

Boletín Epidemiológico INC

ISSN 2145-0196

No. **14**
2021

Publicación anual · Bogotá, D.C., Colombia.



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

Boletín Epidemiológico INC

No. 14. Año. 2021. Publicación anual
Bogotá, D.C., Colombia.

ISSN 2145-0196



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

Boletín Epidemiológico INC, No. 14, Año 2021

ISSN 2145-0196

© Instituto Nacional de Cancerología, 2022

Autores: Constanza Pardo Ramos, Johanna Fuentes, Ricardo Brugés

Citar como: Pardo C, Fuentes J, Brugés R. Boletín Epidemiológico INC, No.14, 2021. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Cancerología ESE; 2021, p. 35

Diseño y diagramación:

Luz Ángela Aguilar Ortigoza

Equipo de Comunicaciones

Instituto Nacional de Cancerología – ESE

Corrección de estilo:

Bernardo Rengifo

Bogotá, D.C, Colombia

Este trabajo fue realizado con recursos propios del Instituto Nacional de Cancerología, ESE (Programa Vigilancia Epidemiológica del Cáncer).

©Instituto Nacional de Cancerología ESE, 2022

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito del Instituto Nacional de Cancerología. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

CAROLINA WIESNER CEBALLOS
Directora General

MARTHA LUCÍA SERRANO LÓPEZ
**Subdirectora de Investigaciones,
Vigilancia Epidemiológica, Promoción y
Prevención**

LINA MARÍA TRUJILLO SÁNCHEZ
Subdirectora Médica y de Docencia

JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO
Subdirector Administrativo y Financiero



Contenido

Introducción

Constanza Pardo Ramos

6

1

Vigilancia epidemiológica de COVID – 19

Constanza Pardo Ramos

7

2

Resultados de la notificación al SIVIGILA en 2020

Constanza Pardo Ramos

Johanna Fuentes Caro

14

3

Indicadores de los certificados de defunción 2020

Constanza Pardo Ramos

Johanna Fuentes Caro

24

4

Cáncer y COVID-19 en Colombia

Ricardo Elías Bruges Maya, M.D.

Coordinador Grupo Área

Unidades médicas INC

29

Referencias bibliográficas

33

Coordinación editorial:

Constanza Pardo Ramos

Coordinadora Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer

cpardo@cancer.gov.co

Introducción

La enfermedad confirmada como SARS-CoV-2 y denominada por la Organización Mundial de la Salud-OMS como COVID-19, es originada por el coronavirus y por lo general causa infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) (1). La enfermedad por coronavirus se definió como una emergencia de salud pública de importancia internacional para evitar y reducir la propagación de la infección (2). El SARS-CoV-2 ha cambiado con el paso del tiempo; hasta la fecha se han detectado cientos de variaciones del virus en todo el mundo y su transmisión es principalmente entre personas. Actualmente, se reconocen cuatro géneros pertenecientes a la familia de los coronavirus: alphacoronavirus, betacoronavirus, gammacoronavirus y deltacoronavirus; el nuevo coronavirus responsable de la pandemia actual de la COVID-19 pertenece a la familia de los betacoronavirus (3).

En 2020, la Organización Panamericana de la Salud-OPS reportó en el mundo 80.391.847 casos y 1.774.626 muertes por COVID-19; la región de las Américas reportó el 43,6% de los casos y el 47,8% de las muertes. En Colombia, la carga de la enfermedad por COVID-19 reportó 1.614.822 casos y 42.620 muertes y la tasa de incidencia nacional fue de 3.205,8 casos por cada 100.000 habitantes. La enfermedad afectó principalmente a la población adulta (60 años y más), con 245.685 casos y 33.050 muertes. La concentración estuvo principalmente en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena (4). Los datos de vigilancia de COVID-19 reflejaron un riesgo elevado para la clase trabajadora, con un 75% de los casos entre los 20 y los 59 años (5).

El riesgo de enfermar gravemente tras infectarse por SARS-CoV-2 es mayor en personas con una enfermedad subyacente o comorbilidad. Una de estas comorbilidades es el cáncer, con inmunosupresión directa por la enfermedad o causada por el tratamiento, lo cual hace a las personas extremadamente vulnerables, y por ende, conlleva al diseño de estrategias específicas de protección, manejo y cuidado en esta población (6).

El presente boletín describe las características generales y el proceso de notificación del COVID-19 en el INC, en el marco del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Además, se presentan como temas de interés el Cáncer y el COVID-19 en Colombia y los resultados de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública y de las estadísticas vitales durante el año 2020.

1

Vigilancia epidemiológica del Covid - 19



Vigilancia epidemiológica del Covid-19

La enfermedad por SARS-CoV-2, denominada por la OMS como COVID-19, varía en su presentación clínica, desde personas infectadas con pocos síntomas o asintomáticas (80%), hasta personas con cuadros clínicos moderados o graves que pueden llevar a la muerte. Los síntomas más frecuentes son la fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), tos y dificultad para respirar, entre otros (7). La vía de transmisión del SARS-CoV-2 ocurre principalmente por gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones que contienen el virus. También puede ocurrir en procedimientos que generen aerosoles y en espacios cerrados sin ventilación por más de 60 minutos (8). El período promedio de incubación de la enfermedad se ha definido en cinco días, con un intervalo de uno a catorce días luego de la exposición con un caso confirmado de la COVID-19 (8).

El Sistema nacional de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) captó el primer caso confirmado de COVID-19 el 6 de marzo de 2020 en Bogotá. Con la confirmación de este caso, el Instituto Nacional de Salud activó su Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-ESP) e inició la etapa de contención de la epidemia. Con el fin de disminuir el efecto del COVID-19 en la población y el impacto en los servicios de salud, inicialmente se establecieron medidas no farmacológicas, con énfasis en los grupos de mayor riesgo (mayores de 70 años) y algunas comorbilidades médicas (cáncer, hipertensión arterial, problemas cardíacos o diabetes), por la alta probabilidad de enfermar de forma grave. Esta vigilancia se acompañó además del ingreso de los casos positivos diagnosticados por el laboratorio al aplicativo nacional SISMUESTRAS (8).

Para la vigilancia en salud pública de la COVID-19 en el INC, se tuvieron en consideración las características de la población atendida (con cáncer), que Covid-19 es un evento prevenible y el impacto social que conlleva. Por ello, se adoptaron las estrategias definidas en la vigilancia basada en eventos (rutinaria) y la vigilancia innovadora (entre la cual se cuenta el tamizaje con pruebas de laboratorio) de la infección respiratoria aguda y su adaptación para COVID-19. Para la atención de pacientes, el plan de acción se organizó en tres etapas (preparación, contención y mitigación) y con orientación al diagnóstico temprano, tratamiento, prevención y control de la COVID-19, con el fin de proteger la salud de los pacientes, sus familias y los empleados de la institución (4).

En 2020 fueron notificados por el INC 661 casos de COVID-19, 54,2% en mujeres. Cerca del 42% (277 casos) en pacientes mayores de 60 años. La concentración de los casos estuvo entre los 40 y 79 años, con 72,2% (477 casos). Los diagnósticos oncológicos más comunes entre los casos notificados correspondieron a linfomas, leucemias y tumores malignos de mama, próstata y colon-recto, para el 46,5% (307) de los casos. Del total de casos, 415 (62,8%) pertenecían al régimen subsidiado y el 48% (317) tuvo como ocupación el hogar (Tabla 1).

