

Boletín Epidemiológico INC

ISSN 2145-0196

N.º **17**
2024

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



Instituto Nacional
de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

Boletín epidemiológico INC, n.º 17, año 2024

ISSN 2145-0196

Periodicidad: anual

Autores:

Constanza Pardo-Ramos¹, Johanna Fuentes-Caro²,
María Ximena De La Ossa-Durán³, Ligia Del Toro-
Osorio⁴

¹ Coordinadora, Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer,
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia.

² Profesional especializado, Grupo Vigilancia Epidemiológica
del Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C.,
Colombia.

³ Médica Psiquiatra, Grupo Salud Mental, Instituto Nacional
de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia.

⁴ Coordinadora, Grupo Salud Mental, Instituto Nacional
de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia.

Coordinación editorial:

Constanza Pardo Ramos
Coordinadora Grupo Vigilancia Epidemiológica
del Cáncer

cpardo@cancer.gov.co

Citar como:

Pardo-Ramos C, Fuentes-Caro J, De La Ossa-Durán M,
Del Toro-Osorio L. Boletín epidemiológico INC,
n.º 17, año 2024. Bogotá, D. C. : Instituto Nacional
de Cancerología; 2024.

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

© Instituto Nacional de Cancerología,
diciembre 2024

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.

Boletín Epidemiológico INC

N.º 17, año 2024. Publicación anual

Bogotá, D. C., Colombia

ISSN 2145-0196



Instituto Nacional
de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

CAROLINA WIESNER CEBALLOS
Directora General

ÁLVARO QUINTERO POSADA
**Subdirector de Investigaciones, Vigilancia
Epidemiológica, Promoción y Prevención**

MAURICIO GARCÍA MORA
**Subdirector General de Atención Médica
y Docencia (E)**

LÍA MARGARITA ÁLVAREZ PUENTE
**Subdirectora de la Gestión Administrativa
y Financiera**



**Instituto Nacional
de Cancerología**
Colombia
Por el control del cáncer

Comité de Publicaciones Científicas

Presidente

Carolina Wiesner Ceballos

Editora jefa
Revista Colombiana de Cancerología.
Instituto Nacional de Cancerología.
Colombia

Equipo editorial

Editora asistente

Martha Patricia Rojas Hurtado

Instituto Nacional de Cancerología
Colombia

Secretaria del Comité

Adriana Mireya Vargas Ramírez

Instituto Nacional de Cancerología
Colombia

Corrección de estilo

Osmar Peña Martínez

Corrector de estilo en español
Instituto Nacional de Cancerología.
Colombia

Erika Tanacs

Correctora de estilo en inglés
Instituto Nacional de Cancerología
Colombia

Diseño y diagramación

Luz Ángela Aguilar Ortigoza

Instituto Nacional de Cancerología.
Colombia

Editores asociados

Alvaro Quintero Posada

Subdirección General de
Investigaciones y Salud Pública,
Instituto Nacional de Cancerología.
Colombia

Carlos Alfonso Duarte Torres

Facultad de Medicina, Posgrado Cirugía
Oncológica, Universidad Militar Nueva
Granada. Colombia

Carlos Andrés Carvajal Fierro

Unidad Funcional Cirugía de Tórax,
Instituto Nacional de Cancerología.
Colombia

Carlos Arturo Hernández Chaparro

Revista Biomédica del Instituto
Nacional de Salud. Colombia

Carlos Orozco-Castaño

Grupo de Investigación en Biología
del Cáncer, Instituto Nacional de
Cancerología. Colombia

Diego Felipe Ballén Lozano

Unidad de Oncología Clínica, Instituto
Nacional de Cancerología. Colombia

Enrique Cadena Piñeros

Unidad Funcional Cabeza y Cuello,
Instituto Nacional de Cancerología.
Colombia

Herney Andrés García Perdomo

Sección de Urología, Epidemiología e
Investigación Clínica, Universidad del
Valle. Colombia

Humberto Martínez Cordero

Unidad de Hematooncología, Centro
de Excelencia en Mieloma Múltiple
(CEMMINC), Instituto Nacional de
Cancerología. Colombia

Jovanny Zabaleta Blanquicet

Department of Interdisciplinary
Oncology, LSUHSC - New Orleans.
Estados Unidos

Juan Esteban García Robledo

Departamento de Hematología y
Oncología Clínica, Instituto Oncológico
Ospedale S.A.S. Colombia

Juliana Lucía Rodríguez Castillo

Grupo de Investigación Clínica y
Epidemiológica del Cáncer, Instituto
Nacional de Cancerología. Colombia

Luis Felipe Torres Silva

Grupo Área Oncología Radioterápica,
Instituto Nacional de Cancerología.
Colombia

María Constanza Camargo

Earl Stadtman Investigator, Division
of Cancer Epidemiology and Genetics,
National Cancer Institute. Estados
Unidos

Marion Piñeros Petersen

Cancer Surveillance Section,
International Agency for Research on
Cancer. Francia

Raúl Hernando Murillo Moreno

Centro Javeriano de Oncología,
Hospital Universitario San Ignacio.
Colombia

Ricardo Sánchez Pedraza

Instituto de Investigaciones Clínicas,
Facultad de Medicina, Universidad
Nacional de Colombia. Colombia

Miembros honoríficos

María del Carmen García Macías

Servicio de Patología Molecular
Comparada, Centro de Investigación
del Cáncer - IBMCC, Universidad de
Salamanca-CSIC. España

Jean Paul Vernot Hernández

Instituto de Investigaciones
Biomédicas, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional de Colombia.
Colombia

Luis Carvajal

UC Davis Genome Center and
Department of Biochemistry and
Molecular Medicine, School of
Medicine, University of California,
Davis. Estados Unidos

Mónica Molano Luque

The Royal Women's Hospital. Australia

Sandra Milena Quijano Gómez

Grupo de Inmunobiología y
Biología Celular, Departamento de
Microbiología, Pontificia Universidad
Javeriana. Colombia

Stefano Vinaccia Alpi

Grupo de Investigación Calidad de Vida y
Bienestar Psicológico en Contextos Clínicos
de la Salud y Ambientes Psicosociales,
Universidad Santo Tomás. Colombia

Contenido

	Introducción	8
1	Vigilancia epidemiológica de intento de suicidio	10
	1.1. Descripción de la vigilancia de intento de suicidio	11
	1.2. Definiciones operativas de caso	11
	1.3. Notificación de conducta suicida	12
	1.4. Flujo de información	13
	1.5. Responsabilidades del INC como UPGD	13
	1.6. Resultados de la vigilancia de la conducta suicida en el INC (2020-2023)	14
2	Resultados de la notificación al Sivigila en 2023	16
	2.1. Eventos de notificación obligatoria	17
	2.2. Búsqueda activa institucional (BAI)	27
	2.3. Notificación colectiva	27
3	Indicadores de los certificados de defunción 2023. Acciones de mejora	28
	3.1. Cobertura	29
	3.2. Oportunidad	31
	3.3. Calidad	33
	3.4. Acciones de mejora	33
4	Tema de interés: Cáncer y el riesgo de suicidio	34
	Referencias	40

Lista de tablas

Tabla 1. Definición operativa de caso para intento de suicidio, Colombia (2023)	12
Tabla 2. Características de casos de conducta suicida, INC (2020-2023)	14
Tabla 3. Distribución de eventos de interés en salud pública notificados, por clasificación de caso, INC (2023)	17
Tabla 4. Distribución de muertes por eventos de interés en salud pública, según sexo, INC (2023)	22
Tabla 5. Distribución de pacientes por diagnóstico oncológico con eventos de interés en salud pública, según sexo, INC (2023)	22
Tabla 6. Oportunidad en el diligenciamiento de los certificados de defunción por servicio, INC (2022-2023)	32
Tabla 7. Resultados de la implementación institucional de la escala de medición de riesgo suicida (SAD PERSONS), INC, 2023	39

Lista de figuras

Figura 1. Distribución de eventos de interés en salud pública, por sexo, INC (2023)	18
Figura 2. Distribución de eventos de interés en salud pública, por año de notificación, INC (2022-2023)	19
Figura 3. Distribución de eventos de interés en salud pública, por grupo de edad, INC (2023)	20
Figura 4. Distribución de eventos de interés en salud pública, por régimen de afiliación al SGSSS, según lugar de residencia habitual, INC (2023)	21
Figura 5. Distribución de la notificación colectiva para IRA-EDA, por periodo epidemiológico, INC (2023)	27
Figura 6. Distribución de muertes por mes de ocurrencia, INC (2023)	29
Figura 7. Distribución de muertes según servicio del certificador, INC (2023)	30
Figura 8. Oportunidad en el diligenciamiento de los certificados de defunción, INC (2022-2023)	31

Introducción

El suicidio es un conjunto de conductas asociadas que van desde la idea suicida, el plan, el intento y, finalmente, el suicidio consumado, el cual es una causa muy importante de mortalidad y, por tanto, se considera prioridad en las políticas de salud pública (1-2). Según la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), este se define como “la muerte ocasionada por lesión autoinfligida informada como intencional” (3).

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre mortalidad por *suicidio* informaron que, en 2019, el total fue de 703 000 personas, con una tasa mundial de 9,0 por cada 100 000 habitantes. En la región de las Américas, en el mismo periodo, se presentó una tasa de *suicidio* ajustada por edad de 9,3 por cada 100 000 habitantes (4). En Colombia, según datos de medicina legal, esta tasa ha disminuido de 4,9 casos (2018) a 4,1 (2022) por cada 100 000 habitantes (5) y en Bogotá, según SaluData, hubo un aumento de 4,1 casos por cada 100 000 habitantes en 2019 a 5,3 en 2023 (6). Por otra parte, la notificación de los casos de *intento de suicidio* se inició con el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro) en 2009 hasta 2016, donde la tasa cambió de 0,9 a 36,1 casos por cada 100 000 habitantes. Desde 2017, la vigilancia de este evento lo asumió el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), con una tasa de 52,7 casos por cada 100 000 habitantes en el país (7) y, para el 2020, se notificaron 26 202 casos de *intento de suicidio*, lo que representó una tasa de incidencia de 52,0 por cada 100 000 habitantes (8). En Bogotá, la tasa de *intento de suicidio* tuvo un incremento de 5,2 casos por cada 100 000 habitantes en 2019 a 10,6 casos en el año 2022 (6).

Las grandes diferencias existentes entre países, y aún dentro de un país, sugieren una interrelación de factores de riesgo y protectores, tanto individuales, sociales, económicos, como culturales. Entre algunos factores de riesgo identificados con la conducta suicida están: depresión, enfermedad grave, dolor crónico, no acceso a la atención y padecer una enfermedad mental. Dentro de los factores protectores se incluyen algunos como la disponibilidad de atención en salud, el apoyo de familia y amigos, y una fuerte conexión con personas de su comunidad (9).

