO33 y CCFO27 (ver tabla 13.12).

Mortalidad por LMA en el país

La mortalidad por LMA fue de 0,5 por 100 000 habitantes de 18 años o más, con un total de 159 muertes reportadas en el periodo (ver tabla 13.13)⁴. Los departamentos con mayor mortalidad fueron Casanare, Caldas, Bogotá D. C., Córdoba, Valle del Cauca, Putumayo, Meta y Antioquia, con tasas de 1,4 a 0,5 por 100 000 habitantes de 18 años o más (ver figura 13.8). Los departamentos de Vichada, Vaupés, Tolima, San Andrés y Providencia, La Guajira, Huila, Guaviare, Guainía, Chocó, Cesar, Caquetá, Arauca y Amazonas no reportaron fallecidos a causa de esta enfermedad (ver figura 13.8).

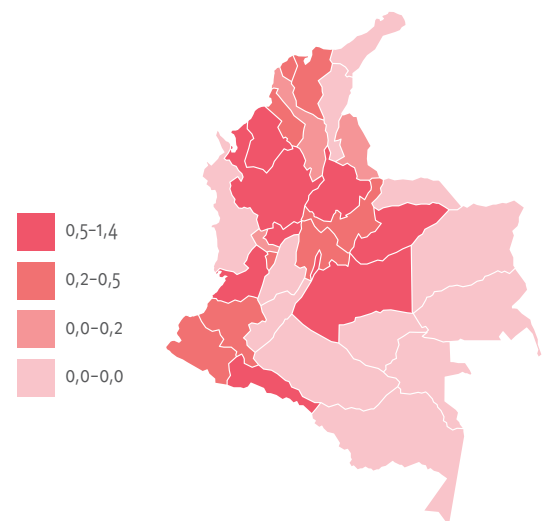


Figura 13.8. Mortalidad por LMA por departamento

³ Datos país observados en el sgss colombiano.

⁴ Datos país observados en el sgss colombiano.

Mortalidad por LMA en la BDUA

La mortalidad por régimen de afiliación fue 0,5 por 100 000 afiliados de 18 años o más. La LMA registró las mayores tasas de mortalidad en las aseguradoras EPSO25 y EPSO33 (ver tabla 13.14).

Clasificación del riesgo en LMA

En LMA la estadificación depende de varios factores y no se clasifica como los demás tipos de cáncer, pues el tratamiento y el pronóstico dependen específicamente del subtipo de LMA, el grupo de riesgo y la edad del paciente (7). Por ejemplo el subtipo denominado leucemia promielocítica aguda tiene un tratamiento diferente a los otros subtipos de LMA.

Uno de los primeros sistemas utilizados para clasificar la LMA, aún usado por algunos clínicos, es la clasificación francesa-americana-británica (FAB), que dividió la enfermedad en 8 subtipos, desde MO a M7, basándose en las características morfológicas de las células leucémicas, con el objetivo de direccionar el manejo y proveer información pronóstica (8).

La OMS actualizó el sistema de clasificación de la LMA, estableciendo cinco grandes subtipos que a su vez contienen diferentes subcategorías (9):

- Leucemia mieloide aguda con anormalidades genéticas recurrentes
- Leucemia mieloide aguda con cambios relacionados con mielodisplasia
- Leucemia mieloide aguda relacionada con tratamiento previo (quimioterapia o radiación)
- Leucemia mieloide aguda relacionada con síndrome de down
- Leucemia mieloide aguda sin otra especificación

Con base en las características citogenéticas y moleculares, se establecieron tres grupos para la clasificación del riesgo pronóstico de cada paciente: favorable, intermedio y desfavorable (9). Esta clasificación da idea, no solo del pronóstico del paciente, sino también del manejo más benéfico para el mismo.

El 69 % de los CNR⁵ con LMA no cuentan con registro de clasificación del riesgo en el periodo de reporte. Para aquellos que sí cuentan con clasificación, los mayores porcentajes se encontraron en los extremos, con clasificación favorable de 15 % y desfavorable del 13 % (ver figura 13.9).

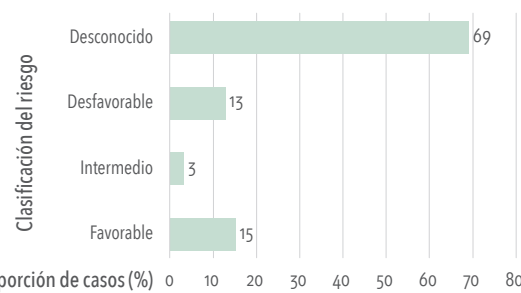


Figura 13.9. Clasificación del riesgo de LMA en adultos

Clasificación del riesgo según régimen de afiliación

En todos los regímenes, el mayor porcentaje de CNR no cuenta con clasificación del riesgo. En los datos que sí cuentan con información, se encontró que la clasificación del riesgo inicial más frecuente fue favorable en el régimen contributivo, y que los casos se agrupan en partes iguales entre favorables y desfavorables, en los demás regímenes (ver figura 13.10 y tabla 13.15, para valores absolutos).

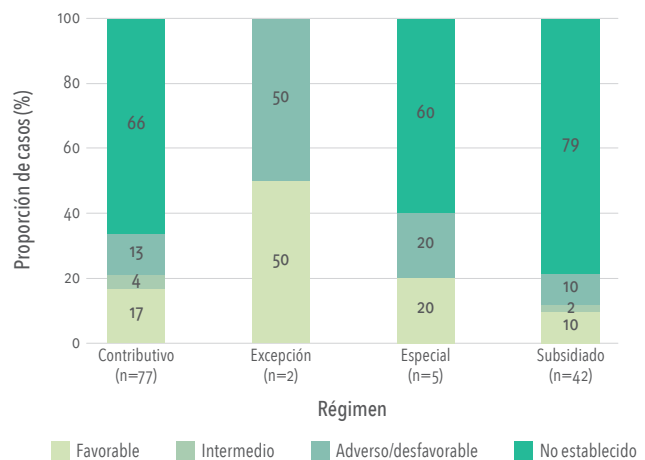


Figura 13.10. Clasificación del riesgo de LMA según régimen de afiliación

Terapia general en LMA

En el tratamiento general observado en los 126 CNR⁶ con LMA, se encontró que en el periodo de análisis 72 recibieron quimioterapia, 9 recibieron terapia intratecal y 3 recibieron trasplante de células madre hematopoyéticas (ver figura 13.11).

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

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

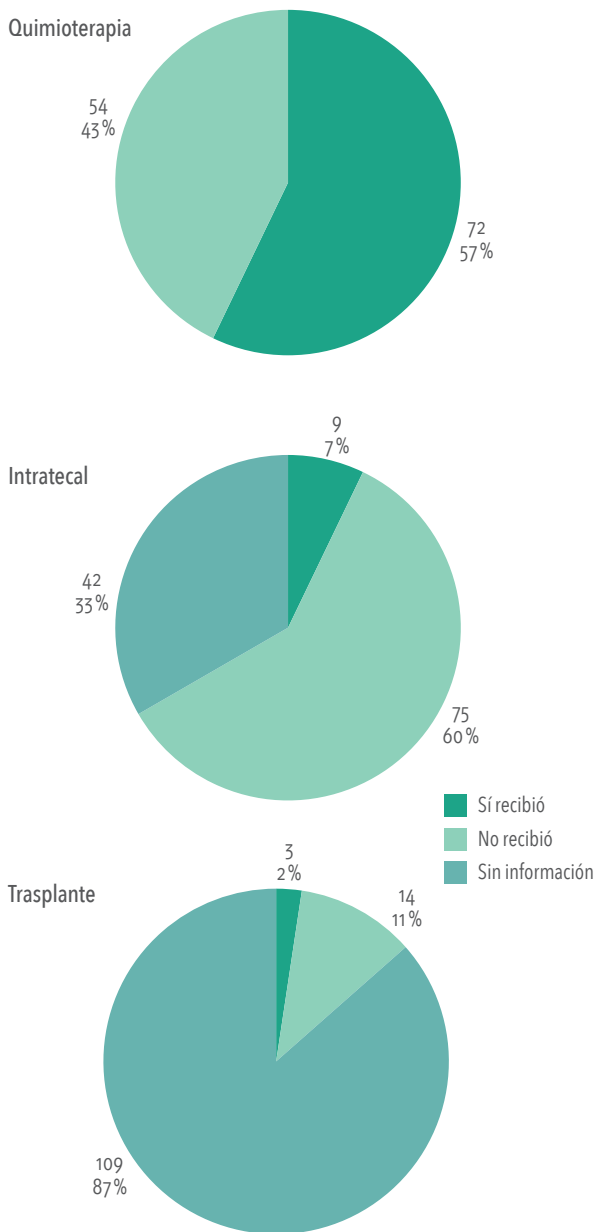


Figura 13.11. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo

Los porcentajes de registros para los que no hay información no corresponden con lo anticipado, 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 debe a la falta de reportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC. Otra razón podría ser una falla en la gestión de soportes completos que permitan identificar dicha información.

Medicamentos en LMA

El tratamiento no es homogéneo y varía dependiendo de distintos factores. En términos generales, para este efecto se dividen los casos en dos grandes grupos: leucemia promielocítica y leucemia no promielocítica. Dentro de esta división se diferencia entre los menores y los mayores de 60 años, y su estado funcional. El manejo cambia también según la fase del tratamiento –inducción, consolidación y mantenimiento– (9,10).