Tabla 1. Características del COVID-19 en el INC, 2020

Variable	Niveles de la variable	N	%
Año de notificación	2020	661	100
Sexo	Masculino	303	45,8
	Femenino	358	54,2
Edad	0 a 9 años	17	2,6
	10 a 19 años	33	5,0
	20 a 39 años	108	16,3
	40 a 59 años	226	34,2
	60 a 79 años	251	38,0
	80 años y más	26	3,9
Diagnóstico oncológico	Linfomas	97	14,7
	Leucemias	69	10,4
	Tumor maligno de mama	57	8,6
	Tumor maligno de próstata	38	5,7
	Tumor maligno de colon y recto	46	7,0
	Tumor maligno de cuello del útero	24	3,6
	Tumor maligno de tiroides	23	3,5
	Tumor maligno de estómago	20	3,0
	Mieloma múltiple	20	3,0
	Tumor maligno de vejiga urinaria	11	1,7
	Tumor maligno de bronquios o pulmón	9	1,4
	Tumor maligno de riñón	9	1,4
	Tumor maligno de laringe	8	1,2
	Otro tipo de tumores	201	30,4
	Otra condición (funcionarios)	29	4,4
Régimen de salud	Contributivo	225	34,0
	Subsidiado	415	62,8
	No afiliado	12	1,8
	Especial	5	0,8
	Excepción	4	0,8
Ocupación	Hogar	317	48,0
	Cesante o sin ocupación o desempleado	173	26,2
	Estudiante	31	4,7
	Profesionales de la salud	27	4,1
	Menor de edad	17	2,6
	Operarios	10	1,5
	Vendedor de tienda	7	1,1
	Personas que realizan trabajos varios	7	1,1
	Otros tipos de ocupación	72	11,1

Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2020

Descripción de la vigilancia del COVID-19

Se adopta una vigilancia basada en eventos, con el fin de intensificar la vigilancia en salud pública de la infección respiratoria aguda para la detección del nuevo virus SARS-CoV-2, con dos componentes. El primero, la vigilancia pasiva, realizada a partir de la consulta o atención espontánea de las personas en las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas (Unidades Primarias Generadoras de Datos-UPGD o Unidades Informadoras-UI). El segundo, la vigilancia activa, a partir del rastreo de contactos de los casos probables o confirmados detectados en la vigilancia pasiva. Puede requerir la búsqueda activa comunitaria en lugares tales como el hogar, el trabajo, los centros carcelarios y penitenciarios, las instituciones de protección social o familiar, las instituciones de salud, las comunidades cautivas, la población de alta movilidad, entre otras.

Esta vigilancia está integrada con el sistema de gestión de riesgo de eventos de interés en salud pública, brotes y epidemias. Los casos de COVID-19 son eventos para monitorear como alertas tempranas, y aquellos que ameritan un análisis a mayor profundidad son llevados a una sala de análisis del riesgo donde permanentemente se evalúa la situación de un municipio o departamento. Los usuarios del presente protocolo serán todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades territoriales del orden municipal, departamental y distrital, así como entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) (8).

Definiciones operativas de caso

Para COVID-19 se identifican cuatro definiciones operativas de caso (Tabla 2).

Tabla 2. Definición operativa de caso

Caso +	Características de la clasificación
Caso probable 1.	Persona con al menos uno de los siguientes síntomas: fiebre cuantificada mayor o igual a 38°C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/astenia, anosmia o hipogeusia que requiera hospitalización, y que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones: • Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas. • Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor.
Infección Respiratoria Aguda Grave o Enfermedad por Coronavirus - COVID grave (Cód. 346)	• Antecedentes de contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19. • Miembros de población especial, tales como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privados de la libertad o migrantes. • Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral. • Adulto mayor de 60 años. • Persona con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y fumadores. • Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema. • Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días (inmunocromatografía) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas.

Caso Probable 2.

Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo, con manejo domiciliario (Cód. 346)

Persona con al menos uno de los siguientes síntomas: fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/astenia, anosmia o hipogeusia que no requiera hospitalización y que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:

- Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.
- Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor.
- Antecedentes de contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19.
- Miembro de población especial, tal como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privados de la libertad o migrantes.
- Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral.
- Adulto mayor de 60 años.
- Personas con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y fumadores.
- Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema.
- Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días (inmunocromatografía) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas.

Caso probable 4.

Muerte probable por COVID-19 (Cód. 346)

Todas las muertes por infección respiratoria aguda grave, con cuadro clínico de etiología desconocida durante la consulta, la admisión, la observación, la hospitalización o en el domicilio y que cumpla con alguna de las siguientes condiciones:

- Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.
- Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor.
- Antecedentes de contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19.
- Miembro de población especial, tal como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privados de la libertad o migrantes.
- Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral.
- Adulto mayor de 60 años.
- Persona con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y fumadores.
- Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema.
- Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días (inmunocromatografía) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas.

Todas las muertes deben ser evaluadas para establecer el agente etiológico, incluyendo SARS-CoV-2 (COVID-19). Esto incluye una evaluación de los contactos para COVID-19.

	Es considerado caso asintomático:
	• Contacto estrecho de caso confirmado de COVID-19 que no ha manifestado síntomas en los primeros 7 días posteriores a la última exposición no protegida.
Caso 5.	• Personas asintomáticas para COVID-19 que en los últimos treinta (30) días hayan sido sometidas a un tamizaje previo por un procedimiento quirúrgico (por ejemplo, trasplante), para el ingreso o el retorno al trabajo, para el monitoreo de riesgo en una población cerrada o por iniciativa propia.
Caso Asintomático (Cód. 346)	Los contactos estrechos de caso confirmado son registrados inicialmente en el formato “Seguimiento a contactos de casos positivos COVID-19” (Apéndice 2 a la notificación de los casos 346) e ingresados a Sivigila (o CoronApp médico) mediante el Cód. 346 cuando sean contactados uno a uno para la evaluación de síntomas sea por rastreo manual (IEC) o digital (llamada o contact center). • A las personas asintomáticas que no sean contactos estrechos de caso confirmado se les debe diligenciar ficha Cod-346, pero se ingresan en el sistema sólo si fueron positivas.

+El Caso 3 fue excluido de las definiciones de caso. Paulatinamente se irá retomando la vigilancia centinela de virus respiratorios para la determinación de la circulación de otros virus. Se mantuvo la numeración del tipo de caso por su uso frecuente en los equipos de vigilancia.

Fuente: Orientaciones para la Vigilancia en Salud Pública de la Covid19. Instituto Nacional de Salud. Versión 02. 23 de julio de 2020

Notificación

Los casos probables deben ser reportados por la UPGD o UI, de manera inmediata a la oficina de vigilancia del municipio (unidad notificadora) e ingresarlos al subsistema de información mediante el aplicativo SIVIGILA. El ingreso inmediato al sistema es útil para generar una alerta electrónica a las oficinas departamentales o distritales de vigilancia en salud pública, a las 12 de 51 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y al Instituto Nacional de Salud (procedimiento denominado notificación súper-inmediata). Esta notificación sólo requiere del ingreso de datos básicos, pero debe asegurarse el diligenciamiento secuencial o posterior de los datos complementarios.

Flujo de información

El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) y desde las unidades informadoras (UI) con reportes inmediatos desde su estado probable (teléfono, vía web o chat) a la oficina de vigilancia del municipio y departamento (unidad notificadora - Secretaría Distrital de Salud (SDS), en nuestro caso, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente), e ingresados a SIVIGILA.

Para consultar más información general remítase al documento “Orientaciones para la Vigilancia en Salud Pública de la Covid19” (disponible en www.ins.gov.co) <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/orientaciones-vigilancia-salud-publica-covid.pdf>.

Responsabilidades del INC

- Notificar de manera inmediata los casos probables de COVID-19 que sean atendidos en casa, en consulta externa o de urgencias, en observación, en hospitalización o en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), incluyendo las Unidades de Cuidado Intermedio, e incluir cruce de información con la base RUAF.
- Registrar en el aplicativo SISMUESTRAS los casos positivos diagnosticados por el laboratorio y garantizar su notificación inmediata.
- Garantizar la notificación de los pacientes asintomáticos, con resultado positivo, procesado por el laboratorio del Instituto.
- Realizar búsqueda activa institucional, utilizando datos provenientes de diferentes fuentes de información primaria y secundaria, para detectar casos no captados en la vigilancia rutinaria, en los servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa y UCI.
- Definir estrategias que permitan la caracterización epidemiológica y análisis del riesgo de conglomerados por COVID-19.
- Prestar los servicios de salud necesarios para la atención de pacientes positivos que requieran hospitalización y garantizar la educación al paciente sobre cuidados y aislamiento, en pacientes asintomáticos y ambulatorios.

