

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES CON CÁNCER EN TRATAMIENTO AMBULATORIO EN UNA IPS DE BOGOTÁ.

MARIA FERNANDA SANABRIA RUSSI.
NATALIA MENDOZA GONZALEZ



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

Introducción.



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

Cáncer.

- Grupo de enfermedades diferentes que afectan cualquier lugar del cuerpo en donde se produzca un crecimiento celular anormal producto de disfunciones celulares por alteraciones genéticas.
- El control del crecimiento celular es dirigido por protooncogenes o genes supresores, cuando se produce una mutación, este gen pierde la capacidad de replicación convirtiéndose en un gen precursor.
- El cáncer es una enfermedad crónica, su ciclo de desarrollo es largo, tiene un periodo de latencia que sobrepasa los 10 años por lo que las acciones para su control deben sostenerse por periodos superiores al ciclo de la enfermedad.
- Su comportamiento varía entre individuos dependiendo de el órgano afectado y la etapa de diagnóstico.
- No hay un rango específico de edad para el desarrollo de la enfermedad, sin embargo, la probabilidad es mayor en personas de edad avanzada.

El Cáncer en el Mundo Descrito en Cifras.

- Es una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad.
- Anualmente se registran en todo el mundo más de 10 millones de nuevos casos y más de seis millones de defunciones por esa enfermedad.
- Existen más de 20 millones de personas diagnosticadas, aproximadamente el 50% de estos casos se produce en países desarrollados y en estos las defunciones se acercan al 20% mientras que en los países en desarrollo corresponden al 10%.
- Según las proyecciones de la Agencia internacional de Investigación del Cáncer (IARC), para el 2020 la incidencia de cáncer se incrementara en un 50% (15 millones de habitantes aproximadamente), habrá 10 millones de muertes.
- Se prevé que el 60% de los casos nuevos ocurrirán en naciones en desarrollo lo que ubica al cáncer como un problema mayor de salud pública en los países de bajos recursos.

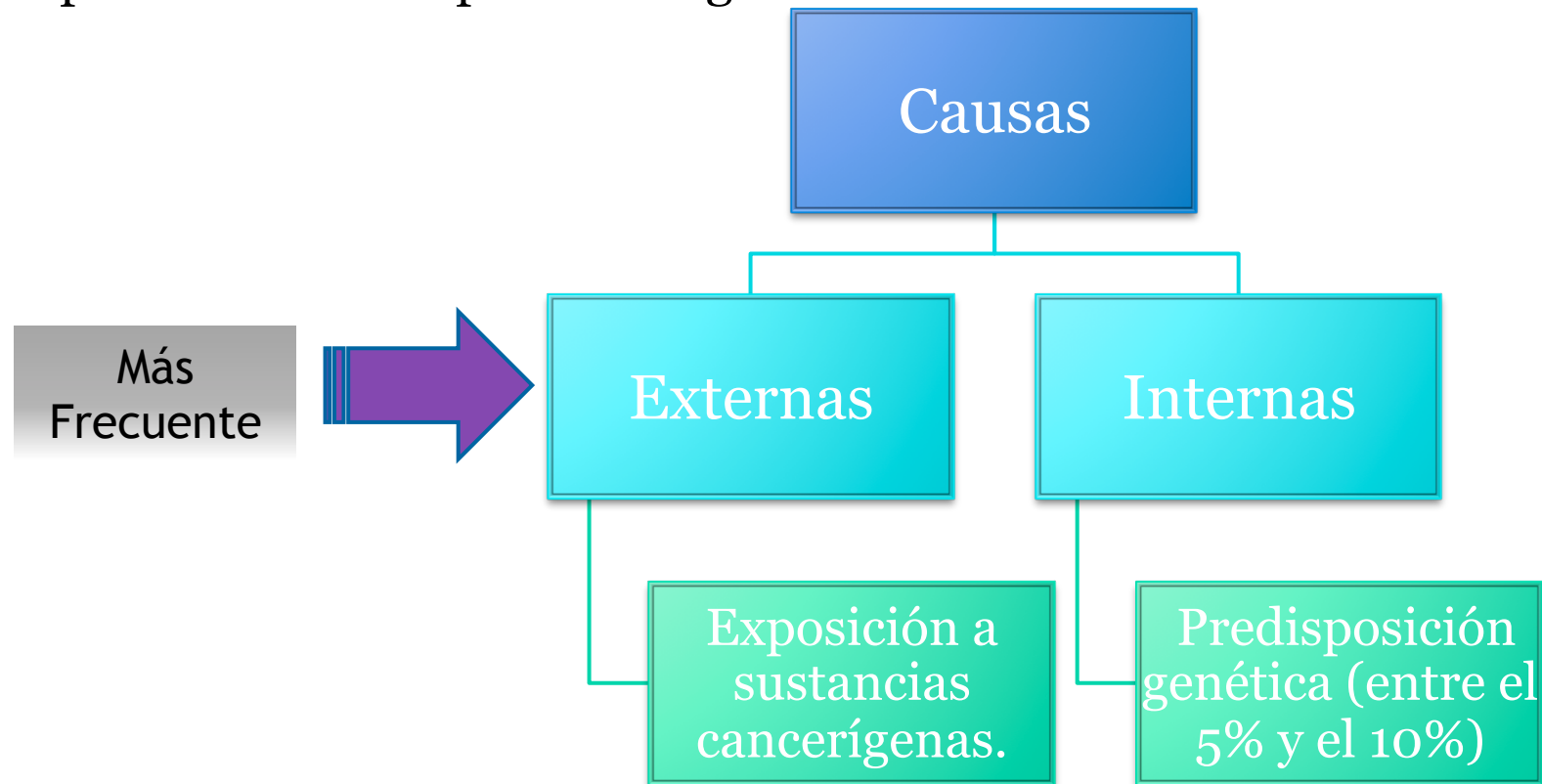
Organización Mundial de la Salud, "Programas nacionales de Lucha Contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión," Ginebra, 2002