En la leucemia no promielocítica en menores de 60 años, para la fase de inducción se suele utilizar una antraciclina (daunorrubicina o idarrubicina) con citarabina y se puede adicionar cladribina. En la fase de consolidación se determina el riesgo, dependiendo del cual se puede continuar con quimioterapia hasta la realización de un trasplante alogénico. En mayores de 60 años se puede administrar el mismo régimen durante la fase de inducción cuando el paciente tiene un buen estadio funcional, en caso contrario se recomiendan la citarabina o la azacitidina en bajas dosis. En la leucemia promielocítica el tratamiento de inducción se basa en esquemas que incluyen ATRA (ácido holo-transretinoico), con una antraciclina o trióxido de arsénico (10). Lo anterior es un resumen puntual de un apartado mucho más detallado y amplio sobre el tratamiento de la LMA, que se sale del alcance del presente análisis.

De los 126 CNR, 68 (54 %) contaban con información sobre medicamentos. La citarabina es el medicamento registrado con mayor frecuencia, seguida de la idarrubicina (ver tablas 13.2 y 13.3).

Tabla 13.2. Frecuencia de registro de medicamentos POS

Medicamento POS	CNR (n=126)	Exclusivo*	Combinado**
Citarabina	34	13	21
Pegfilgrastim	15	7	8
Mercaptopurina	7	2	5
Etopósido	1	0	1

* Exclusivo o acompañado de medicamentos de soporte.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Tabla 13.3. Frecuencia de registro de medicamentos no POS

Medicamento no POS	CNR (n=126)	Exclusivo*	Combinado**
Idarrubicina	14	5	9
Azacitidina	10	9	1
Daunorrubicina	8	0	8
ATRA	2	0	2
Mitoxantrona	1	0	1
Fludarabina	1	0	1
Cladribina	0	0	0

* Exclusivo o acompañado de medicamentos de soporte.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Al determinar algunas de las combinaciones registradas se evidencia que, como se menciona en la literatura, lo más común es encontrar la citarabina combinada con una antraciclina. Se observan un caso de uso del esquema FLAG-IDA y una gran variedad de combinaciones de medicamentos (ver tabla 13.4).

Tabla 13.4. Frecuencia de registro de combinaciones de medicamentos

Medicamento	Combinación
Citarabina	21 4 con daunorrubicina, 4 con daunorrubicina y pegfilgrastim, 4 con idarrubicina, 2 con idarrubicina y pegfilgrastim, 1 con idarrubicina y ATRA, 1 con idarrubicina, fludarabina y pegfilgrastim (FLAG-IDA), 2 con mercaptopurina, 1 con capecitabina, 1 con etopósido, 1 con pegfilgrastim
Idarrubicina	9 6 con citarabina, 1 con citarabina y ATRA, 1 con citarabina y fludarabina, 1 con metotrexato y mercaptopurina
Daunorrubicina	8 7 con citarabina, 1 con ciclofosfamida y vincristina
ATRA	2 1 con idarrubicina y citarabina y 1 con mercaptopurina y metotrexato

Oportunidad en LMA

La oportunidad entendida como la posibilidad que tienen los individuos para acceder al sistema de salud (11), se encuentra expresada en este documento como número de días a partir de un evento temporal pasado hasta un evento temporal posterior.

En LMA el 24 % de la población prevalente cuenta con datos para establecer el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico, resultando en 24 días de mediana y 72 días de media. Estos resultados no corresponden con lo esperado para las leucemias agudas, que requieren de mayor inmediatez para la confirmación de diagnóstico, sin embargo esto puede deberse en determinados casos a la presencia de datos extremos en el reporte (ver tabla 13.5 y figura 13.12).

Tabla 13.5. Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico	175	24	7-75	72,4	53,4-91,4	1-684

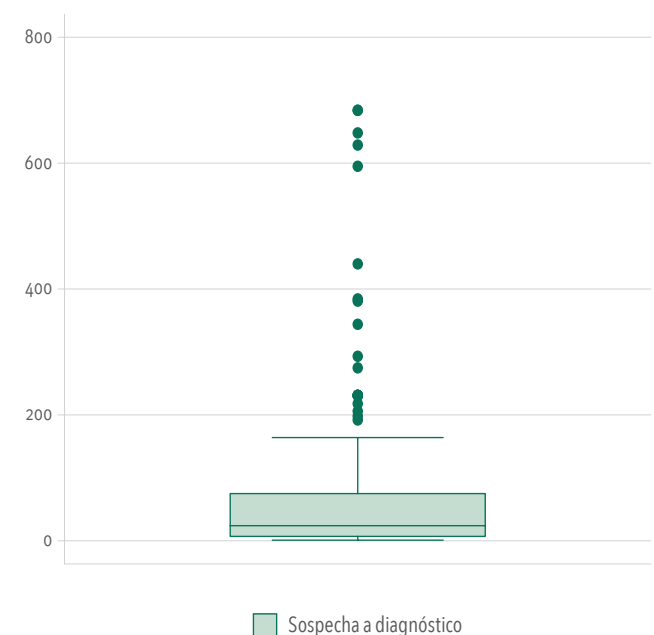


Figura 13.12. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes

En los CNR se observó una mejoría en el registro de la información y se pudo establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico del 55 % y el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento, del 51 %. Se encontró que entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico transcurren 29 días de mediana y 71 días de media; sin embargo el rango intercuartil se encuentra entre 7 y 49 días. Entre el diagnóstico y el primer tratamiento transcurren 20,5 días de mediana y 46,5 días de media, tiempos considerados como prolongados, que, se espera, mejoren en los siguientes registros (ver tabla 13.6 y figura 13.13).

Tabla 13.6. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico	69	29	7-49	70,6	33,7-107,5	1-684
Diagnóstico a primer tratamiento	64	20,5	6-50	46,5	30,8-62,2	0-299

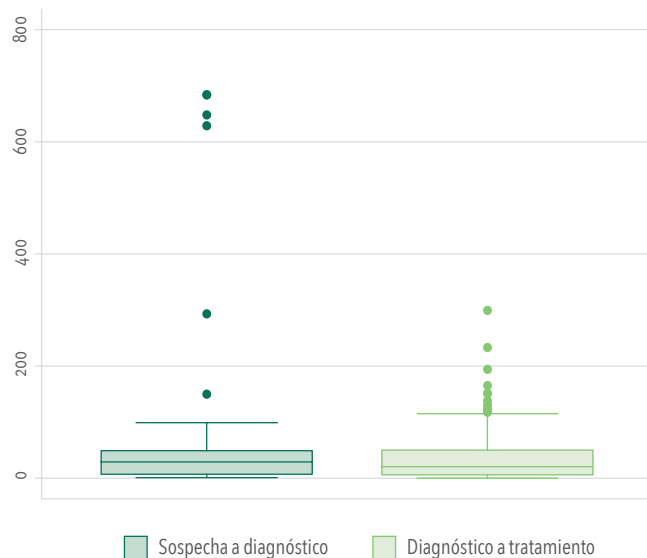


Figura 13.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR

Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico

El rango temporal de sospecha clínica a diagnóstico fue definido como el tiempo que transcurre entre la nota de remisión, interconsulta de médico o institución general y el momento en que se realiza el diagnóstico oncológico.

Aunque se cuenta con muy pocos datos para el análisis, se observa que en los CNR pertenecientes al régimen contributivo predomina el rango entre 30 y 59 días; y, en los del régimen subsidiado, el rango entre 1 y 9 días, (ver figura 13.14).

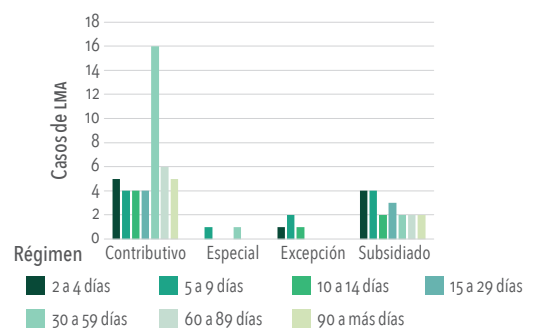


Figura 13.14. Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico

Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento

A pesar de los pocos datos registrados se puede observar que para el régimen contributivo hay dos rango predominantes: entre 0 y 4 días y 90 días o más. En el régimen subsidiado la mayoría de casos se ubica en el rango de 90 días o más. Se espera que, a medida que crezca el reporte de las fechas para todos los casos, se obtenga un análisis más claro de estos tiempos de oportunidad (ver figura 13.15).