2

Resultados de la notificación al **SIVIGILA en 2020**



Resultados de la notificación al SIVIGILA en 2020

Eventos de notificación obligatoria

Durante el 2020 se reportaron al SIVIGILA 1.287 casos individuales de eventos de interés en salud pública, en mujeres 641 (49,8%). Casos confirmados 769 en total, por laboratorio clínico 763 (59,3%). Los dos eventos más notificados correspondieron a IRA individual (1.177 casos) y cáncer en menores de 18 años (66 casos). De los casos de IRA individual, se presentaron 661 (56,2%) casos confirmados para COVID-19 y se descartaron 516 casos (513 por laboratorio y 3 casos mediante unidad de análisis institucional). Un evento de violencia de género e intrafamiliar, que ingresó como sospechoso, no se ajustó por directriz de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente-SDS. Un caso de tos ferina fue procesado y descartado por laboratorio clínico en SDS (Tabla 3).

El laboratorio del Instituto Nacional de Cancerología fue certificado por el Instituto Nacional de Salud, en la realización de pruebas para la identificación de SARS-CoV2, por lo que se logró una excelente oportunidad en la detección o descarte del virus. Adicionalmente, la Subred Centro Oriente-SDS, autorizó el ingreso de eventos confirmados por laboratorio de COVID-19.

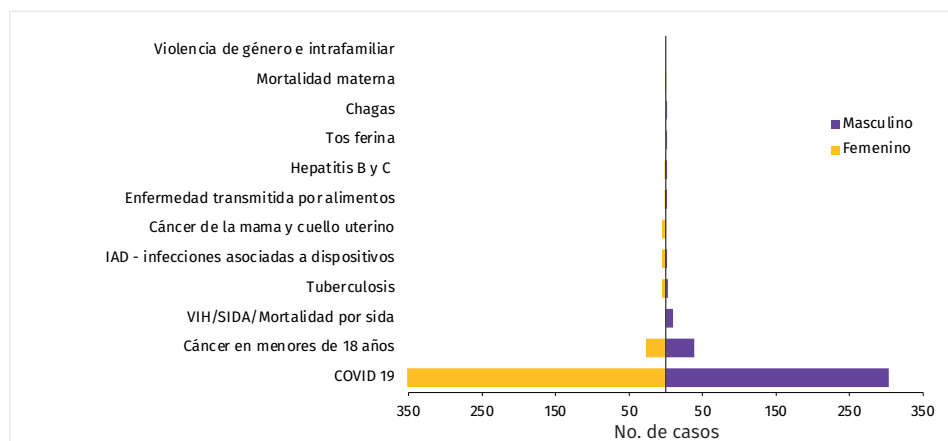
Tabla 3. Distribución de eventos de interés en salud pública notificados, por clasificación de caso, INC, 2020

Evento			Confirmado		Descartado	Total
	Sospechoso	Probable	Por laboratorio	Por clínica		
Cáncer de la mama y cuello uterino	0	0	5	0	0	5
Cáncer en menores de 18 años	0	0	66	0	0	66
Chagas	0	0	1	0	0	1
Enfermedad transmitida por alimentos	0	0	1	3	0	4
IRA individual	0	0	661	0	516	1.177
Hepatitis B y C	0	0	4	0	0	4
IAD - infecciones asociadas a dispositivos	0	0	7	0	0	7
Mortalidad materna	0	0	0	1	0	1
Tos ferina	0	0	1	0	1	2
Tuberculosis	0	0	7	2	0	9
Violencia de género e intrafamiliar	1	0	0	0	0	1
VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	0	0	10	0	0	10
Total	1	0	763	6	517	1.287

Fuente. Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. INC. 2020

La distribución de los eventos confirmados (769), según sexo, reportó 408 (53,1%) de los casos en mujeres. Después del COVID-19, los eventos de mayor notificación fueron el cáncer en menores de 18 años, la tuberculosis y VIH/Sida/Mortalidad por SIDA (Fig. 1)

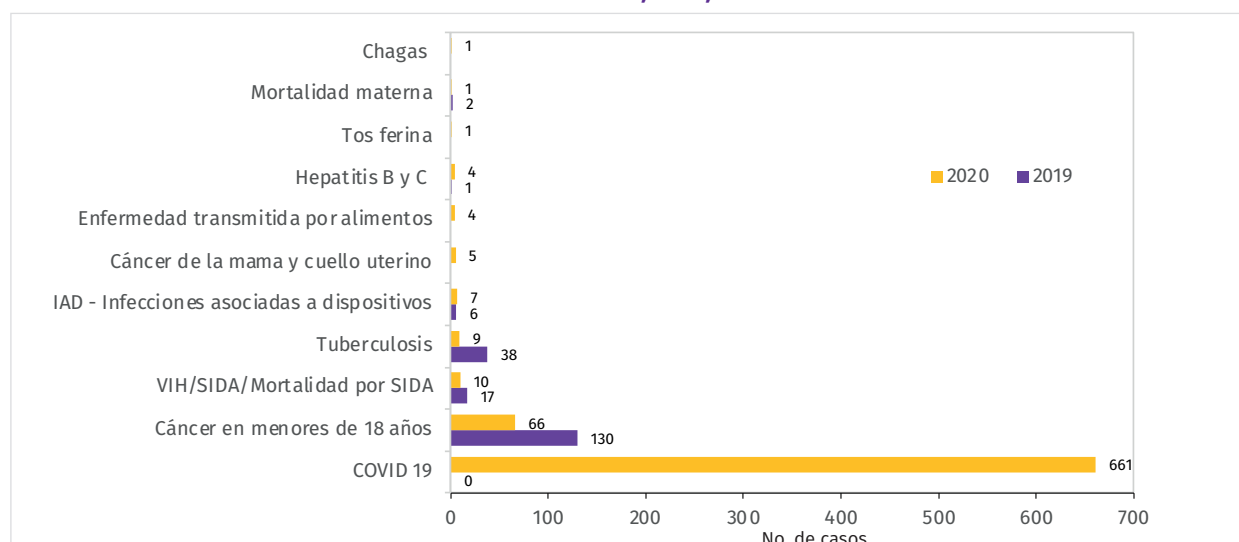
Figura 1. Distribución de eventos de interés en salud pública confirmados, por sexo, INC 2020



Fuente. Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. INC. 2020

En el 2020, la pandemia de COVID-19 produjo un incremento en el número de casos confirmados reportados al SIVIGILA (569 casos más que en el 2019). Sin embargo, la notificación para otros eventos presentó un descenso, debido al confinamiento y el temor de las personas a consultar a los servicios de salud. Ejemplo de esto, el cáncer en menor de 18 años pasó de 130 casos en 2019 a 66 en 2020, VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA de 17 a 10 casos y tuberculosis de 38 a 9 casos. En eventos, como cáncer de mama y cuello uterino, pasó de cero casos en 2019 a 5 en 2020, debido a la realización de la búsqueda activa institucional y la articulación con los servicios tratantes. En 2020, se presentó un brote de enfermedad transmitida por alimentos con 4 casos, el cual fue intervenido y controlado por el grupo de infecciones intrahospitalarias, con el acompañamiento de la SDS (Fig. 2).