Organismo Atómico Nuclear. Lucha Contra el Cáncer en el Mundo Desarrollado. *Programa de Acción Para la Terapia Contra el Cáncer*, www.iaea.org, 2009.

En América latina y el Caribe....

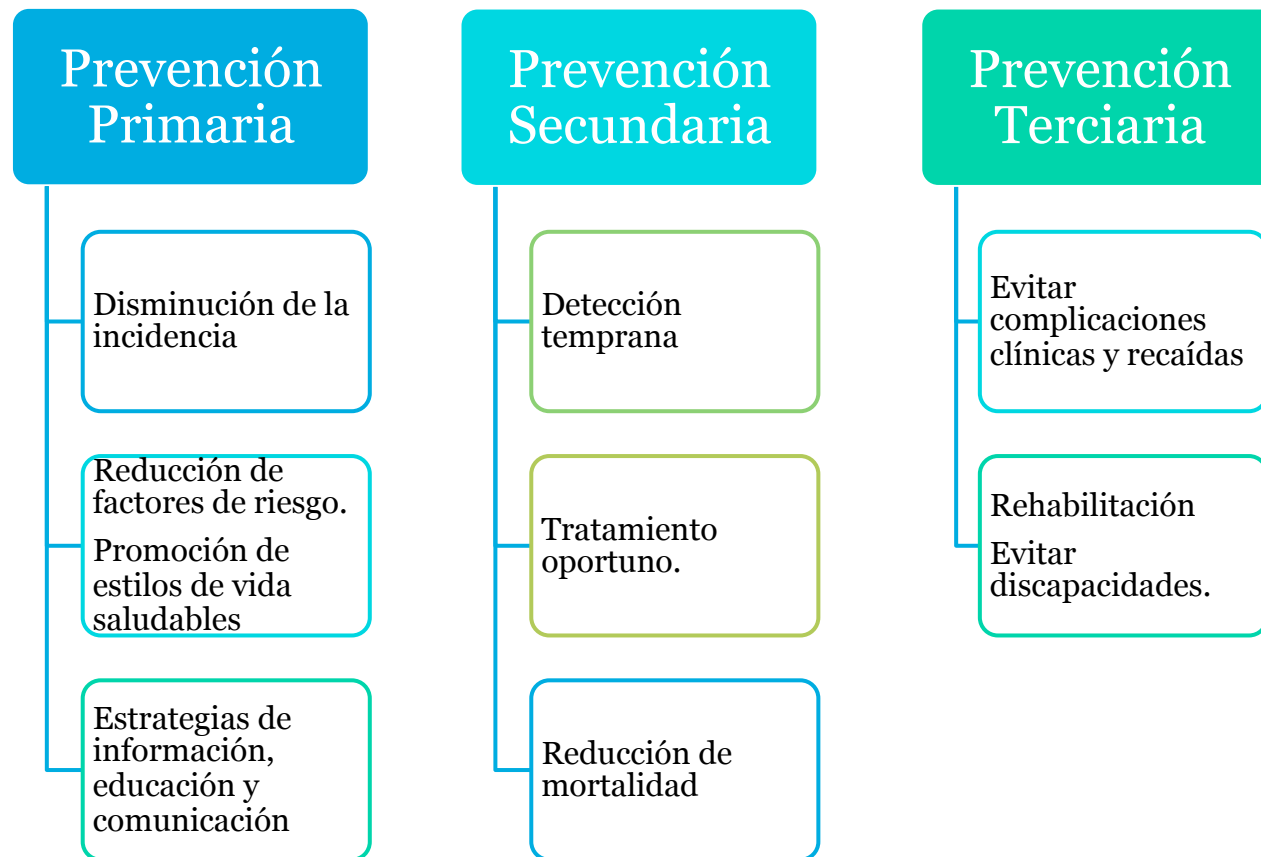
- Aumento en la incidencia debido a:
 - Crecimiento de la población.
 - Cambio de los estilos de vida
 - Envejecimiento.
- Causa del 45% de las muertes por cáncer en el 2008, la mayoría consecuencia de cáncer de pulmón, próstata en hombres, y de cáncer de pulmón, mama en mujeres.
- Para el 2030 se espera un incremento del 85% en la incidencia y un aumento de las defunciones en mas de 2 millones.