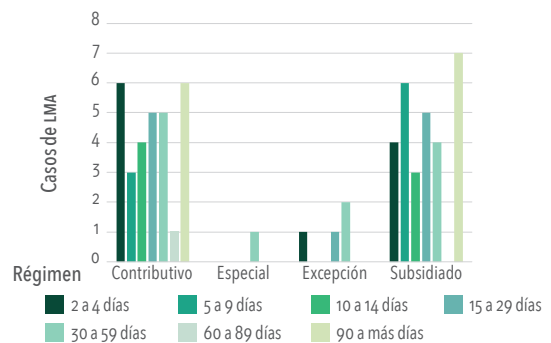


Figura 13.15. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento

Tablas complementarias

Tabla 13.7. Edad promedio de la población adulta con LMA

Frecuencia (n)	Mediana	Media	Desviación estándar	IC (95 %)
744	48	48,7	18,7	[47,4-50,0]

Tabla 13.8. Distribución de LMA según grupo etario y sexo

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
18 a 19 años	12	17	29
20 a 24 años	30	27	57
25 a 29 años	29	29	58
30 a 34 años	31	27	58
35 a 39 años	34	29	63
40 a 44 años	32	29	61
45 a 49 años	39	27	66
50 a 54 años	36	25	61
55 a 59 años	40	32	72
60 a 64 años	27	19	46
64 a 69 años	25	21	46
70 a 74 años	19	29	48
75 a 79 años	20	15	35
80 a más años	24	20	44
Total	398	346	744

Tabla 13.9. Prevalencia de LMA por departamento*

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	3,1	3,1
Arauca	0,0	0,0
Atlántico	1,5	1,5
Bogotá, D. C.	4,1	4,0
Bolívar	0,9	0,9
Boyacá	2,0	2,2
Caldas	2,4	2,4
Caquetá	0,3	0,3
Casanare	1,8	1,8
Cauca	1,1	1,1
Cesar	0,9	0,9
Chocó	0,0	0,0
Córdoba	2,6	2,5
Cundinamarca	1,6	1,6
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	1,4	1,3
La Guajira	0,1	0,2
Magdalena	1,1	1,0
Meta	1,7	1,7
Nariño	1,2	1,2
Norte de Santander	0,7	0,7
Putumayo	1,5	1,5
Quindío	2,6	2,5
Risaralda	2,0	2,1
San Andrés	0,0	0,0
Santander	2,0	2,1
Sucre	1,7	1,6
Tolima	0,9	1,0
Valle del Cauca	2,9	3,0
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	1,7	2,6
Total	2,3	2,3

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 13.10. Prevalencia de LMA por asegurador*

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
CCFo07	0,0	0,0
CCFo09	3,1	4,0
CCFo15	0,8	0,7
CCFo23	0,0	0,0
CCFo24	2,7	2,6
CCFo27	2,9	3,1
CCFo33	4,0	4,3
CCFo49	1,3	1,3
CCFo53	3,5	3,7
CCFo55	0,0	0,0
CCF102	0,0	0,0
EASo16	13,2	10,3
EASo27	0,0	0,0
EPSo01	7,0	6,2
EPSo02	1,3	1,4
EPSo03	1,3	1,3
EPSo05	5,7	6,0
EPSo08	3,8	3,6
EPSo10	3,0	2,8
EPSo12	5,5	5,5
EPSo16	3,6	3,5
EPSo17	3,2	3,0
EPSo18	5,6	5,4
EPSo20	0,0	0,0
EPSo22	0,0	0,0
EPSo23	1,9	2,1
EPSo25	2,6	2,7
EPSo33	3,7	2,3
EPSo37	2,7	3,3
EPSIo1	0,0	0,0
EPSIo2	3,3	2,8
EPSIo3	0,4	0,4
EPSIo4	0,0	0,0
EPSIo5	0,5	0,5
EPSIo6	0,0	0,0
EPSSo3	0,2	0,3
EPSS33	1,1	1,1
EPSS34	4,3	4,6
EPSS40	3,6	3,5
EPSS41	1,2	1,1
ESSo02	2,0	1,8
ESSo24	0,4	0,5
ESSo62	1,4	1,5
ESSo76	0,7	0,6
ESSo91	1,5	1,3
ESS118	1,1	1,2
ESS133	0,6	0,5
ESS207	1,8	1,8
Total	2,2	2,2

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 13.11. PCNR de LMA por departamento*

Departamento	PCNR ajustada	PCNR cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	0,3	0,3
Arauca	0,0	0,0
Atlántico	0,1	0,1
Bogotá, D. C.	0,8	0,8
Bolívar	0,0	0,0
Boyacá	0,4	0,5
Caldas	0,4	0,4
Caquetá	0,3	0,3
Casanare	1,0	0,9
Cauca	0,3	0,3
Cesar	0,2	0,2
Chocó	0,0	0,0
Córdoba	0,6	0,6
Cundinamarca	0,2	0,2
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	0,4	0,4
La Guajira	0,0	0,0
Magdalena	0,4	0,4
Meta	0,2	0,2
Nariño	0,7	0,7
Norte de Santander	0,0	0,0
Putumayo	0,4	0,5
Quindío	0,3	0,2
Risaralda	0,5	0,4
San Andrés	0,0	0,0
Santander	0,3	0,3
Sucre	0,2	0,2
Tolima	0,0	0,0
Valle del Cauca	0,6	0,6
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	0,4	0,4

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 13.12. PCNR de LMA por asegurador*

Asegurador	PCNR ajustada	PCNR cruda
CCF007	0,0	0,0
CCF009	1,0	1,3
CCF015	0,3	0,2
CCF023	0,0	0,0
CCF024	0,5	0,6
CCF027	2,1	2,3
CCF033	0,0	0,0
CCF049	0,0	0,0
CCF053	0,0	0,0
CCF055	0,0	0,0
CCF102	0,0	0,0
EAS016	0,0	0,0
EAS027	0,0	0,0
EPS001	0,0	0,0
EPS002	0,0	0,0
EPS003	0,0	0,0
EPS005	1,4	1,5
EPS008	1,3	1,3
EPS010	0,2	0,2
EPS012	0,4	0,5
EPS016	0,5	0,4
EPS017	0,4	0,4
EPS018	1,9	1,9
EPS020	0,0	0,0
EPS022	0,0	0,0
EPS023	0,0	0,0
EPS025	1,8	1,8
EPS033	2,4	1,2
EPS037	0,3	0,5
EPSI01	0,0	0,0
EPSI02	1,6	1,4
EPSI03	0,0	0,0
EPSI04	0,0	0,0
EPSI05	0,0	0,0
EPSI06	0,0	0,0
EPSS03	0,0	0,0
EPSS33	0,1	0,1
EPSS34	1,1	1,3
EPSS40	0,3	0,3
EPSS41	0,0	0,0
ESS002	0,3	0,3
ESS024	0,0	0,0
ESS062	0,5	0,5
ESS076	0,0	0,0
ESS091	0,0	0,0
ESS118	0,5	0,5
ESS133	0,0	0,0
ESS207	0,1	0,1
Total	0,4	0,4

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 13.13. Mortalidad por LMA por departamento*

Departamento	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	0,5	0,5
Arauca	0,0	0,0
Atlántico	0,4	0,4
Bogotá, D. C.	0,9	0,9
Bolívar	0,2	0,1
Boyacá	0,4	0,5
Caldas	1,0	1,0
Caquetá	0,0	0,0
Casanare	1,4	1,3
Cauca	0,3	0,3
Cesar	0,0	0,0
Chocó	0,0	0,0
Córdoba	0,9	0,8
Cundinamarca	0,2	0,2
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	0,0	0,0
La Guajira	0,0	0,0
Magdalena	0,3	0,3
Meta	0,6	0,6
Nariño	0,4	0,4
Norte de Santander	0,1	0,1
Putumayo	0,7	0,5
Quindío	0,3	0,2
Risaralda	0,1	0,1
San Andrés	0,0	0,0
Santander	0,5	0,5
Sucre	0,4	0,4
Tolima	0,0	0,0
Valle del Cauca	0,7	0,7
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	0,5	0,5

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 13.14. Mortalidad de LMA por asegurador*

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
CCFo07	0,0	0,0
CCFo09	2,0	2,7
CCFo15	0,3	0,2
CCFo23	0,0	0,0
CCFo24	0,5	0,6
CCFo27	1,4	1,5
CCFo33	0,0	0,0
CCFo49	0,0	0,0
CCFo53	1,2	1,2
CCFo55	0,0	0,0
CCF102	0,0	0,0
EASo16	0,0	0,0
EASo27	0,0	0,0
EPSo01	0,6	0,6
EPSo02	0,0	0,0
EPSo03	0,3	0,2
EPSo05	2,0	2,2
EPSo08	0,5	0,5
EPSo10	0,4	0,4
EPSo12	1,2	1,0
EPSo16	0,9	0,8
EPSo17	0,5	0,4
EPSo18	1,6	1,4
EPSo20	0,0	0,0
EPSo22	0,0	0,0
EPSo23	0,3	0,2
EPSo25	2,6	2,7
EPSo33	2,4	1,2
EPSo37	0,7	1,1
EPSIo1	0,0	0,0
EPSIo2	0,8	0,7
EPSIo3	0,4	0,4
EPSIo4	0,0	0,0
EPSIo5	0,0	0,0
EPSIo6	0,0	0,0
EPSSo3	0,0	0,0
EPSS33	0,3	0,3
EPSS34	0,4	0,5
EPSS40	0,6	0,6
EPSS41	0,0	0,0
ESSo02	1,3	1,2
ESSo24	0,1	0,1
ESSo62	0,3	0,2
ESSo76	0,3	0,3
ESSo91	0,0	0,0
ESS118	0,2	0,2
ESS133	0,2	0,2
ESS207	0,2	0,2
Total	0,5	0,5

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 13.15. Clasificación del riesgo de LMA según régimen de afiliación

Clasificación del riesgo	Contributivo	Especial	Excepción	Subsidiado
Favorable	13	1	1	4
Intermedio	3	0	0	1
Desfavorable	10	1	1	4
No establecido	51	0	3	33
Total	77	2	5	42