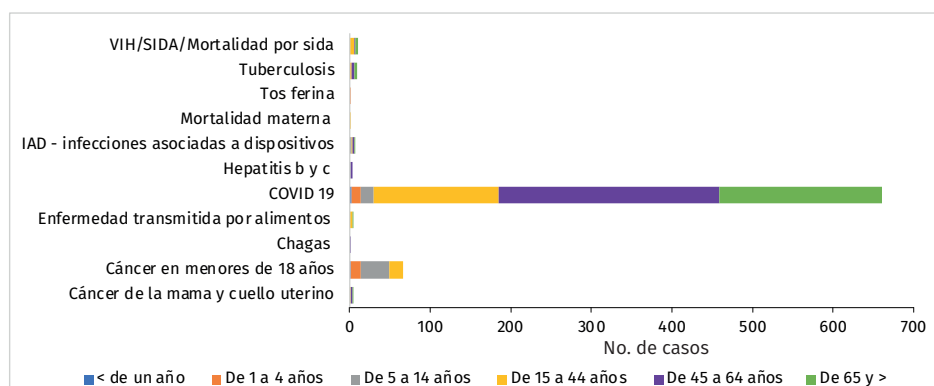
Figura 2. Distribución de eventos de interés en salud pública confirmados, por año de notificación, INC, 2019 – 2020



Fuente. Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. INC. 2019, 2020

En la distribución por grupos de edad, el evento COVID-19 quedó principalmente en los grupos de 45 a 64 años y de 65 y más. El evento de cáncer en menores de 18 años se distribuyó en los grupos etarios de 1 a 4 años y 5 a 14 años; VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA predominó en pacientes entre los 15 y 44 (Fig. 3).

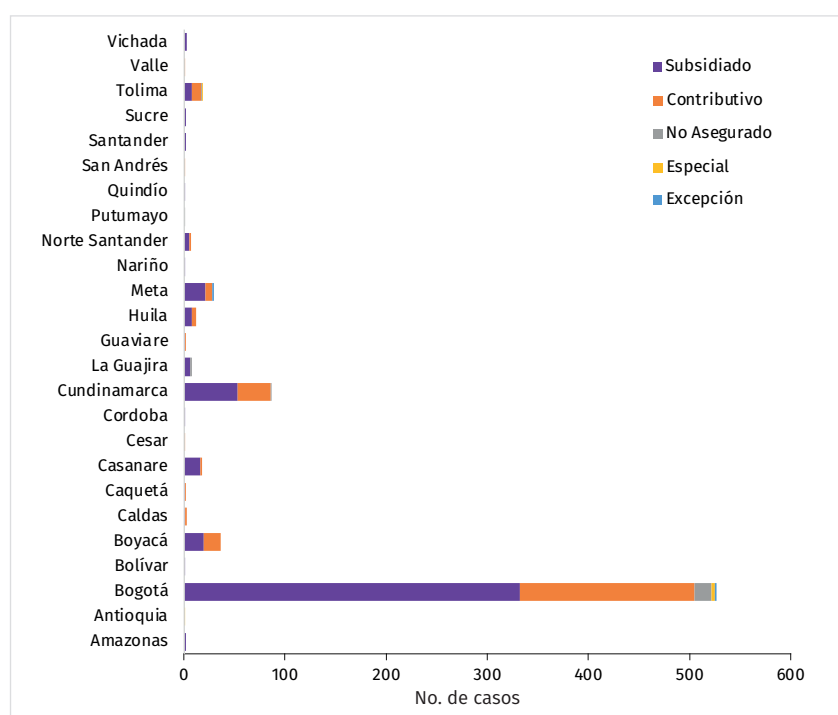
Figura 3. Distribución de eventos de interés en salud pública confirmados, por grupo de edad, INC, 2020



Fuente. Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. INC. 2020

La mayoría de los casos notificados de eventos de interés en salud pública correspondió a residentes de Bogotá (527 - 68,5% de los reportes), seguidos de residentes en los departamentos de influencia Cundinamarca, Boyacá, Meta y Tolima (Fig. 4). De los casos notificados, el 63,3% (487 eventos) se presentó en pacientes que pertenecen al régimen subsidiado y el 33% (254) al régimen contributivo. Se identificaron 22 (2,9%) casos en pacientes no asegurados al SGSSS (Fig. 4).

Figura 4. Distribución de eventos de interés en salud pública confirmados, por régimen de afiliación al SGSSS, según lugar de residencia habitual, INC, 2020



Fuente. Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. INC. 2020

Se notificaron 173 defunciones consideradas eventos de interés en salud pública; el 87,3% (151 muertes) por COVID-19. Dada la naturaleza de la institución, el siguiente evento que presentó mayor frecuencia de muertes fue el cáncer en menores de 18 años, seguido por el evento VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA, tuberculosis y mortalidad materna. La mortalidad materna se consideró tardía, ocurrió en los 12 meses siguientes al parto, no por causa obstétrica sino debido a la enfermedad oncológica de base. De igual forma, los 2 pacientes notificados por Hepatitis B y tos ferina fallecieron a causa de su enfermedad crónica de base (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de muertes por eventos de interés en salud pública, según sexo, INC, 2020

Evento	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
COVID-19	79	72	151
Cáncer en menores de 18 años	5	7	12
VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	1	4	5
Tuberculosis	2	0	2
Hepatitis B, C	0	1	1
Mortalidad materna	1	0	1
Tos ferina	0	1	1
Total	88	85	173

Fuente. Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. INC. 2020

De los eventos confirmados y notificados al SIVIGILA (n=769), se observó que 85 pacientes (11,1%) tuvieron diagnóstico de linfoma no Hodgkin, 74 (9,6%) con leucemia linfocítica, 61 (7,9%) presentaron tumor maligno de mama, 55 casos (7,2%) con tumor maligno de colon, recto y ano, y 38 (4,9%) con tumor maligno de próstata (Tabla 5). Para este análisis, se incluyeron 35 casos (4,6%) de COVID-19 sin enfermedad oncológica; éstos ocurrieron en profesionales de la salud y otras personas que accedieron al examen de manera particular en el laboratorio del Instituto y por su resultado positivo fueron ingresados en la notificación de SIVIGILA (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de pacientes por diagnóstico oncológico con eventos de interés en salud pública confirmados, según sexo, INC, 2020

Diagnóstico Oncológico*	Evento	Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
B21 - Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en tumores malignos	Cáncer en menores de 18 años	0	2	2
	COVID-19	1	1	2
	Hepatitis B, C	0	1	1
	VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	0	3	3
	VIH/SIDA/mortalidad por SIDA	1	1	2
C01 - C02 - Tumor maligno de la base de la lengua y otras partes y de las no especificadas de la lengua	COVID-19	4	4	8

Diagnóstico Oncológico*	Evento	Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
C07 - Tumor maligno de la glándula parótida	COVID-19	1	2	3
C09 - Tumor maligno de la amígdala	COVID-19	1	0	1
C10 - Tumor maligno de la orofaringe	COVID-19	0	2	2
C11 - Tumor maligno de la nasofaringe	COVID-19	0	1	1
C16 - Tumor maligno del estómago	COVID-19	12	12	24
	IAD - Infecciones asociadas a dispositivos	1	0	1
	Tuberculosis	0	1	1
C18 - C21- Tumor maligno del colon, recto y ano	COVID-19	21	32	53
	Hepatitis B, C	0	1	1
	IAD - Infecciones asociadas a dispositivos	1	0	1
C22 - Tumor maligno del hígado y de las vías biliares	Cáncer en menores de 18 años	0	1	1
	COVID-19	3	2	5
C23 - Tumor maligno de la vesícula biliar	COVID-19	4	1	5
C24 - Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de las vías biliares	COVID-19	1	0	1
C25 - Tumor maligno del páncreas	COVID-19	4	2	6
C30 - Tumor maligno de las fosas nasales y del oído	Cáncer en menores de 18 años	0	1	1
	COVID-19	1	1	2
C31 - Tumor maligno de los senos paranasales	IAD - Infecciones asociadas a dispositivos	0	1	1
C32 - Tumor maligno de la laringe	COVID-19	2	6	8
C33 - Tumor maligno de la tráquea	COVID-19	0	1	1
C34 - Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	COVID-19	5	5	10
C40 - C41 - Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares	Cáncer en menores de 18 años	2	4	6
	COVID-19	8	5	13
C43 - Melanoma maligno de la piel	Cáncer en menores de 18 años	1	0	1
	COVID-19	9	9	18
C44 - Otros tumores malignos de la piel	Cáncer de mama y cuello uterino	1	0	1
	Cáncer en menores de 18 años	0	1	1
	COVID-19	10	4	14
C46 - Sarcoma de Kaposi	COVID-19	0	1	1