- El cáncer no es una enfermedad unicausal, es difícil hablar de factores o condiciones que sean suficientes e indispensables para producir una neoplasia maligna.



Prevención

- Es una enfermedad prevenible, al menos la tercera parte de los 10 millones de casos incidentes de cáncer en el mundo se pueden prevenir.
- Muchas enfermedades no transmisibles y trastornos producidos por agentes tóxicos (tabaquismo, obesidad y sedentarismo), comparten con el cáncer factores causales, lo que hace que las actividades para su prevención sean las mismas.



Organización Mundial de la Salud, "Programas nacionales de Lucha Contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión," Ginebra, 2002.

Organismo Atómico Nuclear. Lucha Contra el Cáncer en el Mundo Desarrollado. *Programa de Acción Para la Terapia Contra el Cáncer*, www.iaea.org, 2009.

Organización Panamericana de la Salud, "Plan de Acción para la Prevención y Control de Cáncer 2008 - 2015," Washinton D.C, 2008.

Marco Teórico: Perfil Epidemiológico del Cáncer en Colombia.



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

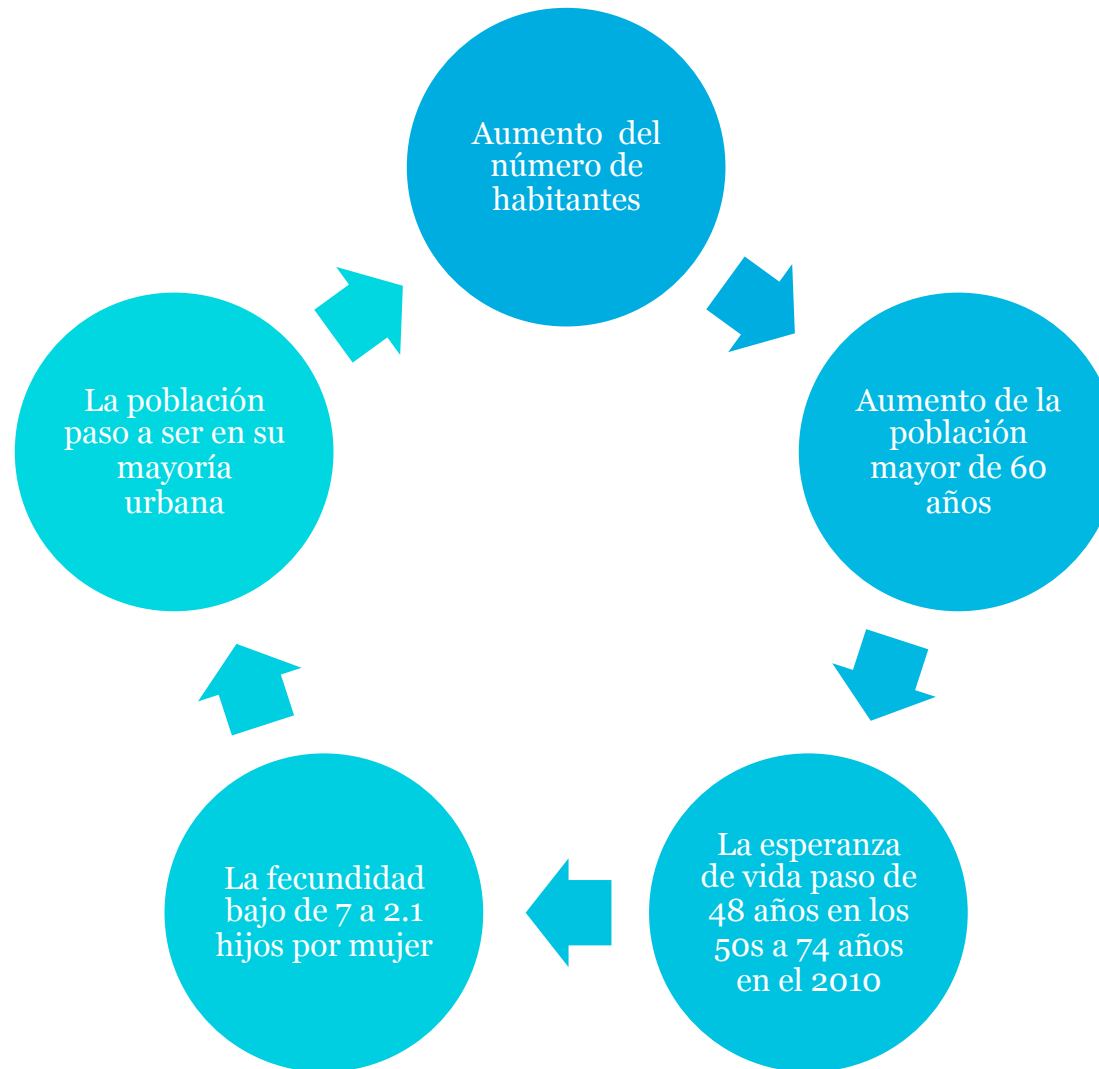
Incidencia

- Entre el 2000 y el 2006 se presentaron al año cerca de 70.887 casos, 46 % en hombres y 64% en mujeres.
- En hombres, la tasa de incidencia ajustada por edad para todos los tipos de cáncer excepto piel fue de 186.6 , en mujeres fue de 196.9 por 100000 habitantes.
- Principales localizaciones en hombres: próstata, estómago, pulmón, colon y recto y linfomas No Hodgkin.
- Principales localizaciones en mujeres: mama, cuello del útero, tiroides, estómago y colon, recto y ano.
- No hay un registro completo de cáncer de piel por lo que se excluye de la información del registro.