En los pacientes con cáncer, es muy frecuente la *idea o pensamiento suicida*, aunque son muy pocos quienes realmente intentan hacerlo o lo llevan a cabo. Esta idea de suicidio tiene un riesgo mayor según el tipo patología oncológica y algunos momentos durante su tratamiento (10). Existen algunas características en los pacientes que son objeto de seguimiento, como son la depresión, los antecedentes psiquiátricos, los intentos de suicidio previos, la desesperanza y la sensación de ser una carga para los demás; y algunos riesgos más relacionados con el pronóstico del cáncer, el estadio y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico (10-11).

Un estudio retrospectivo realizado por el Grupo Cuidado Paliativo del INC, de pacientes atendidos entre los años 2018 y 2019, encontró que únicamente dos murieron por suicidio. Se establecieron algunos factores de riesgo al diagnóstico oncológico, como consumo de tabaco y alcohol, estrés económico, social y familiar, y en uno de los pacientes un trastorno depresivo mayor (12).

Este boletín describe el proceso de vigilancia epidemiológica y notificación de las conductas suicidas, así como las actividades generales del Instituto Nacional de Cancerología (INC), en el marco del Sivigila. En este sentido, se aclara que, para Colombia, excepto para Bogotá D. C., se notifica el *intento de suicidio* y en Bogotá se notifica la *conducta suicida*. Además, se presentan los resultados de la vigilancia de todos los eventos de interés en salud pública y de las estadísticas vitales en el INC durante el año 2023, con el abordaje del tema cáncer y el riesgo de suicidio.

1

Vigilancia epidemiológica de intento de suicidio



1. Vigilancia epidemiológica de intento de suicidio

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define el *intento de suicidio* como: “una conducta autoinfligida, iniciada y realizada por un individuo con el uso de diferentes métodos, sin la intervención de otros y sin resultado fatal”, además, el intento suicida es uno de los factores de riesgo más importantes para que ocurra el suicidio consumado (13). Según la CIE-10, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) y la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), el *intento de suicidio* no es un diagnóstico en sí mismo, sino un síntoma de malestar o trastorno emocional o mental y, por tanto, es importante tener en cuenta otros síntomas emocionales o comportamentales que pueden llevar a la identificación de casos (7).

En el marco del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2030 (14), los Estados miembros se comprometieron a desarrollar acciones para reducir la tasa de suicidio en un tercio de los casos a 2030. Una de las estrategias adoptadas por Colombia fue la implementación del sistema de vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en salud mental, incluida la conducta suicida, mediante la Ley 1616 de 2013 (art. 35) (15). En este sentido, la vigilancia en particular del evento “intento de suicidio”, se estableció mediante la notificación al Sivigila y las estrategias se enmarcan en la vigilancia basada en eventos (rutinaria) de los casos nuevos y confirmados, con el fin de generar información útil y oportuna para la toma de decisiones en el marco de la Política Nacional de Salud Mental (16).

1.1. Descripción de la vigilancia de intento de suicidio

Se adoptaron dos estrategias de vigilancia: activa y pasiva. La vigilancia activa se realizó por búsqueda de fuentes secundarias con la búsqueda activa institucional (BAI), mediante cruce de información con la notificación de casos confirmados de intento de suicidio; mientras que la vigilancia pasiva o regular se realizó mediante la notificación individual por la Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) de casos confirmados, con el uso de la ficha de notificación individual “intento de suicidio”, código INS 356.

1.2. Definiciones operativas de caso

Para Colombia, se construyó la definición de caso para *intento de suicidio* con base en los conceptos establecidos por la OPS/OMS (tabla 1).

Tabla 1. Definición operativa de caso de intento de suicidio, Colombia (2023)

Tipo de caso	Definición
Caso confirmado clínicamente	Conducta potencialmente lesiva, autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia implícita o explícita de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede causar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método*.
Caso descartado	Se descartan los casos que no cumplan con la definición, como el plan o la ideación suicida, y las intoxicaciones accidentales.
Ajustes de los casos	Los ajustes a la información de casos de intento de suicidio se deben realizar a más tardar en el periodo epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema. Los ajustes permitidos a los casos notificados son: • Ajuste D: “error de digitación”. • Ajuste 6: “descartado”, cuando después de analizar el caso se concluye que no cumple con la definición operativa del caso. • Ajuste 7: “otro ajuste”, para actualizar los datos de cualquier variable de la ficha de notificación, excepto el tipo de evento, la UPGD, el número de identificación y la fecha de notificación.

UPGD: unidad primaria generadora de datos.
*Información basada en conceptos de la Organización Mundial de la Salud y tomada del Instituto Nacional de Salud.
Fuente: (8).

1.3. Notificación de conducta suicida

El INC (como unidad primaria generadora de datos o UPGD) debe notificar a la Secretaría Distrital de Salud (SDS). En Bogotá, la SDS estableció la notificación de la *conducta suicida* (ideación suicida, amenaza suicida, intento suicida y suicidio consumado) para la vigilancia del evento, por parte de la UPGD o por la unidad informadora, de forma individual, inmediata y semanal, a través de la ficha de datos básicos y complementarios a las unidades notificadoras, quienes deben ingresar los casos al aplicativo Sivigila Distrital (17).

El subsistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida de la SDS definió los eventos de la siguiente manera:

- Ideación suicida: se refiere a pensamientos en los que la persona considera la opción de atentar contra su propia vida (“me quiero matar”). Pueden tener diferentes grados de elaboración, pero todos representan una señal de alerta.
- Amenaza suicida: punto intermedio entre la ideación y el intento de suicidio, en que la persona da indicios claros (verbales o no verbales) de que va a intentar suicidarse con un mecanismo establecido, puede ser como chantaje a las personas queridas o como manifestación clara de su sufrimiento vital a las personas de su entorno.

- Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede causar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.
- Suicidio consumado (muerte por suicidio): acto autolesivo intencionado con resultado de muerte.

1.4. Flujo de información

El Instituto Nacional de Salud (INS) se encargará de consolidar, analizar y divulgar la información proveniente de los departamentos. El flujo de información para la recolección de datos corresponde al procedimiento nacional de notificación de eventos. Para consultar más información general, remítase al documento “Manual del usuario - sistema aplicativo Sivigila”, en el portal web del INS (disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/1.%20Manual_SIVIGILA_2018_2020.pdf).

Desde el INC (como UPGD), el psiquiatra, psicólogo o médico, reporta el caso que detecta mediante el diligenciamiento del formato de registros para eventos en salud mental de vigilancia en salud pública, creada por la SDS, para la recolección de datos, la cual incluye la ficha de datos básicos (cara A) y los datos complementarios (cara B); una vez diligenciada, se debe remitir a la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer (Subdirección de Investigaciones y Salud Pública), donde el profesional encargado en vigilancia debe enviar la ficha a la entidad referente local, de allí será enviada a la entidad distrital y luego al ámbito nacional. El protocolo se encuentra disponible en el siguiente enlace: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Intento%20de%20suicidio.pdf

1.5. Responsabilidades del INC como UPGD

El INC tiene las siguientes responsabilidades:

- Diligenciar la ficha única de notificación individual de datos básicos y complementarios con periodicidad inmediata.
- Notificar los casos de intento suicida o suicidio consumado de forma inmediata y los de ideación o amenaza suicida semanalmente, a la Unidad Notificadora Municipal.
- Realizar el proceso de depuración, validación de la calidad del dato y análisis de la información generada de la notificación del evento.
- Socializar e implementar el presente protocolo en la red de prestadores de servicios de salud, garantizando la notificación y atención oportuna de los casos.
- Garantizar las acciones individuales e integrales en los casos de intento de suicidio, acorde con lo establecido en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y a la normatividad vigente.

- Analizar y utilizar la información derivada del proceso de vigilancia para orientar la toma de decisiones en beneficio de su población afiliada.
- Divulgar en los espacios institucionales, como el Comité de Estadísticas Vitales u otros, los hallazgos y resultados de los análisis realizados al evento.

1.6. Resultados de la vigilancia de la conducta suicida en el INC (2020-2023)

Para la vigilancia de la conducta suicida en pacientes atendidos en el INC, se tuvieron en consideración las características de la población atendida con cáncer, la definición de caso, las estrategias de vigilancia definidas y los procesos de socialización en el área clínica para la identificación de los eventos (8). En el periodo 2020-2023, fueron identificados en el INC 35 casos de conducta suicida, 25 (71,4 %) casos en mujeres y 2 casos (5,7 %) en menores de 15 años. El 42,9 % (15 casos) ocurrieron en pacientes entre 15 y 44 años y 13 casos (37,1 %) se presentaron en el grupo de 45 a 64 años; así, el 80 % de los casos se dio en estos dos grupos de edad. Los diagnósticos oncológicos más comunes entre los casos notificados correspondieron a tumores malignos de mama (22,9 %), leucemias (17,2 %) y tumores malignos de cuello uterino (11,4 %). Del total de casos, 22 (62,9 %) pertenecían al régimen subsidiado; 10 (28,6 %) tuvieron como ocupación cesante, 8 (22,9 %) el hogar y 4 (11,4 %) eran estudiantes. Con relación al tipo de evento, el 65,7 % (23 casos) fueron ideación suicida (tabla 2).

Tabla 2. Características de los casos de conducta suicida, INC (2020-2023)

Variable	Categorías de la variable	n	%
Año de notificación	2020	6	17,1
	2021	8	22,9
	2022	6	17,1
	2023	15	42,9
Sexo	Masculino	10	28,6
	Femenino	25	71,4
Edad	Menor de 1 año	0	0,0
	De 1 a 4 años	0	0,0
	De 5 a 14 años	2	5,7
	De 15 a 44 años	15	42,9
	De 45 a 64 años	13	37,1
	De 65 años y más	5	14,3

Continúa...

Variable	Categorías de la variable	n	%
Diagnóstico	C50 - Tumor maligno de la mama	8	22,9
	C53 - Tumor maligno del cuello del útero	4	11,4
	C40 - C41 - Tumor maligno de los huesos	4	11,4
	C92 - Leucemia mieloide	3	8,6
	C91 - Leucemia linfoide	3	8,6
	C18 - Tumor maligno del colon	2	5,7
	C73, C75 - Tumor maligno de tiroides y otras glándulas endocrinas	2	2,9
	C71 - Tumor maligno del encéfalo	2	5,7
	C90 - Mieloma múltiple	1	2,9
	C85 - Linfoma no Hodgkin de otro tipo y el no especificado	1	2,9
	C81 - Enfermedad de Hodgkin	1	2,9
	C46 - Sarcoma de Kaposi	1	2,9
	C16 - Tumor maligno del estómago	1	2,9
	Con patología oncológica descartada	1	2,9
	Familiar de paciente	1	2,9
Régimen de salud	Subsidiado	22	62,9
	Contributivo	11	31,4
	Especial	1	2,9
	No afiliado	1	2,9
Ocupación	Cesante, sin ocupación o desempleado	10	28,6
	Hogar (ama de casa)	8	22,9
	Estudiante	4	11,4
	Oficios varios	3	8,6
	Operario	2	5,7
	Cajero de banco	1	2,9
	Construcción	1	2,9
	Habitante de calle	1	2,9
	Mecánico automotriz	1	2,9
	Pensionado	1	2,9
	Privado de la libertad	1	2,9
	Vendedor ambulante	1	2,9
	Reciclador	1	2,9

INC: Instituto Nacional de Cancerología.