Bibliografía

1. American Cancer Society. How Is Acute Myeloid Leukemia Diagnosed? [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/acute-myeloid-leukemia/detection-diagnosis-staging/how-diagnosed.html>
2. American Cancer Society. What Are the Key Statistics About Acute Myeloid Leukemia? [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/acute-myeloid-leukemia/about/key-statistics.html>
3. Smith RE, Bryant J, DeCillis A, Anderson S. Acute myeloid leukemia and myelodysplastic syndrome after doxorubicin-cyclophosphamide adjuvant therapy for operable breast cancer: the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Experience. *J Clin Oncol.* 2003;03/29. 2003;21(7):1195-204.
4. American Cancer Society. Leukemia-Acute Myeloid (Myelogenous). <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003110-pdf.pdf>; American Cancer Society; 2014.
5. American Cancer Society. What Are the Risk Factors for Acute Myeloid Leukemia? 2014; Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/acute-myeloid-leukemia/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
6. SEER. SEER Stat Fact Sheets: Acute Myeloid Leukemia (AML). [Internet]. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. 2016. Disponible en: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/amyl.html>

7. Swerdlow S H. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissue. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues Fourth Edition Lyon France International Agency for Research on Cancer. 2008.
8. Cancer Treatment Centers of America. Leukemia Stages: Acute myelogenous leukemia stages [Internet]. Disponible en: <http://www.cancercenter.com/leukemia/stages/tab/acute-myelogenous-leukemia/>
9. De Kouchkovsky I, Abdul-Hay M. "Acute myeloid leukemia: a comprehensive review and 2016 update." Blood Cancer J [Internet]. 2016;6(7):e441. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27367478>
10. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines: Acute myeloid leukemia. 2017;3:1-108.
11. 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>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 13.1. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación	244
Tabla 13.2. Frecuencia de registro de medicamentos POS	247
Tabla 13.3. Frecuencia de registro de medicamentos no POS	248
Tabla 13.4. Frecuencia de registro de combinaciones de medicamentos	248
Tabla 13.5. Oportunidad en prevalentes.	248
Tabla 13.6. Oportunidad en CNR	249
Tabla 13.7. Edad promedio de la población adulta con LMA	250
Tabla 13.8. Distribución de LMA según grupo etario y sexo	250
Tabla 13.9. Prevalencia de LMA por departamento	250
Tabla 13.10. Prevalencia de LMA por asegurador	251
Tabla 13.11. PCNR de LMA por departamento	251
Tabla 13.12. PCNR de LMA por asegurador	252
Tabla 13.13. Mortalidad por LMA por departamento	252
Tabla 13.14. Mortalidad de LMA por asegurador	253
Tabla 13.15. Clasificación del riesgo de LMA según régimen de afiliación	253

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 13.1. Histograma de edad en adultos con LMA	243
Figura 13.2. Distribución de LMA según grupo etario y sexo	244
Figura 13.3. Distribución de LMA según sexo	244
Figura 13.4. Prevalencia de LMA por departamento	244
Figura 13.5. Morbimortalidad por LMA	245
Figura 13.6. PCNR de LMA por departamento	245
Figura 13.7. PCNR de LMA respecto a PCNR de cáncer global en adultos	245
Figura 13.8. Mortalidad por LMA por departamento	245
Figura 13.9. Clasificación del riesgo de LMA en adultos	246
Figura 13.10. Clasificación del riesgo de LMA según régimen de afiliación	246
Figura 13.11. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo	247
Figura 13.12. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes	248
Figura 13.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR	249
Figura 13.14. Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico	249
Figura 13.15. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento	249

LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA

CIE-10: C91.0; CIE-O-3: C42, C77

LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA CIE-10: C91.0; CIE-O-3: C42, C77

La leucemia linfoide aguda (LLA) comprende un grupo de neoplasias clonales malignas de las células B y T progenitoras, que producen falla medular y pancitopenia debido al reemplazo de las células normales de la médula ósea por células tumorales; sin tratamiento, la enfermedad es fatal y las muertes usualmente se relacionan con infecciones o hemorragias; de allí la importancia de su diagnóstico temprano (1, 2). Esta patología puede ser diferenciada de otros desórdenes malignos de los linfocitos por inmunofenotipos celulares específicos, a través de diversas técnicas (3).

Son pocos los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de LLA en adultos, algunos se encuentran aún en estudio y, en muchos pacientes, se desconoce la causa de origen de la enfermedad, lo cual a su vez dificulta establecer protocolos de prevención. Algunos de los factores de riesgo que se han estudiado y relacionado son la exposición a radiación, a ciertos medicamentos de quimioterapia, o al benceno; la infección por el virus linfotrópico de células T humanas de tipo 1 (HTLV-1); y la raza blanca, entre otros que aún son tema de discusión (4).

Características generales de la población adulta con LLA

Según el reporte, la LLA ocupa el vigésimo primer lugar en frecuencia en la población de pacientes con cáncer en Colombia, es el décimo de los once tipos de cáncer reportados a la CAC, teniendo en cuenta todas las edades, y el cuarto tumor hematológico maligno más frecuente en la población de 18 años o más.

En el reporte se identificaron 705 pacientes de 18 años o más con LMA, de los cuales 114 son CNR. La prevalencia en el país¹ fue de 2,2 afectados por 100 000 habitantes de 18 años o más, y por aseguramiento, de 2,1 por cada 100 000 afiliados de la BDUA de 18 años o más. La PCNR del país fue de 0,3 por 100 000 habitantes de 18 años o más y la PCNR por aseguramiento fue igualmente de 0,3 afectados por 100 000 afiliados de la BDUA de 18 años o más. El total de pacientes adultos con LLA fallecidos durante el periodo fue de 132, para

una mortalidad de 0,4 por 100 000 habitantes de 18 años o más en el país.

Edad de los pacientes con LLA

Fueron considerados como adultos los pacientes de 18 años o más de edad. El 51 % de los pacientes afectados tiene una edad igual o menor a 25 años y menos del 15 %, una superior a 55 años (ver tabla 14.6). En el histograma se observa una distribución inusual sesgada a la derecha, evidenciando una concentración de adultos afectados por LLA entre los 18 y los 25 años y muy pocos casos en edades avanzadas (ver figura 14.1).

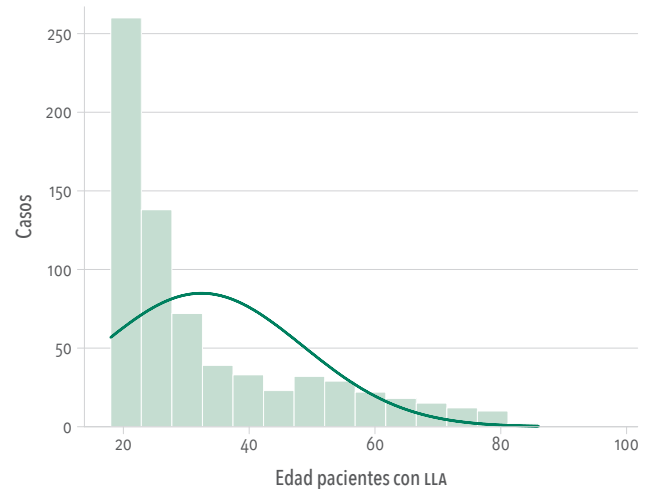


Figura 14.1. Histograma de edad en adultos con LLA

Grupos etarios en LLA y distribución por sexo

Los grupos etarios más jóvenes son afectados con mayor frecuencia, concentrándose la mayor proporción de casos entre los 18 y los 35 años de edad. En dicho grupo se ven más afectados los hombres, pero después de los 40 años se evidencia una inversión de la proporción, con un mayor número de casos de la población femenina (ver figura 14.2 y tabla 14.7).

¹ Datos país observados en el sgss colombiano.

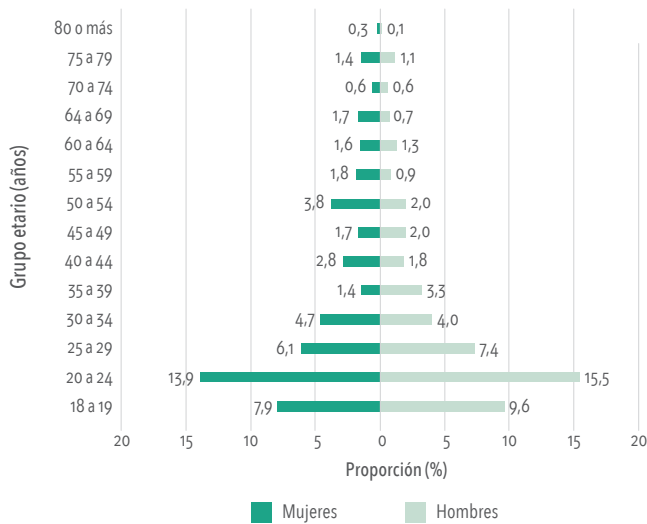


Figura 14.2. Distribución de LLA según grupo etario y sexo

En la población adulta con LLA se encontró una razón hombre: mujer de 1: 1, que resulta del cálculo de 354 hombres frente a 351 mujeres (ver figura 14.3).