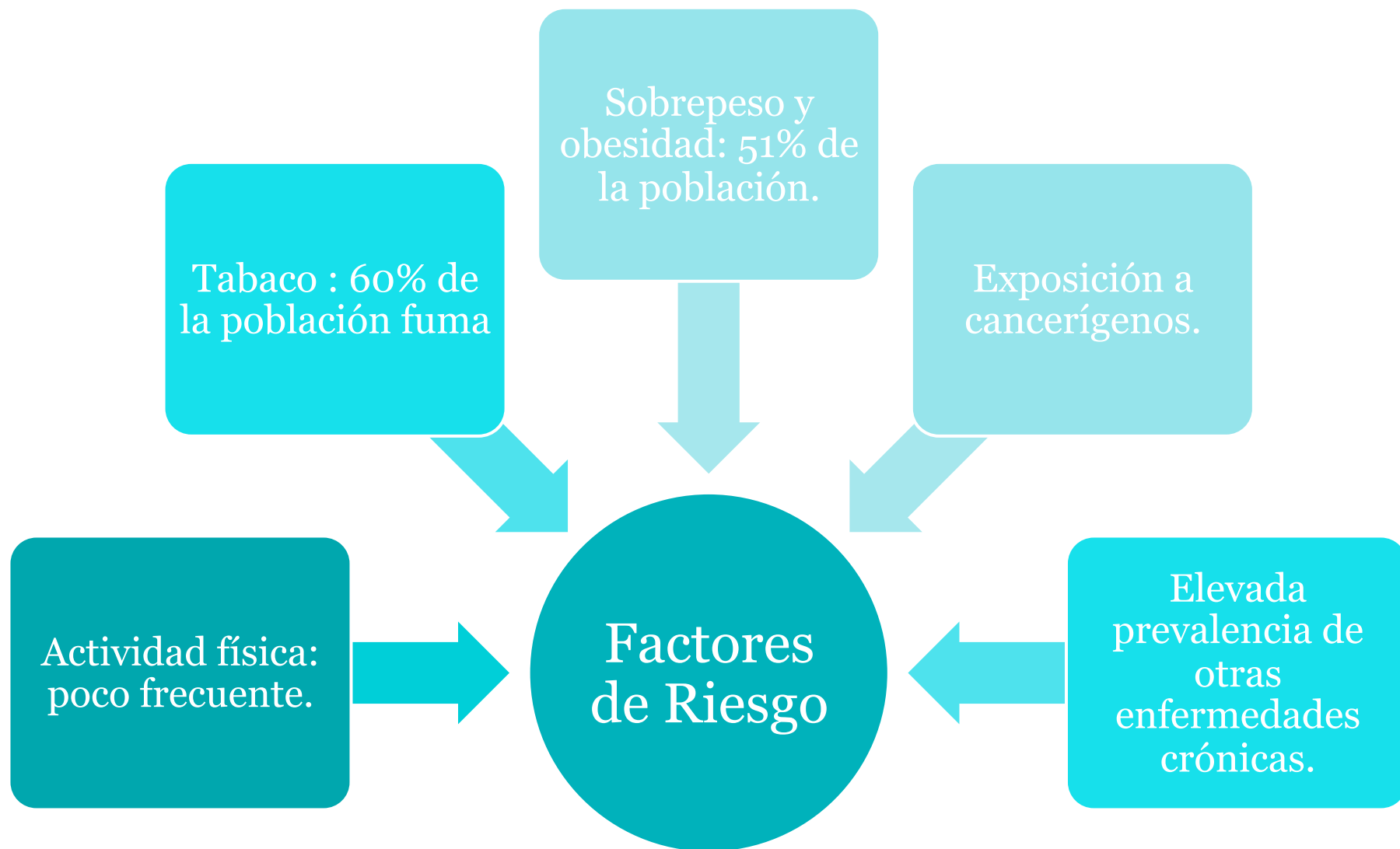
Mortalidad

- Durante el 2010 se presentaron 33.450 muertes que representan el 16.9% de las defunciones totales, 16.381 en hombres y 17.069 en mujeres.
- Tasa cruda de mortalidad en hombres para todas las localizaciones fue de 72.9 por 100.000 habitantes, en mujeres 74.1 por 100.000 habitantes. para la población femenina en el mismo periodo de análisis.
- En hombres, el 58.8% del total de defunciones son producidas por cáncer de estómago, pulmón, próstata, colon, recto y leucemias, mientras que para las mujeres el 52.8% de las muertes se producen por cáncer de cuello de útero, estómago, mama, pulmón, colon.
- Teniendo en cuenta que dentro de los factores de riesgo el consumo de tabaco juega un importante papel, se estima que en el 200, 21.765 colombianos murieron por causas relacionadas con el tabaco lo que corresponde a un 11% del total de las muertes registradas para ese año.

Determinantes Generales del Cáncer



Minsiterio de la Salud y Protección Social, "Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021," Bogotá D.C. Colombia, Octubre de 2011.



Ministerio de Salud y Protección Social, “Estudio Nacional de Salud, resultados nacionales,” Bogotá D.C Colombia, 2008.
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, “Encuesta Nacional de Situación Nutricional,” Bogotá D.C. Colombia, 2010.

Respuesta social.

- Establecimiento del nuevo Plan Decenal de Salud Pública que en concordancia con los lineamientos internacionales y los objetivos del milenio busca desarrollar e implementar estrategias de control con énfasis en las necesidades específicas por tipos de población.
- Prioridades:
 - Fortalecer, ampliar y mantener la cobertura de salud de la población.
 - Desarrollo de actividades de promoción y prevención
 - Atención integral (que incluya cuidados paliativos)
 - Garantía de la calidad de los servicios.
 - Diagnóstico temprano: actualmente solo se realiza para CA de mama y Cuello uterino, es necesario mejorar la oportunidad y calidad de estas actividades.
 - Atención de la infancia
 - Iniciativas para el control de factores de riesgo
- Elaboración de lineamientos para la atención integral del cáncer (Ley 1384 de 2010 y Ley 1388 de 2010)
- En el ámbito comunitario → Responsabilidad social desde las organizaciones de pacientes.
 - Hacer visible la problemática del cáncer
 - Participar en el desarrollo de políticas de control y prevención.

Respuesta social: Servicios Oncológicos.