Fuente: Sivigila, notificación de salud mental, Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2020-2023.

2

Resultados de la notificación al Sivigila en 2023



2. Resultados de la notificación al Sivigila en 2023

2.1. Eventos de notificación obligatoria

Durante el año 2023, el INC reportó 440 casos individuales de eventos de interés en salud pública al Sivigila, los cuales se dividieron en: 432 casos confirmados, de los cuales, 417 fueron por medio de laboratorio clínico (94,7 %); 5 casos de vigilancia de violencia de género e intrafamiliar que quedaron como eventos sospechosos porque no estuvieron sujetos de ajustes según directriz de la SDS; 2 eventos más notificados fueron infección respiratoria aguda (IRA) por virus nuevo (244 casos) y cáncer en menores de 18 años (84 casos); y 1 caso confirmado por laboratorio de infección respiratoria aguda grave (IRAG) inusitada, en profesional de la salud (tabla 3).

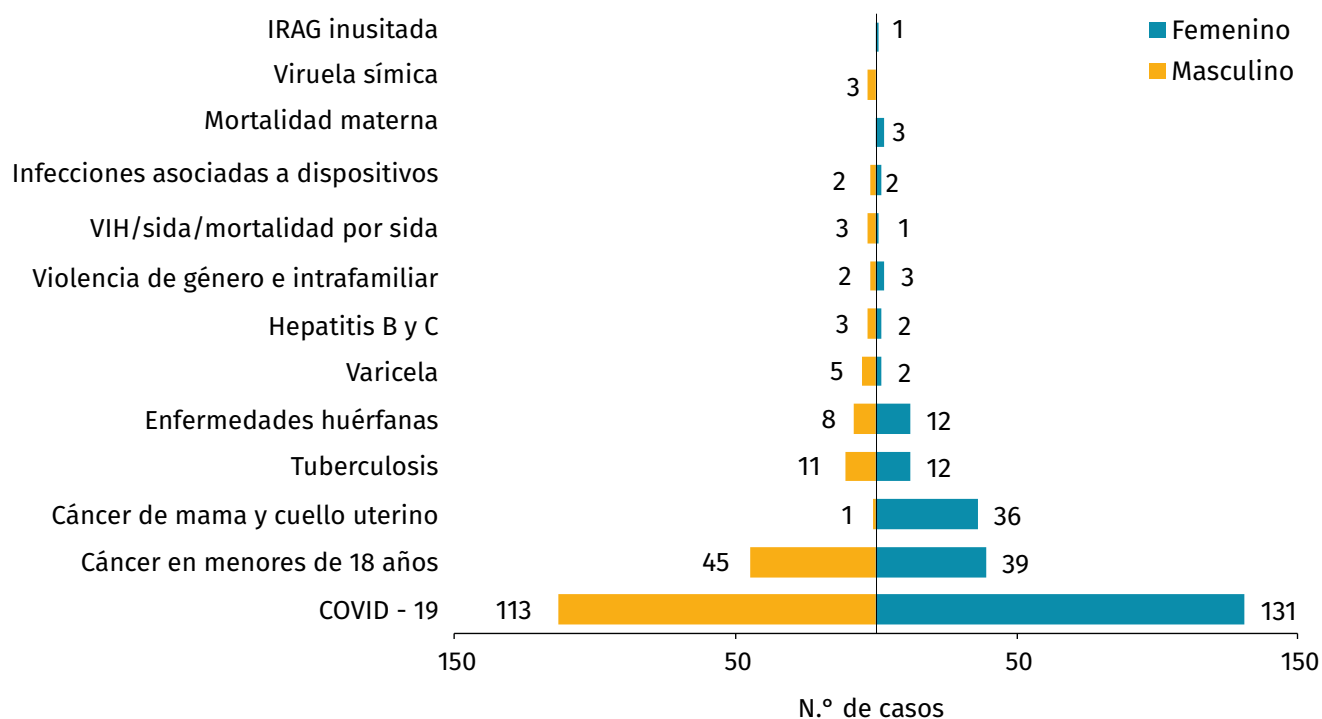
Tabla 3. Distribución de eventos de interés en salud pública notificados, por clasificación de caso, INC (2023)

Evento	Sospechoso	Probable	Confirmado		Descartado	Total
			Por laboratorio	Por clínica		
Cáncer de mama y cuello uterino	0	0	37	0	0	37
Cáncer en menores de 18 años	0	0	84	0	0	84
Enfermedades huérfanas-raras	0	0	18	2	0	20
Hepatitis B y C	0	0	5	0	0	5
Infecciones asociadas a dispositivos	0	0	3	1	0	4
IRAG inusitada	0	0	1	0	0	1
COVID-19	0	0	244	0	0	244
Mortalidad materna	0	0	0	3	0	3
Tuberculosis	0	0	21	2	0	23
Varicela	0	0	0	7	0	7
Violencia de género e intrafamiliar	5	0	0	0	0	5
VIH/sida/mortalidad por sida	0	0	4	0	0	4
Viruela símica	0	0	0	0	3	3
Total	5	0	417	15	3	440

COVID-19: enfermedad por coronavirus de 2019; INC: Instituto Nacional de Cancerología; IRAG: infección respiratoria aguda grave; sida: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Fuente: Sivigila, Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2023.

Según la distribución de los eventos (440) en el año 2023, se reportaron 244 (55,4 %) casos en mujeres. Después del COVID-19, los eventos de mayor notificación fueron cáncer en menores de 18 años, cáncer de mama y cuello uterino, y tuberculosis. Además, se presentaron 7 casos de varicela, 4 de estos asociados a un brote en el servicio de pediatría (figura 1).

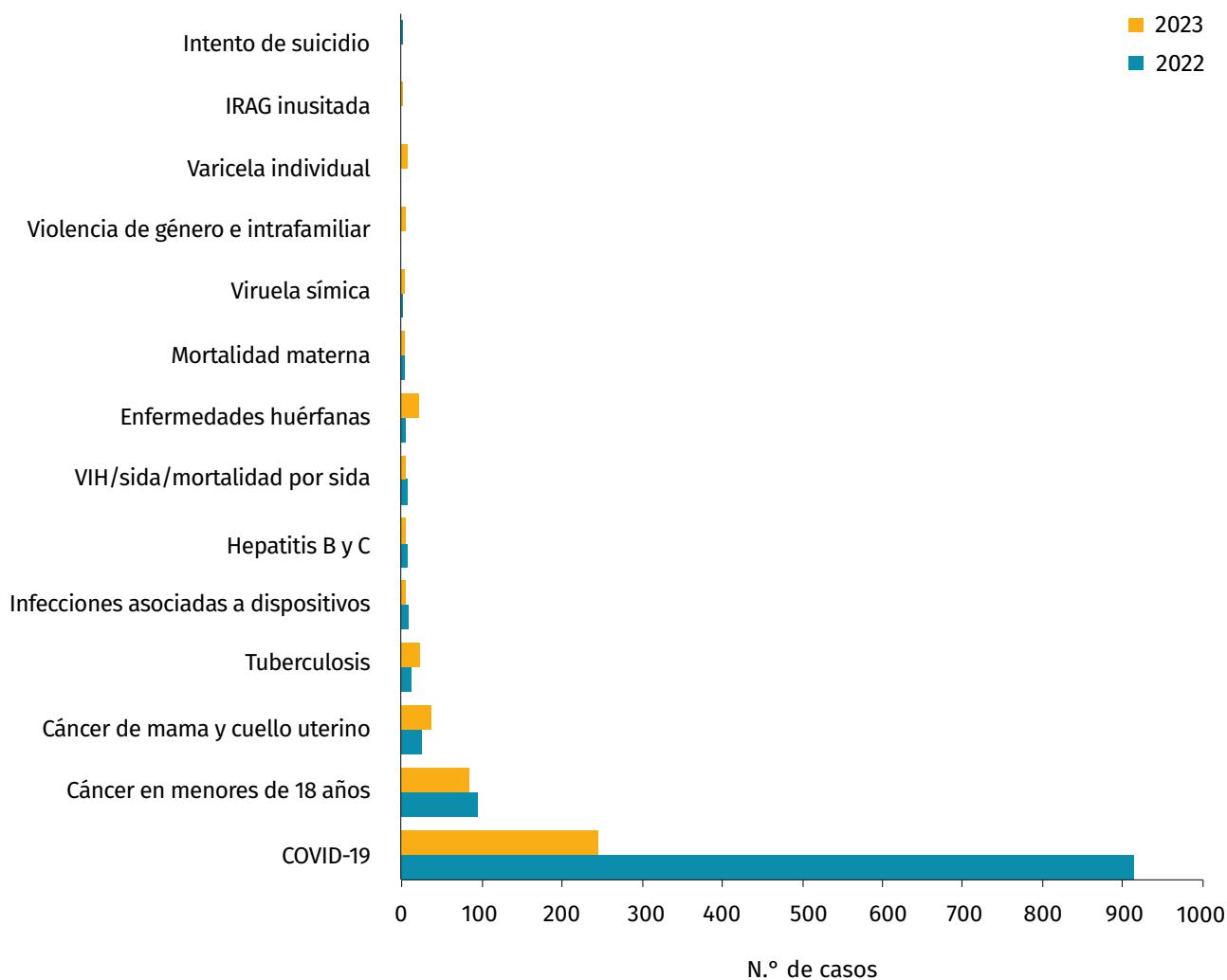


COVID-19: enfermedad por coronavirus de 2019; INC: Instituto Nacional de Cancerología; IRAG: infección respiratoria aguda grave; sida: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Fuente: Sivigila, Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2023.

Figura 1. Distribución de eventos de interés en salud pública, por sexo, INC (2023)

En 2023 disminuyó la notificación de casos, pasando de 1075 (año 2022) a 440 casos (año 2023). Esta disminución estuvo relacionada con menos eventos de cáncer en menores de 18 años (94 en el año 2022 a 84 en el año 2023) y por la disminución de COVID-19 en el INC (914 casos confirmados en el año 2022 a 244 casos en el año 2023) (figura 2).