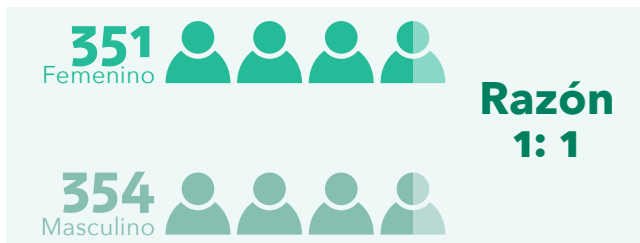


Figura 14.3. Distribución de LLA según sexo

Morbimortalidad por LLA

Prevalencia de LLA en el país

La prevalencia de LLA en el país fue de 2,2 casos por cada 100 000 habitantes de 18 años o más (ver tabla 14.8)². Los departamentos con mayor prevalencia fueron, Caldas, Bogotá D. C., Risaralda, Vichada, Valle del Cauca, Antioquia, Boyacá, Casanare y Meta, con proporciones de 4,3 a 2,0 casos por cada 100 000 habitantes de 18 años o más. Los departamentos con menores prevalencias fueron, Vaupés. San Andrés y Providencia, Guaviare, Guainía, Chocó, Amazonas, Caquetá, Norte de Santander, Putumayo y Magdalena,

² Datos país observados en el sgsss colombiano.

con proporciones de 0 a 0,4 casos por cada 100 000 habitantes de 18 años o más (ver figura 14.4).

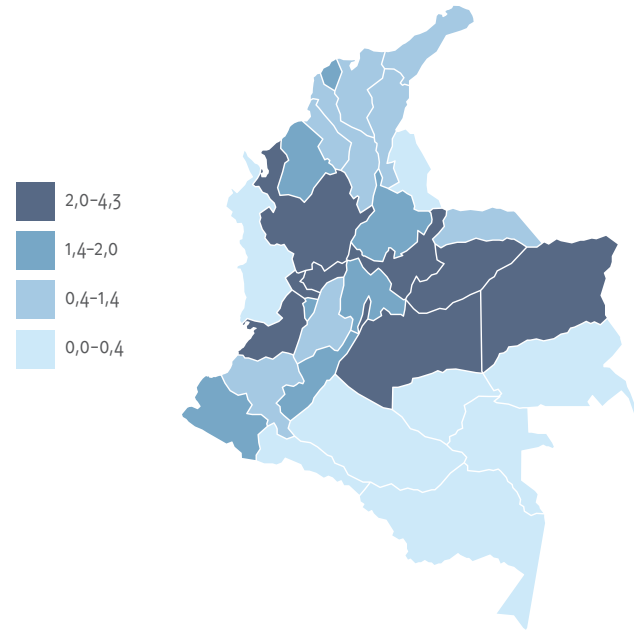


Figura 14.4. Prevalencia de LLA por departamento

Prevalencia de LLA en la BDUA

La prevalencia de LLA por régimen de afiliación fue de 2,1 afectados por cada 100 000 afiliados de la BDUA con edad mayor o igual a 18 años (ver tabla 14.1). Los aseguradores con mayores prevalencias fueron EPSIO6 y EPSS34 (ver tabla 14.9).

Tabla 14.1. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación

Casos LLA	Casos contributivo	Casos subsidiado	Prevalencia contributivo	Prevalencia subsidiado	Prevalencia total c y s
682	426	256	2,5	1,7	2,1

Comparación de morbimortalidad entre 2015 y 2016

La morbimortalidad del LLA en adultos presenta un aumento de la prevalencia, mientras que la PCNR y la mortalidad permanecen estables, con respecto al periodo anterior; además se puede observar que la mortalidad supera la PCNR. Lo anterior puede deberse a características del registro y a condiciones propias de este tipo de cáncer, como lo son su agresividad y su frecuente mortalidad en adultos (ver figura 14.5).

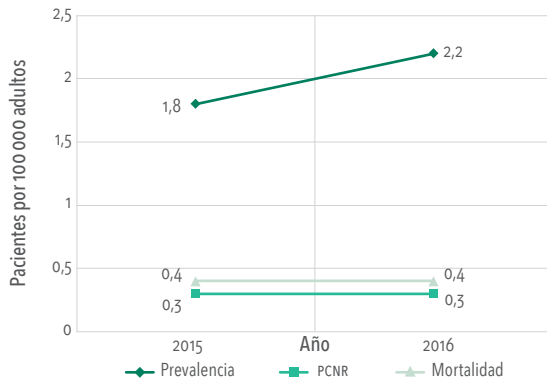


Figura 14.5. Morbimortalidad por LLA

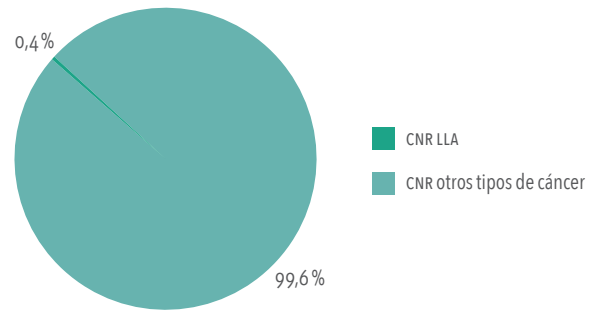


Figura 14.7. PCNR de LLA respecto a PCNR de cáncer global en adultos

PCNR de LLA en el país

La PCNR de LLA en el país fue de 0,3 casos nuevos por 100 000 de habitantes de 18 años o más (ver tabla 14.10)³. La mayor PCNR se concentra en el centro y el occidente del país, en los departamentos Casanare, Boyacá, Bogotá D. C., Caldas, Arauca, Cauca, Risaralda, Antioquia y Córdoba, con proporciones de 2,0 a 0,4 afectados por cada 100 000 habitantes de 18 años o más (ver figura 14.6). Los departamentos con menor PCNR fueron Vichada, Vaupés, San Andrés y Providencia, Putumayo, La Guajira, Guaviare, Guainía, Chocó, Cesar, Bolívar y Amazonas, que no reportaron casos nuevos durante el periodo (ver figura 14.6). Los casos nuevos de LLA representaron menos del 0,4 % del total de CNR de cáncer en adultos durante el periodo (ver figura 14.7).

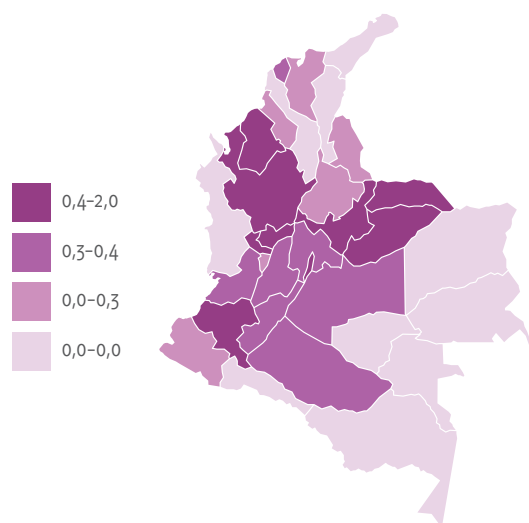


Figura 14.6. PCNR de LLA por departamento

PCNR de LLA en la BDUA

La PCNR por régimen de afiliación fue de 0,3 casos por 100 000 afiliados de 18 años o más. Las aseguradoras con mayor PCNR fueron EPSIO6 y EPSO25 (ver tabla 14.11).

Mortalidad por LLA en el país

La mortalidad por LLA fue de 0,4 por 100 000 habitantes de 18 años o más (ver tabla 14.12)⁴. Los departamentos con mayor mortalidad fueron Risaralda, Valle del Cauca, Córdoba, Bogotá D. C., Caldas, Meta, Antioquia y Casanare, con tasas de 0,8 a 0,4 por 100 000 habitantes de 18 años o más (ver figura 14.8). Los departamentos Amazonas, Arauca, Chocó, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Quindío, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés y Vichada no reportaron fallecidos a causa de esta enfermedad (ver figura 14.8).

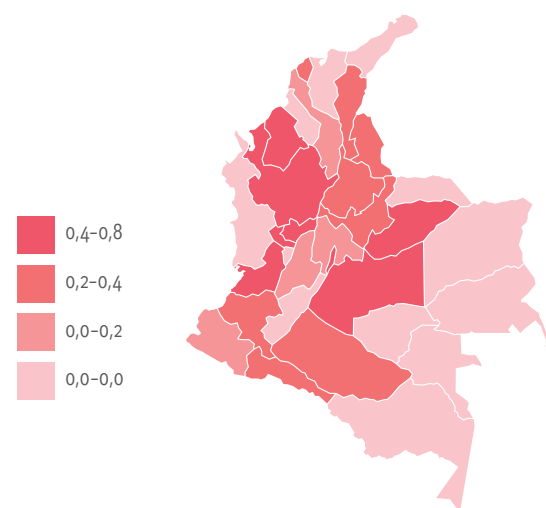


Figura 14.8. Mortalidad por LLA por departamento

³ Datos país observados en el sgsss colombiano.

⁴ Datos país observados en el sgsss colombiano.

Mortalidad por LLA en la BDUA

La mortalidad por régimen de afiliación fue 0,4 por 100 000 afiliados de 18 años o más. La LLA registró las mayores tasas de mortalidad en las aseguradoras EPSO33 y EPSIO6 (ver tabla 14.13).

Clasificación del riesgo en LLA

Las LLA no se estadifican como los demás tipos de cáncer o como los linfomas, sin embargo se realizan clasificaciones de subtipos, que tienen implicaciones pronósticas importantes e incluso determinan variaciones en el tratamiento. Actualmente se usa la clasificación de la OMS, que divide la LLA en tres grandes grupos: 1) Leucemia/linfoma linfoblástico B no especificado de otra forma, 2) Leucemia/linfoma linfoblástico de precursores B con anomalías genéticas recurrentes, y 3) Leucemia/linfoma linfoblástico de precursores T (5).