Diagnóstico Oncológico*	Evento	Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
C47 - Tumor maligno de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo	Cáncer en menores de 18 años	0	1	1
C48 - Tumor maligno del peritoneo y del retroperitoneo	Cáncer en menores de 18 años	3	1	4
	COVID-19	5	1	6
C49 - Tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos	COVID-19	7	3	10
	VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	0	1	1
C50 - Tumor maligno de la mama	Cáncer de la mama y cuello uterino	3	0	3
	COVID-19	57	0	57
	Tuberculosis	1	0	1
C53 - Tumor maligno del cuello del útero	Cáncer de la mama y cuello uterino	1	0	1
	COVID-19	27	0	27
	Mortalidad materna	1	0	1
C54 - Tumor maligno del cuerpo del útero	COVID-19	7	1	8
C56 - Tumor maligno del ovario	Cáncer en menores de 18 años	2	0	2
	COVID-19	7	0	7
C60 - Tumor maligno del pene	COVID-19	0	3	3
C61 - Tumor maligno de la próstata	COVID-19	1	37	38
C62 - Tumor maligno del testículo	Cáncer en menores de 18 años	0	3	3
	COVID-19	0	7	7
C64 - Tumor maligno del riñón, excepto de la pelvis	Cáncer en menores de 18 años	1	0	1
	COVID-19	5	4	9
C64 - Tumor maligno del riñón, excepto de la pelvis renal	COVID-19	1	3	4
C65 - Tumor maligno de la pelvis renal	COVID-19	0	2	2
C67 - Tumor maligno de la vejiga urinaria	COVID-19	4	8	12
	Tuberculosis	1	0	1
C69 - Tumor maligno del ojo y sus anexos	Cáncer en menores de 18 años	2	3	5
	COVID-19	3	0	3
C70 – C72 -Tumor maligno del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso	Cáncer en menores de 18 años	5	2	7
	COVID-19	10	4	14
	IAD - Infecciones asociadas a dispositivos	1	0	1
C73 - Tumor maligno de la glándula tiroides	Cáncer en menores de 18 años	3	0	3
	COVID-19	20	3	23
C74 - Tumor maligno de la glándula suprarrenal	Cáncer en menores de 18 años	0	1	1

Diagnóstico Oncológico*	Evento	Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
C77 - Tumor maligno secundario y el no especificado de los ganglios linfáticos	COVID-19	0	2	2
	COVID-19	1	0	1
C80 - Tumor maligno de sitios no especificados	COVID-19	3	6	9
	Tuberculosis	0	1	1
C81 - Enfermedad de Hodgkin	Cáncer en menores de 18 años	2	1	3
	COVID-19	7	9	16
	Tuberculosis	0	1	1
C82 - C85 - Linfoma no Hodgkin	COVID-19	33	48	81
	Cáncer en menores de 18 años	1	0	1
	VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	0	2	2
	Tuberculosis	1	0	1
	Chagas	0	1	1
C90 - Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	COVID-19	11	9	20
	Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	1	0	1
	VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	0	1	1
	Cáncer en menores de 18 años	5	12	17
C91 - Leucemia linfoide	COVID-19	20	30	50
	Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	1	1	2
	Hepatitis B, C	1	0	1
	IAD - Infecciones asociadas a dispositivos	0	1	1
	Tos ferina	0	1	1
	Tuberculosis	1	0	1
	VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	1	0	1
	Cáncer en menores de 18 años	1	2	3
	COVID-19	11	5	16
	Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	0	1	1
C92 - Leucemia mieloide	IAD - Infecciones asociadas a dispositivos	2	0	2
	VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	0	1	1
C94 - Otras leucemias de tipo celular especificado	COVID-19	1	1	2
C96 - Otros tumores malignos y los no especificados del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	COVID-19	1	0	1

Diagnóstico Oncológico*	Evento	Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
D10 - Tumor benigno de la boca y de la faringe	COVID-19	0	1	1
D31 - Tumor benigno del ojo y sus anexos	COVID-19	1	0	1
D35 - Tumor benigno de otras glándulas endocrinas y de las no especificadas	Cáncer en menores de 18 años	0	1	1
D46 - Síndromes mielodisplásicos	COVID-19	2	1	3
	Tuberculosis	1	0	1
D47- Otros tumores de comportamiento incierto o desconocido del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	COVID-19	1	0	1
D60 - Aplasia adquirida, exclusiva de la serie roja	COVID-19	1	3	4
	Hepatitis B, C	1	0	1
	Tuberculosis	1	0	1
D61 - Otras anemias aplásicas	COVID-19	1	0	1
	VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	0	1	1
D69 - Púrpura y otras afecciones hemorrágicas	COVID-19	1	0	1
D76 - Ciertas enfermedades que afectan al tejido linforreticular y al sistema reticuloendotelial	Cáncer en menores de 18 años	0	1	1
	COVID-19	1	0	1
Enfermedad no oncológica	COVID-19	18	17	35
Total general		408	361	769

* Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10

Fuente. Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2020

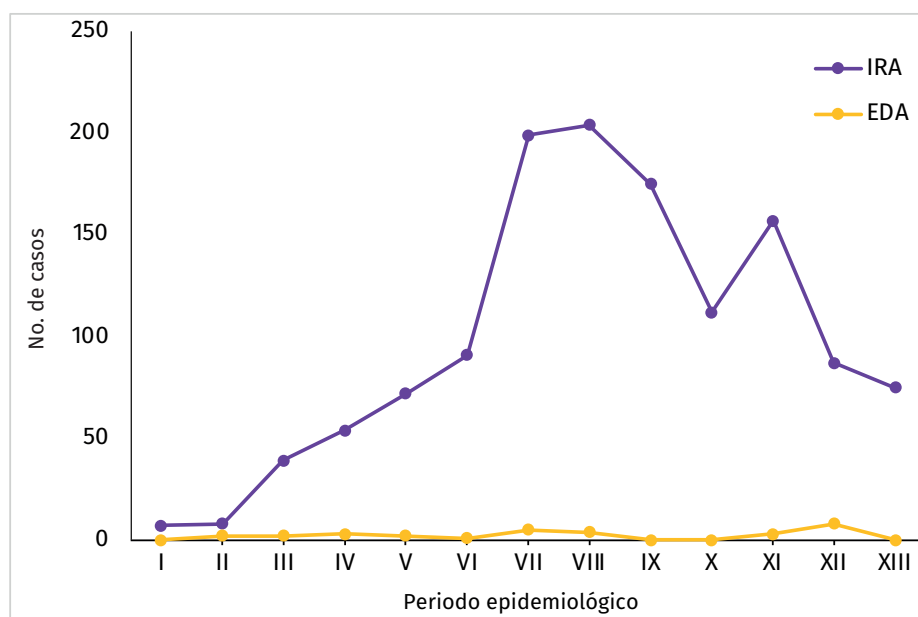
Búsqueda Activa Institucional (BAI)

Al realizar la Búsqueda Activa Institucional (BAI) con los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y los certificados de defunción, en el 2020 se identificaron 296 casos por notificar al SIVIGILA. Para el evento cáncer en menores de 18 años (17 casos), VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA (7 casos), infecciones asociadas a dispositivos (5 casos), cáncer de mama y cuello uterino (1 caso), hepatitis B (1 caso). Para el evento COVID-19 se ingresaron por fuente BAI un total de 296 eventos, esto debido a que todos los casos positivos en personas asintomáticas, por directriz de SDS, debían ingresar con esta fuente de notificación, sin que estuvieran relacionados con inoportunidad en la notificación del evento.