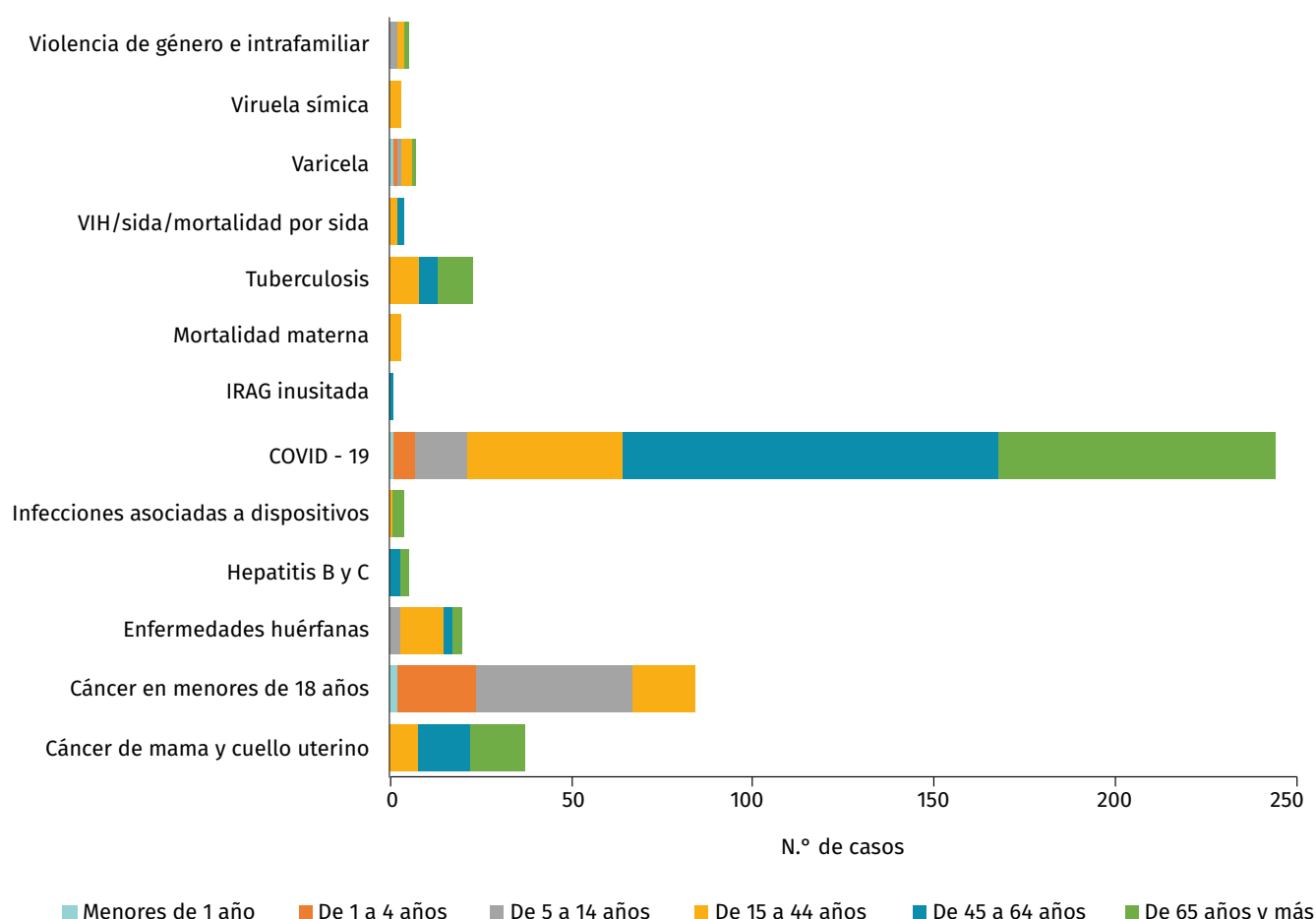


COVID-19: enfermedad por coronavirus de 2019; INC: Instituto Nacional de Cancerología; IRAG: infección respiratoria aguda grave; sida: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Fuente: Sivigila, Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2022-2023.

Figura 2. Distribución de eventos de interés en salud pública, por año de notificación, INC (2022-2023)

En la distribución por grupos de edad, el evento COVID-19 se reportó principalmente en los grupos etarios de 45 a 64 años (104 casos; 42,6 %) y de 65 años y más (76 casos; 31,1%). El evento de cáncer en menores de 18 años se concentró en el grupo etario de 5 a 14 años (43 casos, 51,9%); el evento cáncer de mama y cuello uterino (15 casos únicamente por cáncer de mama; 40,5%) predominó en el grupo de 65 años y más, y la tuberculosis predominó en pacientes entre los 65 años y más (figura 3).

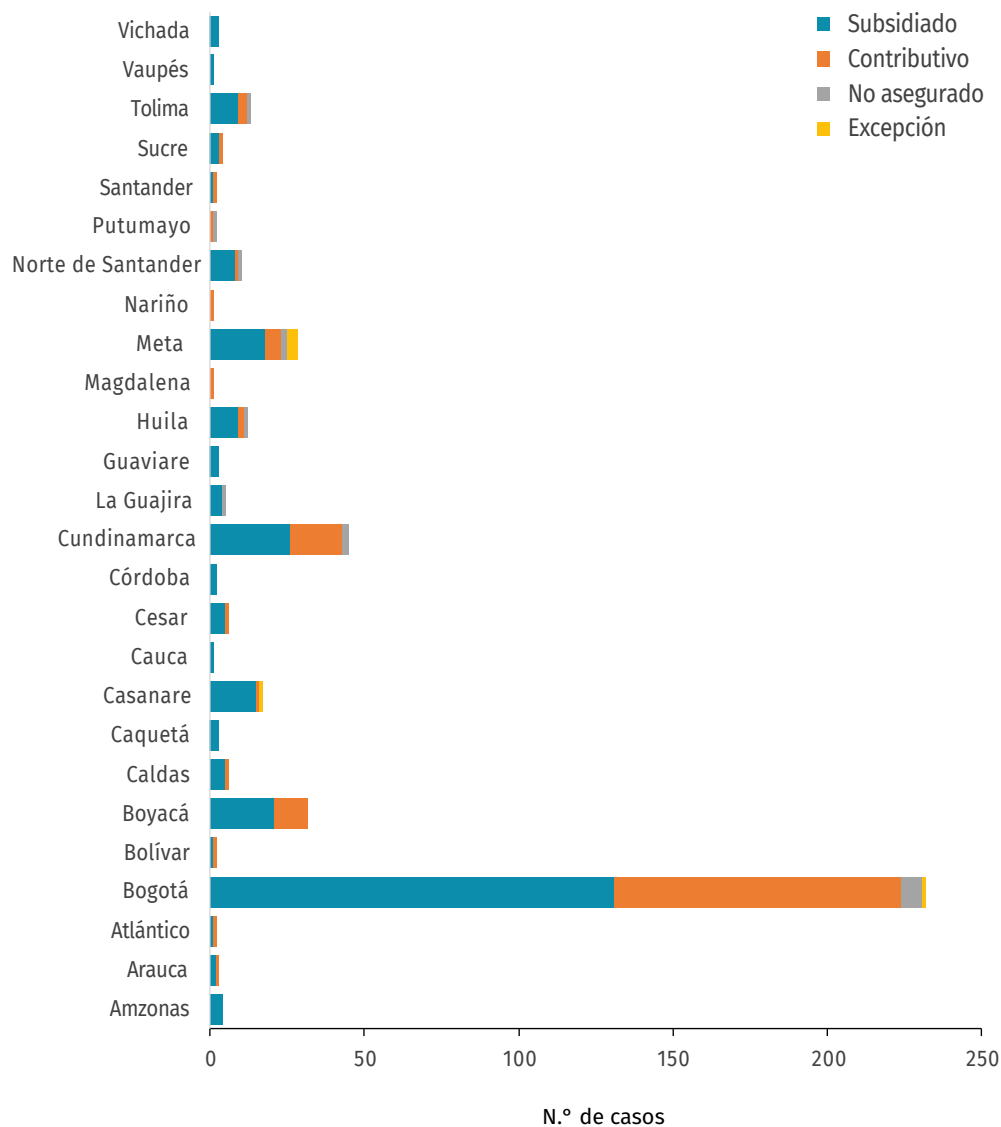


COVID-19: enfermedad por coronavirus de 2019; INC: Instituto Nacional de Cancerología; IRAG: infección respiratoria aguda grave; sida: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Fuente: Datos Sivigila, Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2023.

Figura 3. Distribución de eventos de interés en salud pública, por grupo de edad, INC (2023)

La mayoría de los casos notificados de eventos de interés en salud pública correspondieron a residentes de Bogotá (232; 52,7% de los reportes), seguidos de los departamentos de influencia: Cundinamarca (45; 10,2 %); Boyacá (32; 7,2 %); Meta (28; 6,3 %) y Casanare (17; 3,8 %). De los casos o eventos notificados, el 62,7% (256) se presentaron en pacientes del régimen subsidiado y el 32,5% (143) en el régimen contributivo. Además, se identificaron 16 (3,6%) casos en pacientes no asegurados al SGSSS (figura 4).



INC: Instituto Nacional de Cancerología.

Fuente: Sivigila, Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2023.

Figura 4. Distribución de eventos de interés en salud pública, por régimen de afiliación al SGSSS, según lugar de residencia habitual, INC (2023)

Se notificaron 22 defunciones consideradas eventos de interés en salud pública, donde el 36 % (8 muertes) ocurrieron por cáncer en menores de 18 años. El segundo evento que presentó mayor frecuencia de muertes fue la tuberculosis, con un 31,8 % (7 muertes) de los casos, seguido por la mortalidad materna tardía con un 16,6 % (3 muertes) (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de muertes por eventos de interés en salud pública, según sexo, INC (2023)

Evento	Masculino	Femenino	Total
Cáncer en menores de 18 años	6	2	8
Infecciones asociadas a dispositivos	1	1	2
COVID-19	1	0	1
Mortalidad materna	0	3	3
Tuberculosis	3	4	7
VIH/sida/mortalidad por sida	1	0	1
Total	12	10	22

COVID-19: enfermedad por coronavirus de 2019; INC: Instituto Nacional de Cancerología; sida: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Fuente: Sivigila, Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2023.

De los eventos confirmados y notificados al Sivigila ($n = 440$), se observó que 67 (15,2 %) pacientes tenían diagnóstico de leucemia, 64 (14,5 %) presentaron un tumor maligno de mama, 44 (10,0 %) linfoma no Hodgkin y otros linfomas no especificados, 30 (6,8 %) tumor maligno de los huesos y 27 (6,1 %) melanoma y otros tumores malignos de la piel (tabla 5). Para este análisis, se incluyeron 11 casos (2,8 %) de COVID-19 que ocurrieron en funcionarios del INC, pacientes no oncológicos y posibles donantes de médula ósea, que 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, según sexo, INC (2023)

Diagnóstico oncológico*	Evento	Masculino	Femenino	Total
C00 - C11	COVID-19	4	2	6
Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe	Tuberculosis	0	1	1
	Mortalidad materna	0	1	1
C15 - C16	COVID-19	6	3	9
Tumor maligno de esófago y estómago	Infecciones asociadas a dispositivos	0	1	1
	Hepatitis B y C	1	0	1
C18 - C21	COVID-19	7	5	12
Tumor maligno de colon, recto y ano	Tuberculosis	1	1	2
	VIH/sida/mortalidad por sida	1	0	1

Continúa...