Estos subtipos, sumados a factores pronósticos como la edad, el conteo de leucocitos al momento del diagnóstico, el compromiso de SNC, las anomalías citogenéticas, la respuesta al tratamiento y la enfermedad mínima residual, constituyen los diferentes grupos de riesgo pronóstico de los pacientes. Mientras que algunos usan las clasificaciones bajo, intermedio y alto, otros prefieren el empleo de estándar y alto; estas categorías aún hoy son debatidas por los expertos (6, 7).

En términos generales, la clasificación del riesgo en LLA es importante para determinar el pronóstico y decidir la conducta adecuada según el riesgo determinado. En el reporte de los pacientes diagnosticados durante el periodo, se encontró que la mayoría no cuentan con esta clasificación (61,4 %); sin embargo, omitiendo esta frecuencia, se observa que las categorías más comunes son bajo y alto, en proporciones similares. Esto indica que cerca al 45 % de los pacientes que sí se clasifican se encuentran en riesgo alto al momento del diagnóstico (ver figura 14.9 y tabla 14.14)⁵.

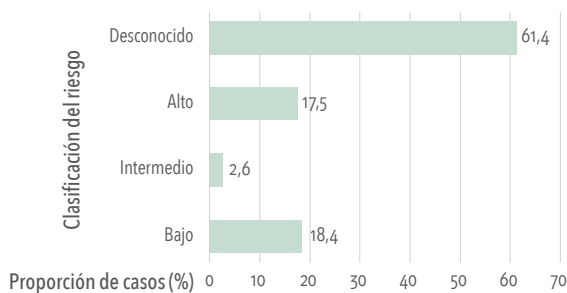


Figura 14.9. Clasificación del riesgo de LLA en adultos

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

Clasificación del riesgo según régimen de afiliación

En todos los regímenes, el mayor porcentaje de CNR no cuenta con clasificación del riesgo, especialmente en el régimen subsidiado. En los casos que sí cuentan con información, se encontró que la clasificación inicial más frecuente fue bajo, en el régimen subsidiado; mientras que en el régimen contributivo las clasificaciones de riesgo bajo y alto presentaron igual proporción de casos. En los regímenes de excepción, especial y no asegurado el análisis de la proporción no es comparable debido al bajo número de pacientes reportados (ver figura 14.10).

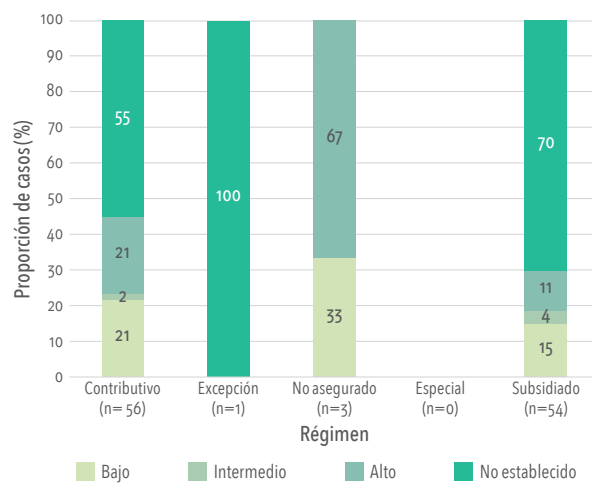


Figura 14.10. Clasificación del riesgo de LLA según régimen de afiliación

Terapia general en LLA

En el tratamiento general observado en los 114 CNR⁶ con LLA, se encontró que en el periodo de análisis 81 recibieron quimioterapia, 10 recibieron radioterapia, 35 recibieron terapia intratecal y 5 recibieron trasplante de células madre hematopoyéticas (ver figura 14.11).

Los porcentajes de registros para los que no hay información no corresponden con lo anticipado, ya que para este tipo de cáncer se esperan índices más altos de la realización de los diferentes tipos de terapia, como lo es la quimioterapia y la terapia intratecal; se estima que lo anterior se debe a la falta de reportes por parte de los prestadores a los aseguradores, o de estos últimos a la CAC. Otra razón podría ser una falla en la gestión de soportes completos que permitan identificar dicha información.

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

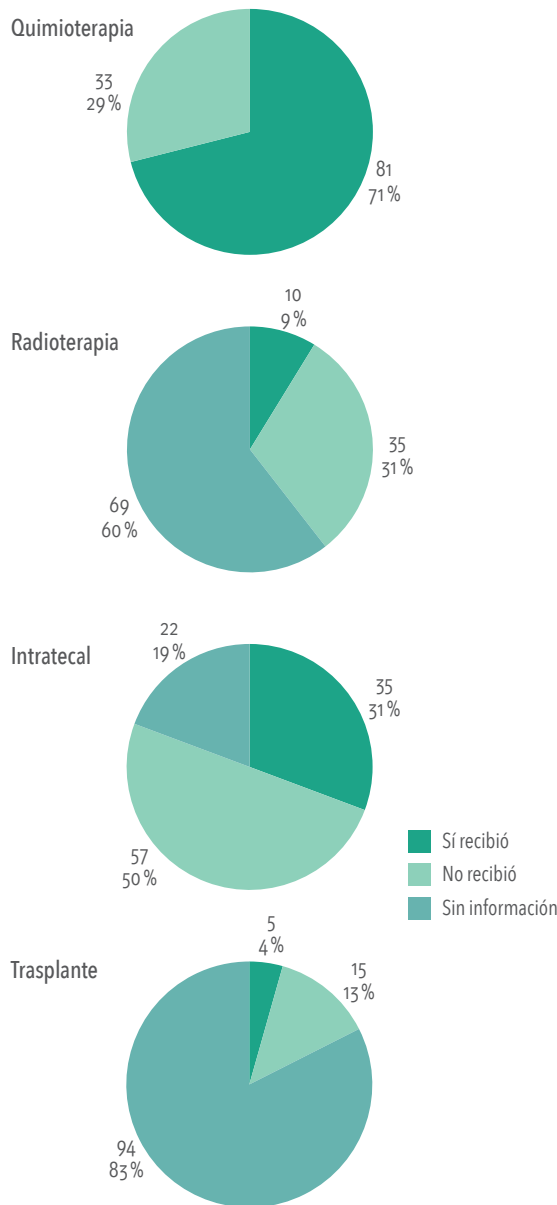


Figura 14.11. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo

Medicamentos en LLA

El tratamiento de LLA en adultos varía según factores como la edad, la presencia de cromosoma Filadelfia positivo (+) y la respuesta al tratamiento inicial con resultado de la enfermedad mínima residual, entre otras características cada vez más individualizadas. Sin embargo, en términos generales, los esquemas más usados son Hyper-CVAD, GRAALL 2003, MRC, UKALL XII/ECOG E2993, GMALL y PETHEMA. En su mayoría incluyen

corticoide, vincristina y una antraciclina, y adicionan medicamentos como asparagina y ciclofosfamida, entre otros (7). Imatinib o dasatinib son usados en pacientes con LLA, con cromosoma Filadelfia positivo (+).

Estos esquemas están indicados en condiciones específicas que, debido a su extensión y a que, por la estructura del registro, es difícil establecer la fase, la dosis y la vía de administración, no se abordan en este libro. Sin embargo se presenta la frecuencia de registro de algunos de los medicamentos que hacen parte de los diferentes esquemas mencionados.

De los CNR, 82 (72 %) contaban con información sobre medicamentos. La vincristina es el medicamento registrado con mayor frecuencia, seguida de la ciclofosfamida y el metotrexato (ver tablas 14.2 y 14.3).

Tabla 14.2. Frecuencia de registro de medicamentos POS

Medicamento POS	CNR	Exclusivo*	Combinado**
Vincristina	54	2	52
Ciclofosfamida	39	0	39
Metotrexato	36	1	35
Dexametasona	34	1	33
Citarabina	31	1	30
Prednisona	30	1	29
Doxorrubicina	24	0	24
Mercaptopurina	12	1	11
Asparaginasa	7	0	7
Rituximab	5	0	5
Imatinib	4	3	1
Etopósido	3	0	3
Folinato de calcio	1	0	1

* Exclusivo o acompañado de medicamentos de soporte.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Tabla 14.3. Frecuencia de registro de medicamentos no POS

Medicamento no POS	CNR	Exclusivo*	Combinado**
Daunorrubicina	11	0	11
Filgastrim	5	0	5
Idarrubicina	3	0	3
Dasatinib	1	0	1
Fludarabina	0	0	0

* Exclusivo o acompañado de medicamentos de soporte.

** Combinado con otra terapia sistémica o antineoplásico.

Oportunidad en LLA

La oportunidad entendida como la posibilidad que tienen los individuos para acceder al sistema de salud (8), se encuentra expresada en este documento como número de días a partir de un evento temporal pasado hasta un evento temporal posterior.

En LLA el 21 % de la población prevalente cuenta con datos para establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico transcurren 17 días de mediana y 42 días de media. La diferencia entre la mediana y la media se debe a la presencia de datos extremos y a su dispersión, por lo cual la mediana representa la mejor medida en este caso. Sin embargo tratándose de un diagnóstico de leucemia se consideran tiempos prolongados (ver tabla 14.4 y figura 14.12).