Notificación colectiva

De acuerdo con los lineamientos para la vigilancia de eventos colectivos, durante el 2020 se realizó la notificación de dos eventos: 1) Morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) (1.280 casos); este incremento debido a la pandemia de COVID-19 de la cual se identificaron 2 picos importantes durante el año, el primero entre los periodos epidemiológicos VI y VIII, y un segundo pico en el periodo XI (2). Morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA), 30 casos. El evento morbilidad por EDA se notificó retrospectivamente haciendo uso de los RIPS (Fig. 5).

Figura 5. Distribución de la notificación colectiva para IRA-EDA, por periodo epidemiológico, INC, 2020



Fuente. Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2020

3

Indicadores de los certificados de defunción 2020

Acciones de mejora



Indicadores de los certificados de defunción 2020

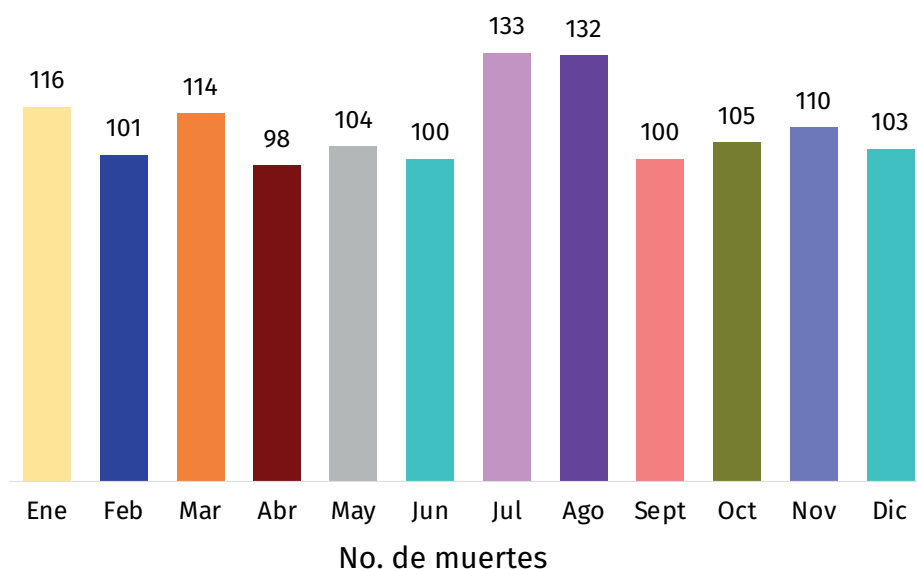
Acciones de mejora

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

Cobertura

Durante el 2020 se presentaron en total 1.316 defunciones, 15 menos en comparación con el 2019. El comportamiento de la mortalidad presentó mayor ocurrencia en los meses de julio y agosto, lo que se relaciona con el primer pico de infección respiratoria. El menor número de defunciones se presentó en el mes de abril (Fig. 6). Con corte al 31 de diciembre de 2020, el INC obtuvo una cobertura total del 100%, debido al mejoramiento en el proceso de certificados de defunción.

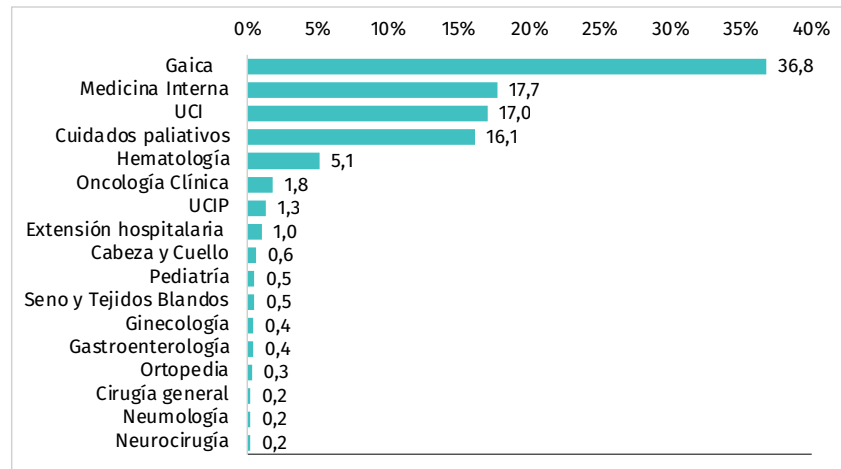
Figura 6. Distribución de muertes por mes de ocurrencia, INC, 2020



Fuente: RUAF-ND-2020. Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. INC. 2020

El mayor número de certificados de defunción se diligenciaron en Gaica, medicina interna y las unidades de cuidados intensivos y cuidados paliativos (87,6%). La alta proporción en el servicio de Gaica se debe a la condición de certificar muertes ocurridas en el servicio, defunciones ocurridas en otros servicios, además de defunciones domiciliarias (Fig. 7). La directriz del INC define que es el médico o el servicio tratante quien debe realizar el certificado de defunción, con el fin de evitar el traslado a otro profesional de la responsabilidad legal que implica certificar un hecho vital.

Figura 7. Distribución de muertes según servicio del certificador, INC, 2020

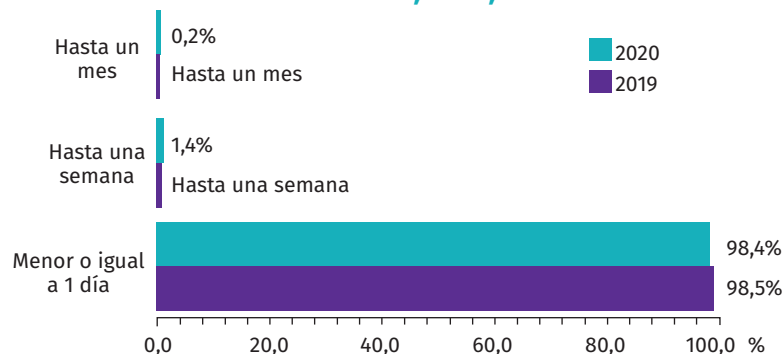


Fuente. RUAF-ND-2020. Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. INC. 2020

Oportunidad

El tiempo promedio para diligenciar cada certificado, en el aplicativo RUAF-ND en el 2020, fue de un día según el estándar definido por los entes de control, el cual es de menor o igual a un día. El 98,4% de los certificados de defunción fue diligenciado de manera inmediata o en un tiempo menor a 24 horas en el aplicativo web RUAF-ND (Fig. 8). El certificado de defunción que presentó mayor número de días en su diligenciamiento, desde la ocurrencia de la muerte hasta la realización del registro en la web, fue de 9 días.

Figura 8. Oportunidad en el diligenciamiento de los certificados de defunción, INC, 2019 – 2020



Fuente. RUAF-ND-2020. Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. INC. 2020

De acuerdo con el tiempo promedio para el diligenciamiento de los certificados de defunción, en el 85% de los servicios se realizó en menos de un día y 4,7% en un día (tabla 7).