Diagnóstico oncológico*	Evento	Masculino	Femenino	Total
C22 - C24	Cáncer en menores de 18 años	0	1	1
Tumor maligno de hígado, vías biliares intrahepáticas, vesícula biliar y otras partes no especificadas de las vías biliares	COVID-19	1	0	1
C25 - C26				
Tumor maligno del páncreas y mal definido de los órganos digestivos	COVID-19	2	2	4
C31				
Tumor maligno de senos paranasales	Varicela individual	0	1	1
C32				
Tumor maligno de la laringe	COVID-19	3	0	3
C34	COVID-19	1	1	2
Tumor maligno de bronquios y pulmón	Tuberculosis	2	0	2
C38				
Tumor maligno del corazón, mediastino y pleura	Tuberculosis	1	0	1
C40 - C41	Cáncer en menores de 18 años	7	3	10
Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares	Enfermedades huérfanas-raras	6	3	9
	COVID-19	0	6	6
	Varicela individual	2	0	2
	Mortalidad materna	0	1	1
	Tuberculosis	1	0	1
	Violencia de género e intrafamiliar	1	0	1
C43 - C44	COVID-19	12	13	25
Melanoma y otros tumores malignos de la piel	Tuberculosis	0	1	1
	Enfermedades huérfanas-raras	0	1	1

Continúa...

Diagnóstico oncológico*	Evento	Masculino	Femenino	Total
C45 Mesotelioma	Tuberculosis	1	0	1
C48 - C49	COVID-19	3	3	6
Tumor maligno del peritoneo, retroperitoneo y de los tejidos blandos	Cáncer en menores de 18 años	3	4	7
	Tuberculosis	1	0	1
C50	Cáncer de mama y cuello uterino	1	30	31
Tumor maligno de la mama	Enfermedades huérfanas-raras	0	2	2
	Hepatitis B y C	0	1	1
	COVID-19	0	25	25
	Tuberculosis	0	4	4
	Violencia de género e intrafamiliar	0	1	1
C52 - C55	Cáncer en menores de 18 años	0	1	1
Tumor maligno de vagina, cuello y cuerpo uterino y útero, parte no especificada	Cáncer de mama y cuello uterino	0	6	6
	COVID-19	0	15	15
	Tuberculosis	0	2	2
	Enfermedades huérfanas-raras	0	1	1
	Violencia de género e intrafamiliar	0	1	1
C56 - C58	Cáncer en menores de 18 años	0	2	2
Tumor maligno del ovario y de la placenta	COVID-19	0	2	2
	Mortalidad materna	0	1	1
C61	Infecciones asociadas a dispositivos	1	0	1
Tumor maligno de la próstata	COVID-19	7	0	7
C62	Cáncer en menores de 18 años	3	0	3
Tumor maligno del testículo	COVID-19	2	0	2
C64 - C68	Cáncer en menores de 18 años	4	1	5
Tumor maligno del riñón, la vejiga urinaria y otros órganos urinarios	Enfermedades huérfanas-raras	0	2	2
	COVID-19	1	3	4
	Infecciones asociadas a dispositivos	1	0	1

Continúa...

Diagnóstico oncológico*	Evento	Masculino	Femenino	Total
C69	Cáncer en menores de 18 años	11	5	16
Tumor maligno del ojo y sus anexos	COVID-19	3	0	3
C71				
Tumor maligno del encéfalo	COVID-19	1	0	1
C73 - C75	Cáncer en menores de 18 años	1	8	9
Tumor maligno de la glándula tiroides y otras glándulas endocrinas	COVID-19	4	8	12
	Tuberculosis	0	2	2
C80				
Tumor maligno de sitios no especificados	COVID-19	1	0	1
C81	Cáncer en menores de 18 años	3	3	6
Enfermedad de Hodgkin	COVID-19	1	1	2
	VIH/sida/mortalidad por sida	1	0	1
	Viruela símica	1	0	1
C82 - C83 - C85	COVID-19	20	18	38
Linfoma no Hodgkin y otros linfomas no especificados	Cáncer en menores de 18 años	1	3	4
	Tuberculosis	1	0	1
	Infecciones asociadas a dispositivos	0	1	1
C90	Enfermedades huérfanas-raras	0	1	1
Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	COVID-19	5	4	9
	Tuberculosis	0	1	1
	Varicela individual	1	0	1
C91 - C95	Cáncer en menores de 18 años	13	8	21
Leucemias específicas y otras no especificadas	COVID-19	24	15	39
	Tuberculosis	2	0	2
	Varicela individual	1	1	2
	VIH/sida/mortalidad por sida	0	1	1
	Enfermedades huérfanas-raras	1	0	1
	Violencia de género e intrafamiliar	0	1	1

Continúa...

Diagnóstico oncológico*	Evento	Masculino	Femenino	Total
D10 - D36	COVID-19	1	2	3
Leiomioma del útero	Viruela símica	1	0	1
	Violencia de género e intrafamiliar	1	0	1
D48				
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de otros sitios	Enfermedades huérfanas-raras	0	1	1
D61 - D75 - D76	Enfermedades huérfanas-raras	0	1	1
Otras anemias aplásicas, enfermedades de la sangre y las que afectan al sistema reticuloendotelial	COVID-19	1	2	3
Q85				
Facomatosis no clasificadas en otra parte	Enfermedades huérfanas-raras	1	0	1
Sin patología oncológica	Hepatitis B y C	2	0	2
	COVID-19	2	0	2
	Tuberculosis	1	0	1
	Varicela individual	1	0	1
	VIH/sida/mortalidad por sida	1	0	1
	Viruela símica	1	0	1
Donante	Hepatitis B y C	0	1	1
Funcionario del INC	IRAG inusitada	0	1	1
	COVID-19	0	1	1
Total		196	244	440

COVID-19: enfermedad por coronavirus de 2019; INC: Instituto Nacional de Cancerología; IRAG: infección respiratoria aguda grave; sida: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

*Según la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2023.

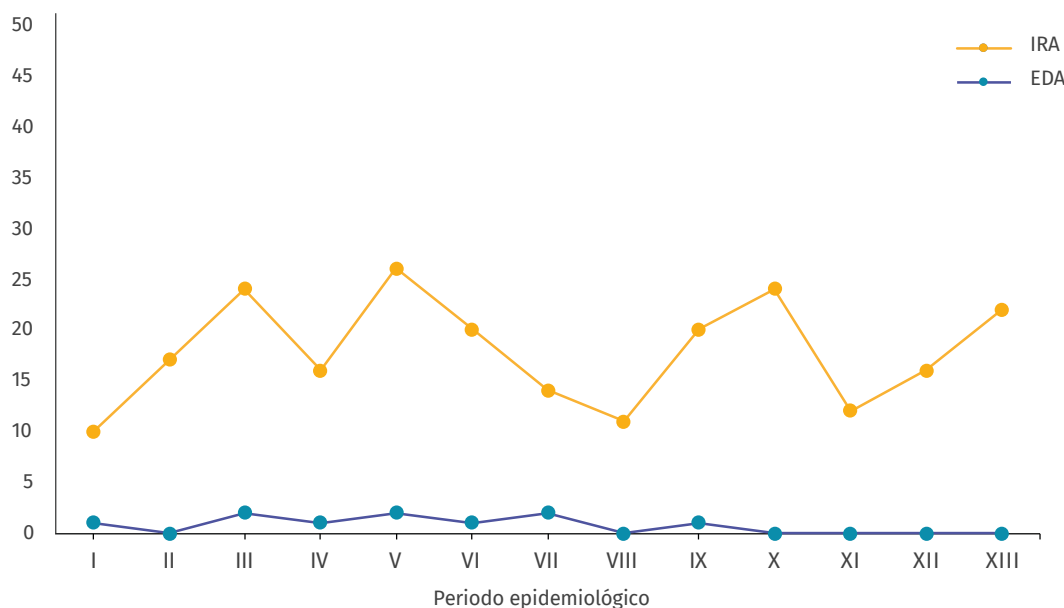
2.2. Búsqueda activa institucional (BAI)

En el proceso de búsqueda activa institucional (BAI), con los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) y los certificados de defunción, se identificaron siete casos por notificar al Sivigila en 2023. Para el evento “cáncer de mama y cuello uterino” se identificaron dos casos, para “enfermedades huérfanas” dos casos y para “infecciones asociadas a dispositivos” tres casos. Para el evento COVID-19, se ingresaron 185 eventos por fuente BAI, esto debido a que todos los casos positivos en personas asintomáticas, por directriz de la SDS, debían ingresar con esta fuente de notificación sin que estuvieran relacionados con inoportunidad en la notificación del evento.

2.3. Notificación colectiva

De acuerdo con los lineamientos para la vigilancia de eventos colectivos, durante el año 2023 se realizó la notificación de dos eventos:

- 1) Morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) (232 casos); este evento aumentó con respecto al año 2022. Para los periodos epidemiológicos III, V, X y XIII se observaron cuatro picos epidemiológicos: marzo, mayo, octubre y diciembre, que correspondieron a los picos presentados históricamente en el distrito de Bogotá.
- 2) Morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA), 10 casos, con una tendencia a la disminución, frente a 14 casos en 2022. El evento de morbilidad por EDA se notificó retrospectivamente, haciendo uso de los RIPS (figura 5).



EDA: enfermedad diarreica aguda; INC: Instituto Nacional de Cancerología; IRA: infección respiratoria aguda.

Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2023.

Figura 5. Distribución de la notificación colectiva para IRA-EDA, por periodo epidemiológico, INC (2023)

3

Indicadores de los certificados de defunción 2023. Acciones de mejora

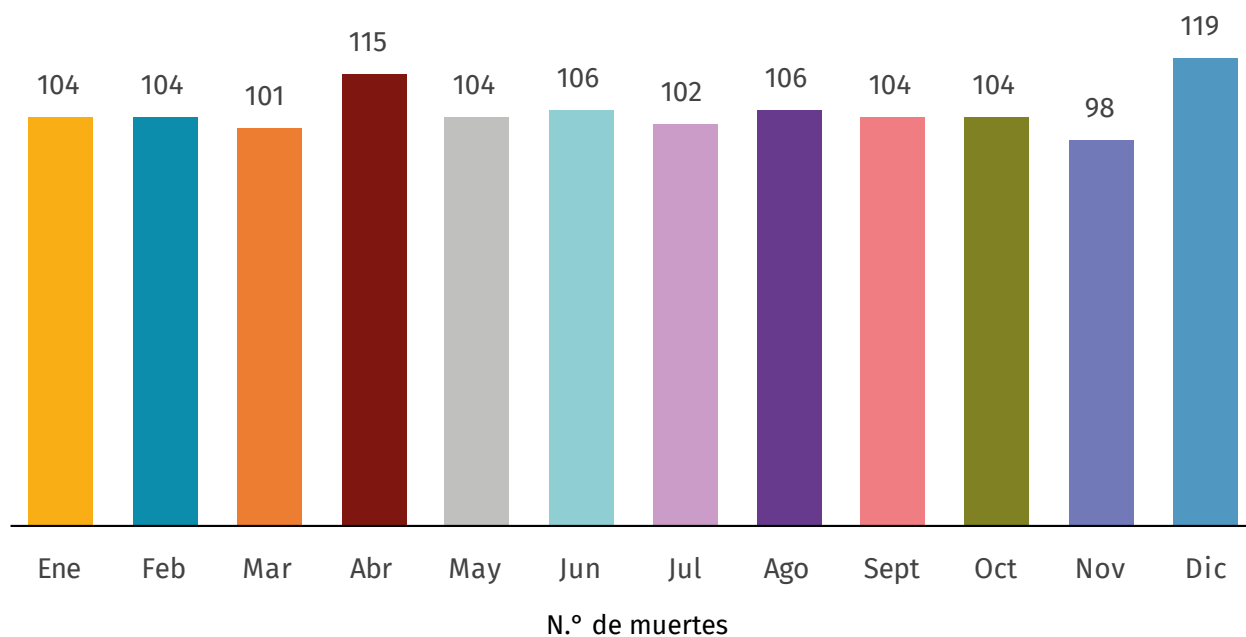


3. Indicadores de los certificados de defunción 2023. Acciones de mejora

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.