Tabla 14.4. Oportunidad en prevalentes

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico	148	17	7,5-45	41,9	30,5-53,4	1-558

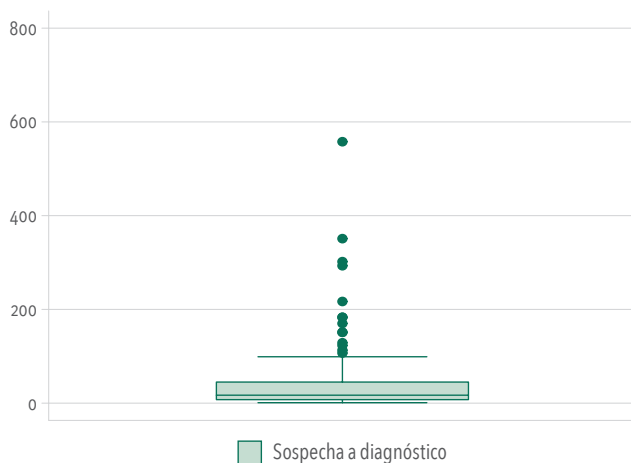


Figura 14.12. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes

En los CNR se pudo establecer el tiempo entre sospecha y diagnóstico del 57 % y el tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento, del 61,4 %. Se encontró que entre la sospecha clínica y el diagnóstico oncológico

trascurren 30 días de mediana y 43 días de media, y entre el diagnóstico y el primer tratamiento, 16 días de mediana y 39 días de media (ver tabla 14.5 y figura 14.13).

Tabla 14.5. Oportunidad en CNR

Tiempos de oportunidad (días)	Observaciones	Mediana	IQR	Media	IC (95 %)	Min-max
Sospecha a diagnóstico	65	30	9-47	42,8	28,7-57,0	1-351
Diagnóstico a primer tratamiento	70	16	5-39	39,0	24,7-53,3	0-297

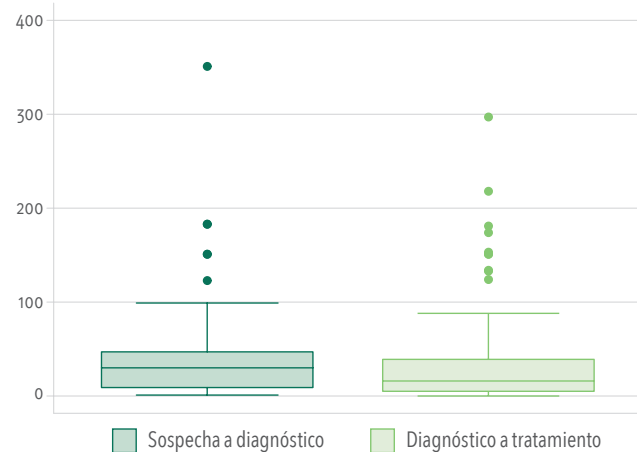


Figura 14.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR

Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico oncológico

El rango temporal de sospecha clínica a diagnóstico fue definido como el tiempo que transcurre entre la nota de remisión, interconsulta de médico o institución general y el momento en que se realiza el diagnóstico oncológico.

En el régimen contributivo el rango de tiempo más frecuente de esta oportunidad fue el de 30 a 59 días; y en el régimen subsidiado, predominó el de 90 días o más (ver figura 14.14). Los demás regímenes cuentan con muy pocas observaciones.

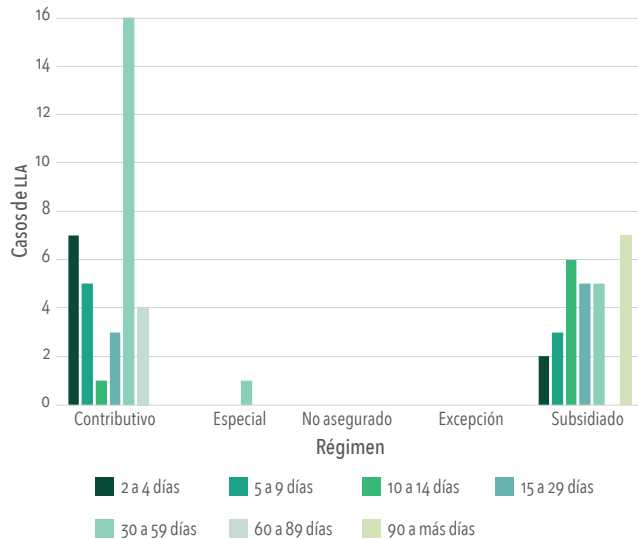


Figura 14.14. Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico

Oportunidad entre diagnóstico oncológico y primer tratamiento

En el régimen contributivo el rango de oportunidad entre el diagnóstico oncológico y el primer tratamiento más frecuente es el de 0 a 4 días y seguido por el de 90 días o más. En el régimen subsidiado predominan los periodos de 5 a 9 días y de 15 a 29 días (ver figura 14.15). Los demás regímenes cuentan con muy pocas observaciones.

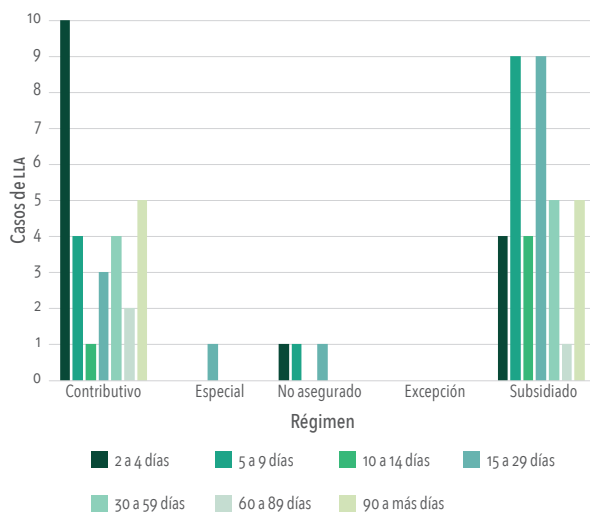


Figura 14.15. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento

Tablas complementarias

Tabla 14.6. Edad promedio de la población adulta con LLA

Frecuencia (n)	Mediana	Media	Desviación estándar	IC (95 %)
705	25	32,4	16,1	[31,2-33,6]

Tabla 14.7. Distribución de LLA según grupo etario y sexo

Grupo etario	Mujeres	Hombres	Total
18 a 19 años	56	68	124
20 a 24 años	98	109	207
25 a 29 años	43	52	95
30 a 34 años	33	28	61
35 a 39 años	10	23	33
40 a 44 años	20	13	33
45 a 49 años	12	14	26
50 a 54 años	27	14	41
55 a 59 años	13	6	19
60 a 64 años	11	9	20
64 a 69 años	12	5	17
70 a 74 años	4	4	8
75 a 79 años	10	8	18
80 a más años	2	1	3
Total	351	354	705

Tabla 14.8. Prevalencia de LLA por departamento*

Departamento	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	2,7	2,7
Arauca	0,6	0,7
Atlántico	1,8	1,8
Bogotá, D. C.	3,6	3,4
Bolívar	0,9	1,0
Boyacá	2,7	2,6
Caldas	4,3	4,0
Caquetá	0,3	0,3
Casanare	2,4	2,2
Cauca	1,4	1,4
Cesar	0,6	0,6
Chocó	0,0	0,0
Córdoba	1,6	1,8
Cundinamarca	1,9	1,9
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	1,6	1,7
La Guajira	0,4	0,5
Magdalena	0,4	0,4
Meta	2,0	2,1
Nariño	1,4	1,5
Norte de Santander	0,3	0,3
Putumayo	0,4	0,5
Quindío	1,9	1,7
Risaralda	3,6	3,4
San Andrés	0,0	0,0
Santander	2,0	1,9
Sucre	1,4	1,5
Tolima	1,0	1,0
Valle del Cauca	2,8	2,7
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	3,2	2,6
Total	2,2	2,2

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 14.9. Prevalencia de LLA por asegurador*

Asegurador	Prevalencia ajustada	Prevalencia cruda
CCFo07	0,0	0,0
CCFo09	6,0	6,7
CCFo15	0,0	0,0
CCFo23	1,8	2,2
CCFo24	2,1	2,3
CCFo27	2,0	2,3
CCFo33	0,0	0,0
CCFo49	1,5	1,3
CCFo53	2,5	2,4
CCFo55	0,0	0,0
CCF102	0,0	0,0
EASo16	0,0	0,0
EASo27	0,0	0,0
EPSo01	4,5	3,7
EPSo02	2,0	2,1
EPSo03	1,6	1,4
EPSo05	3,4	3,3
EPSo08	3,8	3,6
EPSo10	2,5	2,5
EPSo12	4,9	4,5
EPSo16	3,7	3,3
EPSo17	2,2	2,2
EPSo18	3,9	4,1
EPSo20	0,0	0,0
EPSo22	0,3	0,2
EPSo23	1,3	1,4
EPSo25	3,7	3,6
EPSo33	5,0	3,5
EPSo37	2,8	2,4
EPSIo1	0,0	0,0
EPSIo2	4,8	5,0
EPSIo3	1,3	1,5
EPSIo4	0,0	0,0
EPSIo5	0,4	0,5
EPSIo6	10,7	10,5
EPSSo3	1,2	1,3
EPSS33	0,8	0,8
EPSS34	6,1	5,7
EPSS40	3,2	3,3
EPSS41	0,7	0,7
ESSo02	1,4	1,5
ESSo24	0,4	0,5
ESSo62	1,3	1,4
ESSo76	1,0	1,3
ESSo91	3,5	4,0
ESS118	1,5	1,6
ESS133	0,8	0,9
ESS207	2,6	2,9
Total	2,1	2,1