Tabla 7. Oportunidad en el diligenciamiento de los certificados de defunción por servicio, INC, 2018-2019

Servicio	2019		2020	
	No. de certificados	Promedio (días)	No. de certificados	Promedio (días)
Gaica	555	0	484	0,2
Cuidados paliativos	224	1,8	212	0,2
Medicina interna	144	0	233	0,3
UCI	187	0	224	0,3
Oncología clínica	36	0	24	0
Gastroenterología	24	0	5	0
Hematología	83	0	67	0,3
Cirugía de tórax	1	1	0	0
Pediatría	20	0	7	0,2
Ginecología	3	0	5	0,2
Seno y tejidos blandos	0	0	6	0
Cirugía general	8	0	3	0
Cabeza y cuello	2	0	8	0
Urología	8	0	0	0
Ortopedia	5	0	4	0,2
UCIP	15	0	17	0,6
Neurocirugía	0	0	2	0
Neumología	2	11	2	0,5
Extensión hospitalaria	0	0	13	0

Fuente. RUAF-ND-2020. Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. INC. 2020

Gaica: Grupo de atención inmediata en cáncer; UCI: unidad de cuidado intensivo;
UCCP: unidad de cuidado intensivo pediátrica

Calidad

Durante el transcurso del 2020, el Instituto recibió las visitas de seguimiento a cargo de la Subred de Servicio de Salud Centro Oriente, para la verificación de la calidad en el diligenciamiento de los certificados de defunción. La revisión se enfocó en la georreferenciación, cadena causal y oportunidad en el diligenciamiento del certificado. De los 1.316 certificados diligenciados, el 100% presentaron un adecuado diligenciamiento. Las variables críticas se describen en la tabla 7.

Tabla 7. Hallazgos en la calidad del diligenciamiento de los certificados de defunción, INC, 2020

Variables críticas	No. de certificados
Número de defunciones registrados en RUAF en menos de 24 h	100 (5%)
Número de certificados de defunción con hallazgos de calidad	0 (0,0%)

Fuente. RUAF-ND-2020. Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. INC. 2020

Acciones de mejora

Con el mejoramiento continuo de los procesos definidos, en 2020 se realizaron las siguientes actividades:

- Capacitación en el diligenciamiento de los certificados de defunción a los médicos de las diferentes especialidades del INC, con énfasis en cadena causal.
- Verificación de los criterios de calidad de la información al 100% de los certificados expedidos por el INC, donde se consideraron las variables de georreferenciación y cadena causal.
- Seguimiento semanal (precritica de los certificados expedidos) y comunicación a la Subdirección de Atención Médica y Docencia, de los certificados sin diligenciar y con hallazgos, que deben ser corregidos en la cadena causal, con el fin de retroalimentar al médico responsable del diligenciamiento del certificado de defunción.
- Asesoría individual y permanente a los servicios de la Subdirección de Atención Médica, desde la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer.
- Continuidad en la mejora del proceso de realización de la búsqueda activa institucional, la cual presentó hallazgos de calidad durante los meses de septiembre a noviembre de 2020. Con el fin de subsanar, se realizó la BAI completamente apegados a la directriz dada por la Subred Centro oriente de SDS.

Nota: Cualquier orientación relacionada con el diligenciamiento de los certificados de defunción puede ser solicitada en la Oficina del Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, en la extensión 4804 o al correo de Johanna Fuentes (jafuentes@cancer.gov.co).

4

Tema de interés

Cáncer y COVID-19 en Colombia



Tema de interés

Cáncer y COVID-19 en Colombia

En diciembre de 2019 se describen los primeros casos de neumonía generada por un nuevo coronavirus de origen animal en la provincia de Wuhan en China, el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) que genera la enfermedad denominada COVID-19 (9). El 6 de marzo de 2020, el Ministerio Nacional de Salud, en su comunicado 046, confirmaba el primer caso en Colombia; a partir de ese momento, la pandemia por COVID-19 dejaba de ser una incertidumbre y se convertía en un hecho real y tangible. Una de las primeras publicaciones reportadas por Liang et al. describían en la primera cohorte de pacientes con cáncer durante el brote de COVID-19 en China, un mayor riesgo de eventos graves (39% vs 8% p: 0,0003), incluida la muerte. Los resultados clínicos eran peores en los pacientes que recibieron tratamiento activo durante el mes anterior de la infección (75% frente a 43%) y estos pacientes también tuvieron una evolución más rápida hacia el deterioro clínico (13 vs 43 días p: 0,0001) (10). Posteriormente, datos de la cohorte CCC19, una de la más relevantes, se presentarían en el Congreso Americano de Oncología en mayo de 2020; el análisis de regresión logística mostró que los factores independientes asociados con un aumento de la mortalidad en los primeros 30 días eran una mayor edad, sexo masculino, la condición de fumador activo, un mayor número de comorbilidades, un peor estado funcional y la presencia de cáncer activo; para este estudio, el tipo de cáncer, el tipo de terapia contra el cáncer y la cirugía reciente no se asociaron con la mortalidad (11).

Las diferentes asociaciones e instituciones asistenciales involucradas en el tratamiento del cáncer en nuestro país, acompañadas de otras organizaciones científicas al comienzo de la pandemia, se dieron a la tarea de generar, adoptar y adaptar recomendaciones orientadas en la información emitida por organismos internacionales como la OMS, la Sociedad Americana de Oncología Clínica y la Sociedad Europea de Oncología Médica. Fue así como se generaron guías y manuales para pacientes con neoplasias hematológicas, con cáncer de mama, cáncer de colon, cáncer de pulmón y se dieron recomendaciones para el tratamiento quirúrgico en pacientes con neoplasias oncológicas, entre otros (12-16).

En los primeros cinco meses de la pandemia en Colombia, las organizaciones dedicadas al tratamiento de pacientes con cáncer enfrentaron los siguientes desafíos: mantener la atención oncológica para todos los pacientes con cáncer que presentaran o no diagnóstico de infección activa por COVID-19 y fortalecer los programas de telesalud y telemedicina que permitieran hacer seguimiento a los pacientes con cáncer en momentos en los cuáles la estrategia inicial dependía del aislamiento. Mientras tanto, se fortalecían y estructuraban las pruebas diagnósticas para COVID-19, se aumentaba el número de camas para cuidado intensivo en el país, se dotaba al personal de salud de los elementos de protección para la adecuada evaluación de pacientes y se estructuraban las rutas de atención y el abordaje inicial de los pacientes con infección leve, moderada o severa por COVID-19.

Progresivamente, se fortalecieron los equipos de trabajo de atención clínica, domiciliaria y de extensión hospitalaria en coordinación con los grupos correspondientes de los diferentes aseguradores en salud, con el ánimo de dar continuidad al tratamiento de los pacientes con cáncer. Estas medidas, que inicialmente se dieron para evitar la exposición al contagio en población potencialmente vulnerable, fueron tornando de un ambiente restrictivo a una situación electiva en la medida en que los casos aumentaban de forma exponencial hasta alcanzar un pico, para empezar de nuevo a disminuir en lo que hasta hoy en día denominamos “olas”. De esta forma, se establecieron nuevos modelos de atención en salud; se conocieron innumerables plataformas de comunicación, se establecieron modelos de historia clínica, y se definió un proceso coordinado para la entrega de resultados paraclínicos, entrega de medicamentos y ordenes de exámenes tanto de forma presencial como no presencial.

Para los pacientes que se enfrentaron a la dura realidad de afrontar, además del cáncer, la necesidad de requerir de los recursos de hospitalización para atender las múltiples complicaciones asociadas a la infección aguda por COVID-19 en urgencias, hospitalización o en cuidados intensivos, fue necesario concretar e implementar algoritmos de clasificación de acuerdo con su pronóstico, que permitieran definir particularmente desde el cuidado de soporte invasivo hasta el cuidado paliativo.

Monitorear de forma permanente la atención de los pacientes y los resultados en salud, permitió el trabajo conjunto interinstitucional generando una cohorte colombiana de pacientes con cáncer y COVID-19 –el estudio ACHOCC-19– que incluyó a 742 pacientes. Las neoplasias más prevalentes fueron mama (17,8%), colorrectal (12,3%) y próstata (10,9%). Hasta un 26,3% fallecieron a causa de la infección por COVID-19; en el análisis de regresión logística, una mayor mortalidad se asoció con el estado funcional del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG PS), complicaciones de la infección por COVID-19 y cáncer en progresión. En el análisis de regresión de Cox, los cocientes de riesgo (HR) estadísticamente significativos fueron enfermedad metastásica (HR 1,58; IC del 95%, 1,16-2,16), el cáncer en progresión (HR 1,08; IC del 95%, 1,24-2,61), el tener cáncer en respuesta parcial (HR 0,31; IC del 95%, 0,11-0,88), uso de esteroides (HR 1,44; IC del 95%, 1,01-2,06) y uso de antibióticos (HR 2,11; IC del 95%, 1,47-2,95) (17).