3.1. Cobertura

Durante el año 2023 se presentaron 1267 defunciones, 4 más en comparación con 2022, y el comportamiento de la mortalidad presentó mayor ocurrencia en abril, agosto y diciembre. El menor número de defunciones se presentó en noviembre (figura 6). Con corte al 31 de diciembre de 2023, el INC logró una cobertura del 100 %, debido a la continuidad de la mejora en el proceso de diligenciamiento de certificados de defunción.

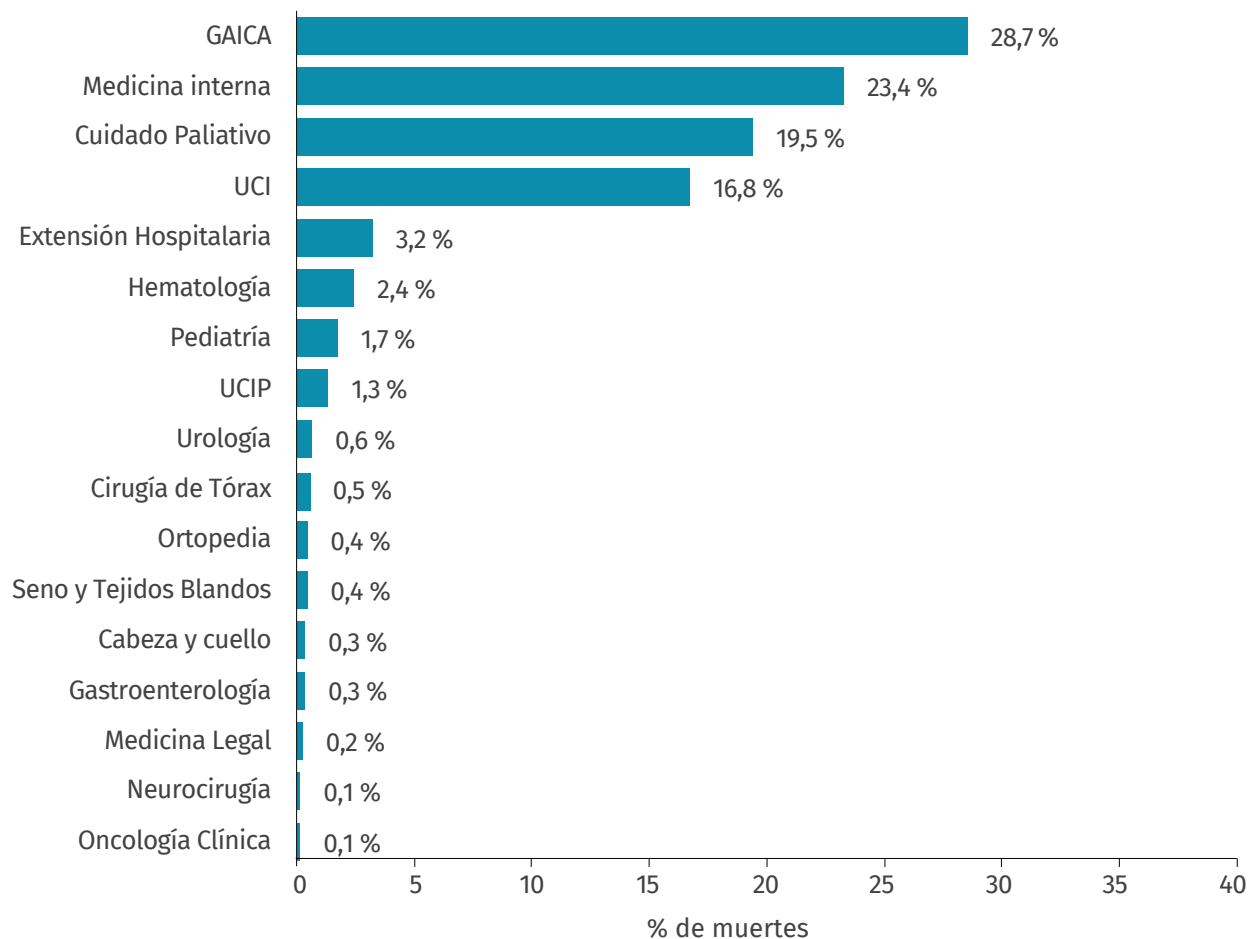


INC: Instituto Nacional de Cancerología.

Fuente: RUAF-ND-2023 y Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2023.

Figura 6. Distribución de muertes por mes de ocurrencia, INC (2023)

La mayor proporción de certificación institucional de la defunción se diligenció en los grupos de Medicina Interna e Infectología, Grupo de Atención Inmediata en Cáncer (GAICA), Cuidado Paliativo y en la unidad de cuidados intensivos (UCI), que en conjunto sumaron el 88,4 % de las certificaciones institucionales. La alta proporción en el servicio de medicina interna se debió a la condición de certificar algunas muertes ocurridas en el GAICA, así como las ocurridas en otros servicios y las defunciones domiciliarias (figura 7).



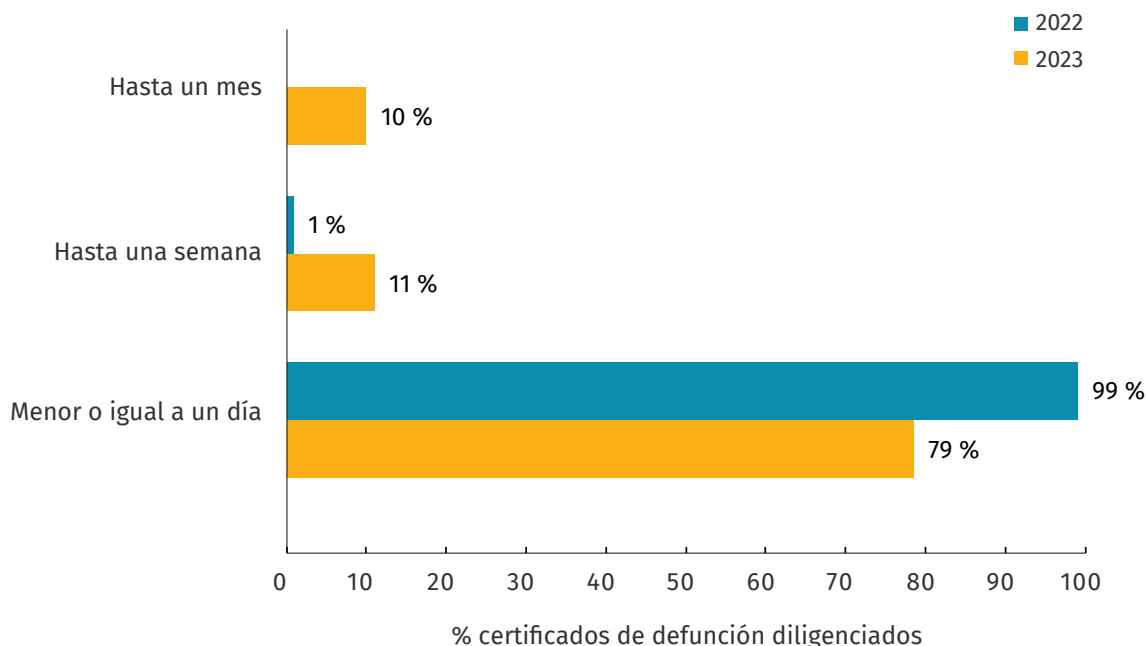
GAICA: Grupo de Atención Inmediata en Cáncer; INC: Instituto Nacional de Cancerología; UCI: unidad de cuidados intensivos; UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátrico.

Fuente: RUAF-ND-2023 y Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2023.

Figura 7. Distribución de muertes según el servicio del certificador, INC (2023)

3.2. Oportunidad

El tiempo promedio para diligenciar cada certificado en el año 2023, en el aplicativo RUAF-ND, fue de 2,5 días, valor que sobrepasa el estándar definido por los entes de control (menor o igual a 1 día), aunque el 79 % de los certificados de defunción fue diligenciado de manera inmediata o en un tiempo menor a 24 horas en el aplicativo web RUAF-ND (figura 8). El 11 % se diligenció hasta una semana posterior a la muerte y un 10 % hasta en un mes, esta inoportunidad se presentó por fallas intermitentes en el servidor del Ministerio de Salud y Protección Social, por lo que, como plan de contingencia, se entregaron certificados en físico durante los meses de septiembre a diciembre y, al recibir la directriz por parte de la Secretaría Distrital de Salud, se realizó ingreso de los certificados al aplicativo RUAF-ND-V2.



INC: Instituto Nacional de Cancerología.

Fuente: RUAF-ND-2023 y Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2022-2023.

Figura 8. Oportunidad en el diligenciamiento de los certificados de defunción, INC (2022-2023)

Según el tiempo promedio de diligenciamiento de los certificados de defunción, la mayoría de los servicios se vieron afectados por la falla en el aplicativo (tabla 6), sin embargo, al momento de la contingencia no se presentó ningún inconveniente con el diligenciamiento y entrega de los certificados de defunción en físico.

Tabla 6. Oportunidad en el diligenciamiento de los certificados de defunción por servicio, INC (2022-2023)

Servicio	2022		2023	
	N.º de certificados	Días (Promedio)	N.º de certificados	Días (Promedio)
GAICA	311	0	363	2,8
Medicina Interna	361	0	297	2,7
Cuidado Paliativo	173	0	247	2,4
UCI	184	0	213	2,2
Extensión Hospitalaria	25	0	41	1,9
Hematología	91	0	31	2,6
Pediatría	20	0	21	1,6
UCIP	15	0	16	3,0
Urología	4	0	8	0,4
Cirugía de Tórax	3	0	6	0,2
Cabeza y Cuello	11	0	5	3,2
Seno y Tejidos Blandos	0	0	5	1,8
Ortopedia	4	0	5	1,2
Gastroenterología	29	0	4	2,0
Medicina Legal	2	0	3	1,3
Oncología Clínica	20	0	1	0,0
Neurocirugía	1	0	1	1,0
Ginecología	9	0	0	0,0
Total	1263	0	1267	2,5

GAICA: Grupo de Atención Inmediata en Cáncer; INC: Instituto Nacional de Cancerología; UCI: unidad de cuidados intensivos; UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátrico.