DEFINICION

- El conjunto de actividades, procesos y procedimientos relacionados con la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, el cuidado paliativo y el mantenimiento de la calidad de vida, que, de acuerdo con estándares de calidad previamente establecidos, son realizados en unidades funcionales de los tipos consulta externa, cirugía, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, atención domiciliaria, y en otros ambientes sociales y laborales.

Respuesta social: Servicios Oncológicos.

- En el país predominan los servicios de oncología clínica y quimioterapia lo que se traduce en deficiencias en la oferta de servicio integrales.
- Actualmente, se reconoce la necesidad de implementar acciones que garanticen tanto el acceso como la calidad de la atención, por lo que se están caracterizando los servicios oncológicos:
 - Existen 743 IPS con 826 sedes para la atención del cáncer concentradas en su mayoría en ciudades principales.
 - Hay solo 311 centros oncológicos habilitados por lo que se realizarán actividades para garantizar las condiciones mínimas necesarias para el funcionamiento de estas instituciones
 - Predomina la quimioterapia como tratamiento lo que está relacionado con la relativa facilidad en la instalación y el diagnóstico tardío y en estados avanzados de la enfermedad.
- Problemas relacionados con los servicios oncológicos:
 - El 85% de los servicios oncológicos son de naturaleza privada y se concentran en las grandes ciudades [6].
 - No hay suficiente personal especializado (Oncólogos – Hematólogos – Enfermeras – Farmacéuticos).
 - No hay articulación entre la prevención y los servicios de atención relacionados con el tratamiento
 - No se han consolidado los servicios de cuidados paliativos
 - No hay un eficiente control de los costos.

Perez S, et al. Estudio de la Oferta y Demanda de Servicios Oncológicos en Colombia. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá Colombia* 2005 [Citado el 4 de Julio 2012].

(1).Intervención del Doctor Murillo durante la presentación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia el 27 de febrero de 2013.

Respuesta social: Servicios Oncológicos.

- No hay suficiente capacidad ni técnica ni operativa para la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación.
- Como parte de la reglamentación de las leyes de cáncer y considerando que los pacientes deben recibir atención en instituciones de salud con infraestructura y condiciones adecuadas, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha elaborado nuevos estándares de la habilitación para prestadores de servicios de salud a través de la resolución 1441 de Mayo de 2013.
- En este ámbito, los servicios oncológicos de acuerdo con la estructura de servicio son considerados dentro del grupo de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y con relación a la modalidad son considerados de atención intramural (aquí se encuentran los servicios ambulatorios).
- Los requisitos de habilitación involucran los mínimos indispensables tanto tecnológicos como científicos indispensables para prestar el servicio, la evaluación se realiza teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
 - Talento humano
 - Infraestructura
 - Dotación
 - Medicamentos, dispositivos médicos e insumos
 - Procesos prioritarios
 - Historia clínica y registros
 - Interdependencia

Desarrollo Político y Normativo.

- A partir de la ley 100 en 1993 inicia la elaboración de normas en torno a la garantía de la calidad en la atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Decreto 1011 de 2006), la asignación de recursos para los programas de Salud Pública (Acuerdo 335 de 2006), la adopción del Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007) y por último la reforma del sistema General de Seguridad Social en Salud con la ley 1122 de 2007.
- Se desarrollan normas puntuales para el control del cáncer en el país partiendo del control de factores de riesgo
 - Medidas sobre el desarrollo de obesidad en el marco del reconocimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles como prioridad en salud pública.
 - disposiciones para prevenir daños en población no fumadora y políticas públicas para la prevención del consumo de tabaco (Ley 1335 de 2009).

Desarrollo Político y Normativo

- Expedición en el 2010 de la Ley 1384 “Por la cual se establecen las acciones integrales para el control del cáncer en Colombia”, cuyo objetivo es la garantía de los derechos de los pacientes.
- Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la población infantil, se expide la Ley 1388 “Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia”.
- En el 2011 con la más reciente reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 1438) se busca mejorar las deficiencias normativas de los últimos años y consolidar los planes de manejo integral del cáncer que tengan en cuenta acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo como lo plantea el recientemente el plan decenal para el control del cáncer.

Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, Plan Decenal para el Control de Cáncer en Colombia 2012 - 2021, Bogotá, 2013.

Murillo R, Quintero A, Piñeros M, Bravo M, Cendales R, Wiesner C, Lizcano L. Modelo Para el Control de Cáncer en Colombia. Bogotá D.C. Colombia : Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología., 2006.