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 14.10. PCNR de LLA por departamento*

Departamento	PCNR ajustada	PCNR cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	0,4	0,4
Arauca	0,6	0,7
Atlántico	0,3	0,3
Bogotá, D. C.	0,6	0,6
Bolívar	0,0	0,0
Boyacá	0,7	0,7
Caldas	0,6	0,6
Caquetá	0,3	0,3
Casanare	2,0	1,8
Cauca	0,4	0,4
Cesar	0,0	0,0
Chocó	0,0	0,0
Córdoba	0,4	0,4
Cundinamarca	0,3	0,3
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	0,3	0,3
La Guajira	0,0	0,0
Magdalena	0,1	0,1
Meta	0,3	0,3
Nariño	0,2	0,2
Norte de Santander	0,1	0,1
Putumayo	0,0	0,0
Quindío	0,3	0,2
Risaralda	0,4	0,4
San Andrés	0,0	0,0
Santander	0,1	0,1
Sucre	0,2	0,2
Tolima	0,3	0,3
Valle del Cauca	0,3	0,3
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	0,3	0,3

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 14.11. PCNR de LLA por asegurador*

Asegurador	PCNR ajustada	PCNR cruda
CCF007	0,0	0,0
CCF009	0,9	1,3
CCF015	0,0	0,0
CCF023	0,0	0,0
CCF024	1,2	1,1
CCF027	0,0	0,0
CCF033	0,0	0,0
CCF049	0,0	0,0
CCF053	1,2	1,2
CCF055	0,0	0,0
CCF102	0,0	0,0
EAS016	0,0	0,0
EAS027	0,0	0,0
EPS001	0,0	0,0
EPS002	0,0	0,0
EPS003	0,0	0,0
EPS005	0,4	0,4
EPS008	1,6	1,5
EPS010	0,4	0,4
EPS012	0,0	0,0
EPS016	0,5	0,4
EPS017	0,2	0,2
EPS018	1,1	1,1
EPS020	0,0	0,0
EPS022	0,3	0,2
EPS023	0,0	0,0
EPS025	3,7	3,6
EPS033	0,0	0,0
EPS037	0,3	0,4
EPSI01	0,0	0,0
EPSI02	1,5	1,4
EPSI03	0,4	0,4
EPSI04	0,0	0,0
EPSI05	0,4	0,5
EPSI06	8,1	8,4
EPSS03	0,0	0,0
EPSS33	0,5	0,5
EPSS34	1,2	1,1
EPSS40	0,3	0,3
EPSS41	0,0	0,0
ESS002	0,6	0,6
ESS024	0,2	0,2
ESS062	0,2	0,2
ESS076	0,0	0,0
ESS091	0,4	0,4
ESS118	0,2	0,2
ESS133	0,1	0,2
ESS207	0,4	0,4
Total	0,3	0,3

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 14.12. Mortalidad por LLA por departamento*

Departamento	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
Amazonas	0,0	0,0
Antioquia	0,4	0,4
Arauca	0,0	0,0
Atlántico	0,3	0,3
Bogotá, D. C.	0,6	0,6
Bolívar	0,1	0,1
Boyacá	0,4	0,3
Caldas	0,6	0,6
Caquetá	0,3	0,3
Casanare	0,4	0,4
Cauca	0,3	0,3
Cesar	0,3	0,3
Chocó	0,0	0,0
Córdoba	0,8	0,8
Cundinamarca	0,1	0,1
Guainía	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0
Huila	0,0	0,0
La Guajira	0,0	0,0
Magdalena	0,0	0,0
Meta	0,5	0,5
Nariño	0,2	0,2
Norte de Santander	0,2	0,2
Putumayo	0,4	0,5
Quindío	0,0	0,0
Risaralda	0,8	0,7
San Andrés	0,0	0,0
Santander	0,3	0,3
Sucre	0,0	0,0
Tolima	0,2	0,2
Valle del Cauca	0,8	0,8
Vaupés	0,0	0,0
Vichada	0,0	0,0
Total	0,4	0,4

* Por 100 000 habitantes.

Tabla 14.13. Mortalidad de LLA por asegurador*

Asegurador	Mortalidad ajustada	Mortalidad cruda
CCF007	0,0	0,0
CCF009	0,0	0,0
CCF015	0,0	0,0
CCF023	0,0	0,0
CCF024	0,0	0,0
CCF027	0,0	0,0
CCF033	0,0	0,0
CCF049	1,4	1,2
CCF053	0,0	0,0
CCF055	0,0	0,0
CCF102	0,0	0,0
EAS016	0,0	0,0
EAS027	0,0	0,0
EPS001	0,6	0,6
EPS002	0,5	0,5
EPS003	0,2	0,2
EPS005	0,8	0,9
EPS008	0,6	0,5
EPS010	0,2	0,3
EPS012	1,3	1,4
EPS016	0,5	0,5
EPS017	0,2	0,2
EPS018	1,2	1,3
EPS020	0,0	0,0
EPS022	0,0	0,0
EPS023	0,0	0,0
EPS025	0,0	0,0
EPS033	4,6	3,4
EPS037	0,4	0,4
EPSI01	0,0	0,0
EPSI02	2,5	2,6
EPSI03	0,0	0,0
EPSI04	0,0	0,0
EPSI05	0,0	0,0
EPSI06	3,9	3,7
EPSS03	0,1	0,1
EPSS33	0,2	0,2
EPSS34	1,4	1,3
EPSS40	0,8	0,8
EPSS41	0,0	0,0
ESS002	0,6	0,5
ESS024	0,1	0,1
ESS062	0,3	0,3
ESS076	0,1	0,1
ESS091	0,4	0,4
ESS118	0,4	0,4
ESS133	0,1	0,1
ESS207	0,3	0,3
Total	0,4	0,4

* Por 100 000 afiliados.

Tabla 14.14. Clasificación del riesgo de LLA según régimen de afiliación

Riesgo	Contributivo	Excepción	No asegurado	Especial	Subsidiado
Bajo	12	0	1	0	8
Intermedio	1	0	0	0	2
Alto	12	0	2	0	6
No establecido	31	1	0	0	38
Total	56	1	3	0	54

Bibliografía

- American Cancer Society. What Is Acute Lymphocytic Leukemia? [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/acute-lymphocytic-leukemia/about/what-is-all.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Instituto Nacional de Cancerología ESE. Guía de práctica clínica para la detección, tratamiento y seguimiento de leucemias linfoblástica y mieloide en población mayor de 18 años. 2014. 1-1081 p. Guía en prensa.
- Pui CH, Robison LL, Look AT. Acute lymphoblastic leukaemia. Lancet. 2008/03/25. 2008;371(9617):1030-43.
- American Cancer Society. What Are the Risk Factors for Acute Lymphocytic Leukemia? [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/acute-lymphocytic-leukemia/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
- Swerdlow S H. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissue. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues Fourth Edition Lyon France International Agency for Research on Cancer. 2008.
- Sánchez M, Osnaya ML, Rosas JV. Leucemia linfoblástica aguda. Med Interna México [Internet]. 2007;23(1):26-33. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2007/mim071e.pdf>
- NCCN. Acute Lymphoblastic Leukemia. 2012; Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/all.pdf
- 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>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 14.1. Casos totales y prevalencia según régimen de afiliación	260
Tabla 14.2. Frecuencia de registro de medicamentos POS	263
Tabla 14.3. Frecuencia de registro de medicamentos no POS	263
Tabla 14.4. Oportunidad en prevalentes	264
Tabla 14.5. Oportunidad en CNR	264
Tabla 14.6. Edad promedio de la población adulta con LLA	265
Tabla 14.7. Distribución de LLA según grupo etario y sexo	265
Tabla 14.8. Prevalencia de LLA por departamento	266
Tabla 14.9. Prevalencia de LLA por asegurador	266
Tabla 14.10. PCNR de LLA por departamento.....	267
Tabla 14.11. PCNR de LLA por asegurador.....	267
Tabla 14.12. Mortalidad por LLA por departamento	268
Tabla 14.13. Mortalidad de LLA por asegurador.....	268
Tabla 14.14. Clasificación del riesgo de LLA según régimen de afiliación	269

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 14.1. Histograma de edad en adultos con LLA.	259
Figura 14.2. Distribución de LLA según grupo etario y sexo.	260
Figura 14.3. Distribución de LLA según sexo	260
Figura 14.4. Prevalencia de LLA por departamento	260
Figura 14.5. Morbimortalidad por LLA.	261
Figura 14.6. PCNR de LLA por departamento	261
Figura 14.7. PCNR de LLA respecto a PCNR de cáncer global en adultos	261
Figura 14.8. Mortalidad por LLA por departamento.	261
Figura 14.9. Clasificación del riesgo de LLA en adultos.	262
Figura 14.10. Clasificación del riesgo de LLA según régimen de afiliación	262
Figura 14.11. Proporción de casos según tipo de tratamiento recibido en el periodo	263
Figura 14.12. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en prevalentes.	264
Figura 14.13. Cajas y bigotes de tiempo de oportunidad en CNR	264
Figura 14.14. Oportunidad entre sospecha clínica y diagnóstico.	265
Figura 14.15. Oportunidad entre diagnóstico y primer tratamiento.	265



Este libro fue realizado en caracteres
Avenir Next en el mes de septiembre de 2017
Bogotá, D. C., Colombia



REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
Ministerio de Hacienda y Crédito Público



Libertad y Orden