Fuente: RUAF-ND-2022-2023 y Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC, 2023.

3.3. Calidad

Para el año 2023, el INC recibió las visitas de seguimiento realizadas por la Subred de Servicio de Salud Centro Oriente, con 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 1267 certificados diligenciados, el 100 % tuvieron un adecuado diligenciamiento.

3.4. Acciones de mejora

Con el mejoramiento continuo de los procesos definidos, en el año 2023 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 la cadena causal.
- Verificación de los criterios de calidad de la información al 100% de los certificados expedidos por el INC, en los que 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 debían ser corregidos en la cadena causal, con el fin de retroalimentar al médico responsable sobre el diligenciamiento del certificado de defunción.
- Asesoría individual y permanente a los servicios de la Subdirección de Atención Médica, desde el Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer.

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

4

Temas de interés: Cáncer y riesgo de suicidio



4. Tema de interés

Cáncer y riesgo de suicidio

Es innegable la relación entre la enfermedad oncológica y la tensión emocional concomitante, por lo que al tener en cuenta la difícil trayectoria del tratamiento del cáncer, los procesos de recuperación y la posibilidad de muerte por la enfermedad, los pacientes se encuentran en un alto riesgo de angustia psicológica y suicidio (18).

La tendencia al incremento de la frecuencia, la prevalencia y la mortalidad por cáncer que se espera en los próximos 40 años, sugiere que la carga por enfermedades malignas es, y seguirá siendo por mucho tiempo, de proporciones epidémicas (19). Según las estadísticas del INC, para el año 2022, la institución atendió 6387 casos nuevos de cáncer, con un incremento porcentual del 14,8 % con relación al año anterior con 5562 casos (20).

Así como el cáncer, el suicidio es una importante causa de muerte en el mundo y su incidencia está aumentando a escala global, considerándose como un grave problema de salud pública (21). Para tener una idea de la magnitud del problema, su dimensión epidemiológica y relevancia social, basta decir que es la principal causa de muerte violenta en la población general (22). Según la OMS, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más relevante. En un año, se suicidan en el mundo cerca de setecientas mil personas y, por cada suicidio consumado, hay muchos intentos (23).

Tan solo en Colombia, las cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal del año 2021 evidencian que se suicidaron 9,0 hombres por cada 100 000 habitantes, frente a 2,2 mujeres por cada 100 000 habitantes (5). Los intentos de suicidio, según los datos reportados en el Sivigila para ese mismo año, fueron más frecuentes en mujeres (73,2) que en hombres (42,7) (tasas por cada 100 000 habitantes) (3).

El establecer una tasa de mortalidad por suicidio en pacientes con cáncer ha sido objeto de múltiples estudios. Así, Amiri y Behnezhad (24) lograron establecer la razón de mortalidad estandarizada (SMR, según sus siglas en inglés) agrupada para la mortalidad por suicidio, en pacientes con cáncer ($SMR=1,55$; intervalo de confianza del 95 % ($IC_{95\%}$)= $1,37-1,74$) e informaron los siguientes resultados en función de los subtipos de cáncer: SMR agrupado= $2,06$; $IC_{95\%}$ = $1,32-3,23$ y $p<0,001$ para cánceres de esófago, estómago, páncreas e hígado; $SMR=1,57$; $IC_{95\%}$ = $1,26-1,97$ y $p<0,001$ para cánceres de colon y recto; $SMR=3,07$; $IC_{95\%}$ = $2,20-4,28$, y $p<0,001$ para cánceres de bronquios, tráquea y pulmón; $SMR=1,24$; $IC_{95\%}$ = $1,03-1,48$, y $p=0,020$ para cáncer de mama; $SMR=1,71$; $IC_{95\%}$ = $1,38-2,12$ y $p<0,001$ para cáncer de próstata (24).

Otro estudio mostró que los pacientes con cáncer tienen un mayor riesgo de suicidio y que hay factores específicos implicados en esta asociación, como el sexo masculino, la edad avanzada, el diagnóstico de cáncer dentro del primer año y algunos sitios específicos del tumor (25). De estos estudios, se destaca el esfuerzo por identificar la complejidad del análisis de las causas asociadas al suicidio en el paciente con cáncer, ya que intentan mencionar algunos desafíos de la investigación, como es la presencia del sesgo de publicación en algunos estudios incluidos y la dificultad para

que exista evidencia de clase I, recomendando la necesidad de realizar más estudios originales y metodológicamente sólidos, para llegar a conclusiones más definitivas (24-25). La literatura sí logra establecer, con mayor claridad, que los pacientes con cáncer tienen un mayor riesgo de depresión y ansiedad, y además han establecido que factores socioeconómicos y demográficos complejos influyen en el riesgo de suicidio (26-27).

Para ilustrar algunos factores de riesgo, a continuación se presentan los encontrados en la población adulta con diagnóstico oncológico e ideación suicida, teniendo en cuenta los aspectos más humanos:

La depresión es la enfermedad mental más comúnmente asociada y se ha documentado en el 75 % de los suicidios relacionados con el cáncer; **la historia de afecciones psiquiátricas previas** han estado asociadas concomitantemente con la depresión, por ejemplo, los trastornos por abuso de sustancias, junto con todas las afecciones subsindrómicas, como los trastornos de adaptación y los estados depresivos menores, lo que sitúa a la mayoría de los pacientes con trastornos psiquiátricos con mayor riesgo de suicidio; **la desesperanza**, como constructo separado de la depresión, es un factor de riesgo único para la ideación suicida; **la desmoralización** denota una percepción de incapacidad para afrontar la situación y se asocia con una pérdida de significado y una sensación de desánimo, es bastante común en entornos de cáncer y puede ser un predictor más fuerte de ideación suicida que la depresión; **el dolor** conduce a una mayor angustia psicológica y depresión, donde las limitaciones físicas que el dolor crea pueden ser responsables de la ideación suicida *per se*; **la falta de apoyo social** se asocia con tendencias suicidas y solicitudes de eutanasia; **la minusvalía o el sentirse una carga para los demás** puede presentarse más en los pacientes con enfermedades terminales; **los rasgos de personalidad** de los pacientes muy preocupados por la pérdida de autonomía, la dependencia y una fuerte necesidad de controlar las circunstancias tienen más probabilidades de tener ideas autolesivas; y, por último, **las preocupaciones existenciales**, como la pérdida de significado, propósito y dignidad, el arrepentimiento, la culpa y el intento por una comprensión de lo que sucede después de la muerte, también pueden llevar a pensamientos suicidas (10).

Está bien establecido que el diagnóstico de cáncer y el tratamiento posterior pueden ser sumamente traumáticos para todos los grupos de edad, especialmente para los niños en sus años de formación (28). Al analizar cuál es la morbilidad psicológica a lo largo de la vida de los pacientes niños, adolescentes y adultos jóvenes con cáncer (CYAC, según sus siglas en inglés) y los sobrevivientes, se encontró que los CYAC experimentan un mayor riesgo de depresión, ansiedad y trastornos psicóticos después de la remisión del cáncer, en comparación con los hermanos y los controles sin diagnóstico de cáncer.

Por otra parte, los trastornos depresivos y de ansiedad fueron particularmente más altos en cohortes mayores de 30 y 25 años, respectivamente, aunque los CYAC en general no tuvieron un riesgo significativamente mayor de mortalidad por suicidio, pero, en ciertas subpoblaciones como los adolescentes mayores, sí se encontró un mayor riesgo. Se concluye que el trauma biológico y psicológico aumentan la vulnerabilidad, dando crédito a por qué un historial de cáncer puede ser un factor predisponente para el desarrollo de trastornos en la esfera mental, incluyendo los trastornos del espectro psicótico (29); sin embargo, no todo es oscuridad,

puesto que existen algunas circunstancias que le confieren, a los pacientes diagnosticados con cáncer, una forma de protección ante la posibilidad de cualquier evento contemplado en el espectro del suicidio (ideación, gesto, intento o suicidio consumado). En las valoraciones realizadas por el Grupo de Salud Mental del INC, se ha observado que las vinculaciones y la restauración de las relaciones interpersonales, además del trabajo sobre las pérdidas percibidas, puede ser de gran alivio emocional para muchos pacientes.

Otro vínculo importante que se debe considerar es la alianza entre el paciente y su oncólogo, puesto que una relación terapéutica fortalecida puede proteger contra el suicidio (30). Los oncólogos desempeñan un papel fundamental, dado que muchos pacientes se niegan o temen consultar a los médicos entrenados en salud mental y varios estudios han demostrado que el entrenamiento en habilidades de comunicación puede mejorar la comunicación entre el oncólogo y el paciente (31). Según lo anterior, se puede concluir que todo factor de riesgo intervenido de forma adecuada podría convertirse en un factor de protección para los pacientes o, de forma más sencilla manifestada: intervenir para reducir el sufrimiento, restablecer la conexión y mantener la seguridad son acciones que ayudan a desactivar el pensamiento suicida (32).

Se hace de vital importancia el intento por normalizar la exploración de la ideación suicida en el ambiente hospitalario y no solo en las consultas de los servicios de salud mental; sin embargo, cabe aclarar que estas conversaciones no son del todo fáciles para el personal no entrenado, para lo cual se cuenta con numerosos instrumentos de evaluación con aceptable validez psicométrica y de cómoda aplicación. Los instrumentos de detección deben evaluar cualquier intención de morir “distinta de cero”, ya que la ideación suicida generalmente fluctúa y los motivos pueden ser mixtos (33). Uno de esos instrumentos es el SAD PERSONS, una escala nemotécnica de 10 ítems (donde cada letra del acrónimo representa un factor de riesgo para suicidio) que fue diseñada para uso profesional no relacionado con la salud mental, para evaluar el nivel general del riesgo de suicidio entre los asistentes a emergencias. Sobre este instrumento se ha descrito una sensibilidad y especificidad de hasta un 94 % y un 71 %, respectivamente, en el estudio original (34). El INC, como hospital de referencia en Colombia y en su histórico esfuerzo por entregar un servicio altamente humanizado a los pacientes y sus familias, ha escogido esta encuesta como instrumento evaluador inicial de la posibilidad de una conducta suicida.

Con el tiempo, el servicio de salud mental del INC, en conjunto con los servicios de comunicaciones y sistemas, han desarrollado múltiples actividades, tales como análisis de la literatura médica para actualización de protocolos y ejecución de medios audiovisuales con fines instruccionales, para el entrenamiento del personal sanitario en la aplicación de la escala, logrando que el SAD PERSONS se incluya en el sistema de información SAP y sea utilizado de forma rutinaria, casi como si se estuviera evaluando un signo vital más. Todos estos esfuerzos han traído como resultado un aumento considerable en el contacto y acceso de los pacientes oncológicos con los servicios de psiquiatría y psicología que el instituto ofrece, ya que esta herramienta se aplica a todo aquel paciente adulto que ingrese a la institución por el servicio de urgencias.