Desarrollo Político y Normativo

- El actual Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021 tiene en cuenta lo planteado en varios planes y políticas nacionales vigentes en la actualidad como:
 - Plan Nacional de Salud Pública 2010 – 2014, busca promover la salud y prevenir la enfermedad como marco para el desarrollo de las actividades para el control de factores de riesgo, prevención del desarrollo de la enfermedad y fortalecimiento de actividades de detección temprana y oportuna. El Plan Nacional de Salud Pública tiene en cuenta la situación en salud colombiana en donde el cáncer juega un importante papel.
 - Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015, aunque no es explícito el desarrollo de actividades para el control de cáncer, muchos se relacionan con la salud.
 - Políticas y planes en relación con la alimentación (Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional),
 - Seguridad laboral (Plan de Acción Mundial de la Salud de los Trabajadores 2008 - 2017)
 - Actividad física (Plan Decenal del Deporte, la Recreación, la Educación Física, la Actividad Física para el desarrollo humano la convivencia y la paz 2009 - 2019).

Control de cáncer.

- El Plan Decenal para el Control de Cáncer en Colombia tiene como propósito incluir el cáncer en la agenda pública del país como un problema de salud pública para movilizar la acción del estado, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de la enfermedad.
- Los objetivos del plan decenal son:
 - Reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables.
 - Reducir muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de la detección temprana y la calidad de la atención.
 - Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer.
 - Garantizar la generación, disponibilidad y uso del conocimiento e información para la toma de decisiones.
 - Fortalecer la gestión del talento humano para el control del cáncer.
- Se han definido 6 líneas estratégicas basadas en los objetivos antes planteados, para el desarrollo de las actividades establecidas se ha propuesto un tiempo de 9 años teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad.
- El eje central se basa en la gestión del conocimiento a través del análisis de la situación en salud, la vigilancia y la investigación.
- El Plan Decenal para el Control de Cáncer busca el control de factores de riesgo, la disminución de la mortalidad y el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

JUSTIFICACION.

- El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo, en el 2008 representó 7,6 millones de muertes, alrededor del 13% del total mundial. En Colombia, de acuerdo a los datos publicados por el DANE las defunciones no fatales causadas por el grupo de neoplasias y tumores malignos durante el 2011 correspondió al 18.2%, encontrándose en el segundo lugar luego de las enfermedades cardiovasculares.
- En el mundo se han desarrollado estrategias para permitir un abordaje rápido de la enfermedad, para iniciar oportunamente el tratamiento con la consecuente mejora en la sobrevivencia y la calidad de vida.
- Según el Instituto Nacional de Cancerología, en Colombia en el 2010 fueron diagnosticados 6.313 nuevos casos de cáncer (aproximadamente 1000 casos más que en el 2009), de estos 2.991 fueron en Bogotá. Sin embargo, cabe resaltar que la dificultad de acceso a los servicios de salud y la falta de registros departamentales e institucionales sobre el perfil epidemiológico de la población, ha llevado a la sobreestimación, lo que impide conocer la real magnitud de la enfermedad en nuestro país.

World Health Organization (WHO),. [Página web oficial]. 4 Febrero 2012. [Citado el 26 Junio 2012] Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_cancer_day/en/index.html.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), [Página web oficial], 30 Marzo 2012. [Citado el 26 Junio 2012]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=788&Itemid=119

Siegel R, et al. Cancer Treatment and Survivorship Statistics. Published 2012 American Cancer society. CA: A *CANCER Journal for Clinicians* . [Citado el 28 Junio 2012]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.3322/caac.21149/asset/21149_ft.pdf?v=1&t=h8un1cq3&s=a811e3f38baa232533d72cco49f661488b1e9243

JUSTIFICACION.

- Se oriento la búsqueda bibliográfica a conocer el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en el país en servicios oncológicos ambulatorios, no se encontraron publicaciones relacionadas lo que concuerda con la falta de información relacionada en general con esta enfermedad. Es claro entonces que el problema es no tener un censo actualizado de estos servicios con la descripción detallada de las actividades que realizan y con la verificación de los requisitos de habilitación para la atención.
- De igual forma en la actualidad y como parte del diagnóstico de la situación del cáncer que adelanta el Min Salud con el INC, se esta buscando caracterizar los servicios oncológicos, ya que se reconoce la necesidad de implementar acciones que garanticen tanto el acceso como la calidad de la atención. Existen 743 IPS con 826 sedes para la atención del cáncer concentradas en su mayoría en ciudades principales, hay solo 311 centros oncológicos habilitados.
- Este estudio contribuye con información no solo para la institución en donde se realiza sino como parte de las actividades que implementa el país para el control del cáncer.