Se estima que la pandemia afectó el diagnóstico oportuno y tratamiento de los pacientes con cáncer en Colombia; de acuerdo con los datos de SISPRO y la Cuenta de Alto Costo durante el 2020. Los tiempos de la atención en todos los tipos de cáncer fueron más prolongados que en 2019, la prevalencia nacional del cáncer invasivo en el año 2020 tuvo un incremento notorio, siendo este cambio estadísticamente significativo en comparación con el 2019. Esto puede reflejarse en cifras como la oportunidad de la atención general (tiempo entre la consulta por presencia de síntomas hasta el primer tratamiento) en cáncer de mama, que pasó en el 2019 de 116 a 122 días para el año 2020, en cáncer de cuello uterino el indicador relacionado con la estadificación en los casos nuevos tuvo un resultado inferior al año anterior, siendo una disminución estadísticamente significativa tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, pasando de cumplir la meta en el 2019 con 91,3% a no alcanzarla en el 2020 con un 81,6%. En cuanto a la oportunidad del diagnóstico en cáncer gástrico, se observó un aumento significativo en el tiempo promedio de espera a nivel nacional, ocasionando el no cumplimiento de la meta durante el 2020, pese a que se alcanzó durante el 2019. La oportunidad del diagnóstico y el tratamiento en el cáncer de colon y recto no alcanzaron las metas establecidas, comparado con el 2019; el régimen subsidiado tuvo tiempos más prolongados para acceder al diagnóstico en el 2020 y el resultado del país de alrededor de información de la estadificación por TNM fue del 70%, siendo menor al alcanzado en el 2019 (18).

Desde diciembre de 2020, diferentes tipos de vacunas han aparecido para prevenir el síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2) y se consideran el enfoque más prometedor para controlar la pandemia. La inmunogenicidad de las vacunas COVID-19 parece menor en pacientes inmunocomprometidos, incluyendo los pacientes con cáncer en comparación con la población general, y la eficacia de la vacuna es incierta; sin embargo, el riesgo potencial de muerte asociada a la infección por COVID-19 y neumonía viral severa en esta población probablemente supere las incertidumbres. Las condiciones de inmunodeficiencia que pueden afectar negativamente la respuesta a la vacuna incluyen el uso activo de quimioterapia para el cáncer, neoplasias hematológicas, trasplante de células madre hematopoyéticas o de órganos sólidos (19). Nuevamente, las asociaciones médicas han determinado recomendaciones para el empleo de la vacunación en pacientes con cáncer, las cuales han sido adoptadas en nuestro país; a la fecha (septiembre de 2021) Colombia viene con una disminución en el número de casos nuevos por COVID-19, producto de la tercera “ola” de la pandemia; aún se continúa con el aprendizaje sobre nuevas variantes del virus, sin embargo, existen más herramientas que permitirán garantizar la atención de pacientes con cáncer en tiempos de la pandemia.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por coronavirus (COVID-19). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). Acceso: 28 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
2. World Health Organization. Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Geneva, Switzerland: WHO, 30 January 2020. Acceso: 16 de septiembre de 2021. Disponible en: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
3. Cuervo SI. Pandemia de la covid19 y cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología – ESE: Cómo actuar pronto y seguro. Rev Colomb Cancerol. 2020;24(supl.1):188-91. <https://doi.org/10.35509/01239015.698>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Reporte situación Covid- 19. SITREP No. 202- diciembre 29 de 2020. Acceso: 16 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/reportes-situacion-covid-19-colombia?topic=All&d%5Bmin%5D=&d%5Bmax%5D=&page=2>.
5. Shultz JM, Berg RC, Bernal Acevedo OA, Ocampo Cañas JA, Escobar VAP, Muñoz O. et al. Complex correlates of Colombia's COVID-19 surge. Lancet Reg Health Am. 2021;3:100072. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100072>.
6. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 y comorbilidades en las Américas. Acceso: 21 de septiembre de 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53253/OPSIMSPHECOVID-19210003_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Instituto Nacional de Salud. Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la covid-19. Versión 02. 23 de julio de 2020. Bogotá: INS; 2020. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/orientaciones-vigilancia-salud-publica-covid.pdf>.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19 – first update Ecdc. Acceso: 22 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-guidancedischarge-and-ending-isolation-first%20update.pdf>
9. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet. 2020;395(10223):497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
10. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. Lancet Oncol. 2020; (Published online Feb 14.) [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6).
11. Kuderer NM, Choueiri TK, Shah DP, Shyr Y, Rubinstein SM, Rivera DR, et al. COVID-19 and Cancer Consortium. Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19): a cohort study. Lancet. 2020 Jun 20;395(10241):1907-1918. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31187-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31187-9). Epub 2020 May 28. Erratum in: Lancet. 2020 Sep 12;396(10253):758. PMID: 32473681; PMCID: PMC7255743.

12. Pacheco M, Torres P, Arias F, Pinilla R, Abadía M, Villarreal R, et al. Recomendaciones para cirugía en pacientes con patologías oncológicas durante la pandemia COVID-19. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2020;35(2):162-70. <https://doi.org/10.30944/20117582.616>.
13. Ospina A, Abello V, Patino B, Godoy J, González J, Idrobo H, et al. Recomendaciones para el cuidado de pacientes con cáncer y neoplasias hematológicas en el estado de pandemia COVID-19 en Colombia / Care recommendations for patients with cancer and hematological neoplasms amid the COVID-19 pandemic in Colombia. *Rev Colomb Cancerol*. 2020;24(supl.1): 241-51.
14. Herazo F, Brugés R, Hincapie A, Carvajal A, Ospina A, Restrepo C, et al. Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama durante la pandemia De SARS-Cov-2/COVID-19 en Colombia. *Rev Colomb Cancerol*. 2020;24(supl.1): 252-57.
15. Bastidas J, Blanco JL, Cañas A, Fajardo J, Fernández Trujillo L, García Herreros P, et al. Recomendaciones nacionales para el estudio y tratamiento del cáncer de pulmón durante la contingencia causada por COVID-19 en Colombia. *Rev Colomb Neumol*. 2021;32(1):68-77. <https://doi.org/10.30789/rcneumologia.v32.n1.2020.513>.
16. Castro J, Reyes J, Figueroa C, Lombana L, Martínez C, Londoño E, et al. Cáncer colorrectal durante la pandemia COVID-19, recomendaciones de la Asociación Colombiana de Coloproctología. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2020;35:186-95. <https://doi.org/10.22516/25007440.586>.
17. Ospina A, Brugés R, Mantilla W, Triana I, Ramos P, Aruachan S, et al. Impact of COVID-19 infection on patients with cancer: Experience in a Latin American Country: The ACHOCC-19 Study. *Oncologist*. 2021;26:1-13. <https://doi.org/10.1002/onco.13861>.
18. Cuenta de Alto Costo. Magnitud, tendencia y acceso a los servicios como resultado de las intervenciones en las enfermedades de alto costo 2020. Colombia: CAC, 2021.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Updated healthcare infection prevention and control recommendations in response to COVID-19 vaccination. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html> (Accessed on May 05, 2021).

Si desea recibir este boletín directamente en su correo electrónico, o si tiene cualquier inquietud por favor póngase en contacto con

Grupo de vigilancia epidemiológica del cáncer
(601) 3905012 ext 4804

jafuentes@cancer.gov.co

Este boletín fue publicado por el
Instituto Nacional de Cancerología
en el mes de marzo de 2022



Calle 1 N° 9 - 85
Bogotá D.C. Colombia