Implementación de la escala de medición de riesgo suicida

Para el año 2023, el Grupo de Salud Mental del INC decidió fortalecer las estrategias de detección e identificación de pacientes con ideación suicida, con el uso de la escala SAD PERSONS (34), teniendo en cuenta el tipo de paciente atendido y el contexto en el que se encuentra, para evaluar su efectividad y tomar decisiones basadas en estos resultados.

Para la medición del riesgo suicida, se seleccionó la escala SAD PERSONS (34) como herramienta de tamizaje, la cual fue escogida por ser de fácil aplicación, con respuestas cerradas (sí o no), por su implementación en otras instituciones de salud de Bogotá y porque en la valoración de cada ítem puntúa si está presente o ausente el riesgo de suicidio, además que los resultados indican una conducta a seguir, de acuerdo con el puntaje obtenido.

Entre las acciones implementadas estuvieron, además de la selección de la escala de medición del riesgo suicida (SAD PERSONS), la socialización sobre la forma de aplicación en el GAICA y la inclusión de la escala en la historia clínica institucional (SAP), como herramienta de tamizaje. El documento se encuentra disponible para consulta y descarga en el SIAPINC (UFT-P01-I-40: instructivo para diligenciar la historia clínica en el SAP, publicado septiembre de 2023).

En relación con los avances de la estrategia, se establecieron los objetivos para la incorporación de la escala en el sistema institucional SAP:

- Aplicarla por el médico de triaje en el GAICA.
- Dejar un registro de la aplicación de la escala.
- Realizar la cuantificación de las respuestas, de forma automática, en el sistema.
- Gestionar la interconsulta a psicología y psiquiatría, teniendo en cuenta la calificación de la escala.

También se realizó la grabación de un video tutorial por parte del Grupo de Salud Mental del INC, para ser usado como método de socialización del proyecto, y se anexó una encuesta de evaluación rápida al final del video, para verificar la comprensión de la información y el cumplimiento de la actividad. Los médicos del GAICA diligenciaron la encuesta y realizaron la evaluación para confirmar la comprensión de la escala, efectuaron la prueba piloto y recibieron la capacitación del uso del instrumento de tamización en el sistema SAP. Posteriormente, se activó la herramienta de tamización, con el inicio de la aplicación de la prueba el 10 de julio del 2023.

Resultados

De una medición del año 2023, del 1 de julio al 31 de diciembre, se obtuvieron los primeros resultados de la implementación de la escala de medición de riesgo suicida (tabla 7). La herramienta de tamización se aplicó a todos los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias (GAICA), que fueron en total 5717 personas. De los pacientes que ingresaron, se identificaron 5456 con riesgo bajo de suicidio (95,4%), 250 con riesgo moderado (4,4%) y 9 con riesgo alto (0,2%). Se realizaron 343 solicitudes de interconsulta de psicología y psiquiatría, las cuales están en proceso de gestión para definir las conductas clínicas a seguir.

Tabla 7. Resultados de la implementación institucional de la escala de medición de riesgo suicida (SAD PERSONS), INC, 2023

Mes	# total de pacientes atendidos en el GAICA	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto	Precisa de ingreso	Total de solicitudes de interconsulta
Julio	620	566	54	0	0	70
Agosto	952	902	48	2	0	65
Septiembre	1034	973	59	1	1	65
Octubre	1064	1030	30	3	1	46
Noviembre	1063	1028	35	0	0	57
Diciembre	984	957	24	3	0	40
Total	5717	5456	250	9	2	343

GAICA: Grupo de Atención Inmediata en Cáncer; INC: Instituto Nacional de Cancerología.

En conclusión, el pensamiento suicida es una deliberación entre la voluntad de vivir o morir (28). Esta afirmación, que plasma una consideración muy relacionada con la naturaleza humana, es una clara invitación a pensar en que todas aquellas iniciativas de detección del padecimiento psicológico son de suma importancia y estarán siempre destinadas al intento de alcanzar niveles apropiados de apoyo multidisciplinario, en modelos de atención cada vez más dignos y solidarios.

Referencias

- Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiat*. 2016;45(supl. 1):68-75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.006>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental tomo I [internet]. Bogotá: Minsalud; 2015. [citado 2024 my. 20]. Disponible en: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders [internet]. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 1992. [citado 2024 my. 20]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf?sfvrsn=933a13d3_1&download=true
- World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates [internet]. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2021. [citado 2024 my. 10]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>
- Departamento Nacional de Planeación; Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer; Observatorio Colombiano de las Mujeres. El suicidio en Colombia: factores diferenciales entre mujeres y hombres [boletín] [internet]. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2023. [citado 2024 my. 10]. Disponible en: https://observatoriomujeres.gov.co/archivos/Publicaciones/Publicacion_311.pdf
- Datos Abiertos Bogotá. Conducta suicida en Bogotá D. C. [internet]. Bogotá: Datos Abiertos; 2023. [citado 2024 my. 20]. Disponible en: <https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/tasa-de-suicidio-en-bogota-d-c>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental: conducta suicida. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [internet]. Bogotá D. C.: Minsalud; 2018. [citado 2024 my. 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de intento de suicidio [internet]. Bogotá: INS; 2022. Versión: 04. [citado 2024 my. 20]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Intento%20de%20suicidio.pdf
- Centers for Disease, Control and Prevention. Risk and Protective Factors for Suicide [internet]. Estados Unidos: CDC; 2024. [citado 2024 my. 20]. Disponible en: https://www.cdc.gov/suicide/risk-factors/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/suicide/factors/index.html
- McFarland D, Walsh L, Napolitano S, Morita J, Jaiswal R. Suicide in patients with cancer: identifying the risk factors. *Oncology*. 2019;33(6):221-6. PMID: [31219606](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31219606/).
- Heinrich M, Hofmann L, Baurecht H, Kreuzer P, Knüttel H, Leitzmann M, et al. Suicide risk and mortality among patients with cancer. *Nat Med*. 2022;28(4):852-9. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01745-y>
- Ascencio L, Rodríguez-Mayoral O, García-Salamanca M, Monreal-Carrillo E, Allende-Pérez S. Suicide in cancer patients undergoing palliative care: a report of two cases. *Salud Ment*. 2022;45(2):89-93. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2022.012>
- Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global [internet]. Washington, DC: OPS; 2014. [citado 2024 my. 10]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
- Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral de la OMS sobre salud mental 2013-2030 [internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2022. [citado 2024 my. 06]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1>
- Congreso de la República. Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones [internet]. Diario oficial n.º 48.680; 2013. [citado 2024 my. 06]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4886 de 2018, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental [internet]; 2018. [citado 2024 my. 06]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Instructivo diligenciamiento ficha de notificación del sistema de vigilancia epidemiológica de vigilancia epidemiológica de conductas suicidas Sisvecos-Sivigila D. C. (Febrero 2023). Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Zaorsky N, Zhang Y, Tuanquin L, Bluethmann S, Park H, Chinchilli V. Suicide among cancer patients. *Nat Commun*. 2019;10(1):207. <https://doi.org/10.1038/s41467-018-08170-1>
- Mattiuzzi C, Lippi G. Current cancer epidemiology. *J Epidemiol Glob Health*. 2019;9(4):217-22. <https://doi.org/10.2991/jegh.k191008.001>
- Instituto Nacional de Cancerología. Anuario estadístico 2022 [internet]. Bogotá, D. C.: INC; 2023. [citado 2024 sept. 03]. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones/anuario-estadistico-2022>

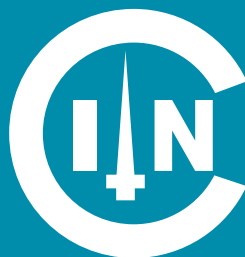
21. World Health Organization. Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2003. [citado 2024 sept. 03]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/03-04-2003-global-cancer-rates-could-increase-by-50-to-15-million-by-2020#:~:text=The%20predicted%20sharp%20increase%20in,growing%20adoption%20of%20unhealthy%20lifestyles>
22. Dos Santos M. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção [Cancer and suicide among the elderly: psychosocial determinants of risks, psychopathology and opportunities for prevention]. *Ciencia Saude Colet*. 2017;22(9):3061-75. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.05882016>
23. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. OMS; 2021. [citado 2024 sept. 03]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
24. Amiri S, Behnezhad, S. Cancer diagnosis and suicide mortality: a systematic review and meta-analysis. *Arch Suicide Res*. 2019;24(supl. 2):S94-112. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1596182>
25. Calati R, Filipponi F, Mansi W, Casu D, Peviani G, Gentile G, et al. Cancer diagnosis and suicide outcomes: umbrella review and methodological considerations, *J Affect Disord*. 2021;295:1201-14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.131>
26. Wang Y-H, Li J-Q, Shi J-F, Que J-Y, Liu J-J, Lappin J, et al. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Mol Psychiatry*. 2020;25(7):1487-99. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0595-x>
27. Choi J, Park E-C, Kim T, Han E. Mental disorders and suicide risk among cancer patients: a nationwide cohort study. *Arch Suicide Res*. 2022;26(1), 44-55. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1779156>
28. Li H, Chung O, Chiu S. The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial well-being. *Cancer Nurs*. 2010;33(1):47-54. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181aaf0fa>
29. Lee A, Low C, Yau C, Li J, Ho R, Hui C. Lifetime burden of psychological symptoms, disorders, and suicide due to cancer in childhood, adolescent, and young adult years: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2023;177(8):790-9. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.2168>
30. Mack J, Block S, Nilsson M, Wright A, Trice E, Friedlander R, et al. Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer: the human connection scale. *Cancer*. 2009;115(14):3302-11. <https://doi.org/10.1002/cncr.24360>
31. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2002;359(9307):650-6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07810-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07810-8)
32. Brown G, Steer R, Henriques G, Beck A. The internal struggle between the wish to die and the wish to live: a risk factor for suicide. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1977-9. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1977>
33. Andriessen K. On "intention" in the definition of suicide. *Suicide Life-Threat Behav*. 2006;36(5):533-8. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.533>
34. Hockberger R, Rothstein R: Assessment of suicide potential by non-psychiatrists using the SAD PERSONS score. *J Emerg Med*. 1988;6(2):99-107. [https://doi.org/10.1016/0736-4679\(88\)90147-3](https://doi.org/10.1016/0736-4679(88)90147-3)

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) 4817000 ext. 4804

jafuentes@cancer.gov.co

Este boletín fue publicado por el
Instituto Nacional de Cancerología
en el mes de diciembre de 2024



**Instituto Nacional
de Cancerología
Colombia**

Por el control del cáncer

www.cancer.gov.co

Calle 1 N.º 9 - 85
Bogotá D. C., Colombia