Propósito.

Elaborar el perfil epidemiológico de la población atendida en un servicio oncológico ambulatorio durante el año 2011 y proveer una herramienta de recolección de información que permita la obtención de informes periódicos y la realización de investigaciones posteriores.

Dada la importancia de los tratamientos usados se describirá el consumo de medicamentos antineoplásicos así como el uso de terapias alternativas.

Conocer la asociación entre la incidencia y la mortalidad con variables demográficas

Describir las comorbilidades de la población objeto de estudio y el uso de medicamentos concomitantes al tratamiento instaurado.

Identificar los pacientes que usaron los servicios adicionales prestados por la IPS en las áreas de psicología y de Atención farmacéutica

OBJETIVOS



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007



Objetivo General.

- Describir el perfil epidemiológico de la población de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio en una IPS de Bogotá.

Objetivos Específicos.

1. Describir demográficamente la población objeto de estudio.
2. Calcular la proporción de nuevos casos de cáncer en la población atendida en la IPS en el 2011.
3. Calcular la proporción de casos por tipo de cáncer en la población atendida en la IPS durante el 2011.
4. Calcular la mortalidad en la población atendida en la IPS durante el 2011.
5. Caracterizar los aspectos Socio - Económicos y clínicos en la población de la IPS en el 2011.
6. Describir las comorbilidades de la población objeto de estudio.
7. Identificar los pacientes que usaron los servicios adicionales prestados por la IPS en las áreas de psicología y de Atención farmacéutica.
8. Determinar el consumo de los medicamentos antineoplásicos en la población de pacientes en tratamiento durante el 2011.
9. Determinar el consumo de medicamentos concomitantes al uso de quimioterapia en la población de estudio.
10. Describir las terapias alternativas usadas por los pacientes en tratamiento en la IPS.

METODOLOGÍA.



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007



Diseño.

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en pacientes adultos con cáncer en tratamiento en un servicio oncológico en Bogotá que se especializa en la atención integral de pacientes que por las características de su enfermedad pueden recibir tratamiento ambulatorio en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011.



Población.

Pacientes de ≥ 18 años, que hayan sido diagnosticados con un cáncer hematológico, leucemia, linfoma o tumor sólido con o sin metástasis que acudieron en la ciudad de Bogotá a la IPS de cuarto nivel con especialidad oncológica ambulatoria, entre el 1 de enero y el 31 diciembre de 2011, y que cumplen los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el diseño del estudio.

Muestra.

- Estrategia de muestreo : muestreo aleatorio simple.
- Se estableció una **variable trazadora** de acuerdo con los intereses de la institución, esta variable corresponde a los **pacientes de la IPS con diagnóstico de cáncer de colon**. Se define esta como variable trazadora ya que los pacientes con cáncer de colon por las características particulares del tratamiento antineoplásico instaurado son los que presentan la mayor incidencia de problemas relacionados con medicamentos, además son una población susceptible a complicaciones e ingresos hospitalarios. por lo que son candidatos a la realización de intervenciones tanto a nivel médico, nutricional y farmacéutico, prestadas por la IPS.
- Para el cálculo de la muestra se tomo como base la población atendida en el 2011 en la IPS la cual fue 1921 pacientes, la muestra se calculo con el STAT CALC del programa EPI Info en su séptima versión (intervalo de confianza del 95% y $\alpha = 0.05$), se obtuvieron 251 pacientes y se calculo un 35% de incremento en la muestra para prever pérdidas debidas a incumplimiento en los criterios de inclusión o problemas con la información de contacto.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007



Criterios de Inclusión.

- Pacientes de 18 años o mayores.
- En tratamiento oncológico ambulatorio.
- En tratamiento en el servicio oncológico durante el 2011.
- Pacientes que reciben tratamiento para manejo eventos relacionados con la enfermedad y el tratamiento.
- Pacientes que asisten a la IPS a otros procedimientos relacionados con la atención oncológica ambulatoria.

Criterios de Exclusión.

- Registros de pacientes de los que no se tenga información de las variables establecidas como críticas para el estudio. Las variables críticas son:
 - Datos de contacto
 - Diagnóstico.
 - Protocolo.
 - Fecha de ingreso
 - Fecha de última consulta
 - Estado: Vivo, muerto, abandona el tratamiento
- Pacientes que no den su consentimiento para la realización de la entrevista.
- Pacientes que hayan sido elegidos para el desarrollo de la prueba piloto.

FUENTES DE INFORMACIÓN.



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007



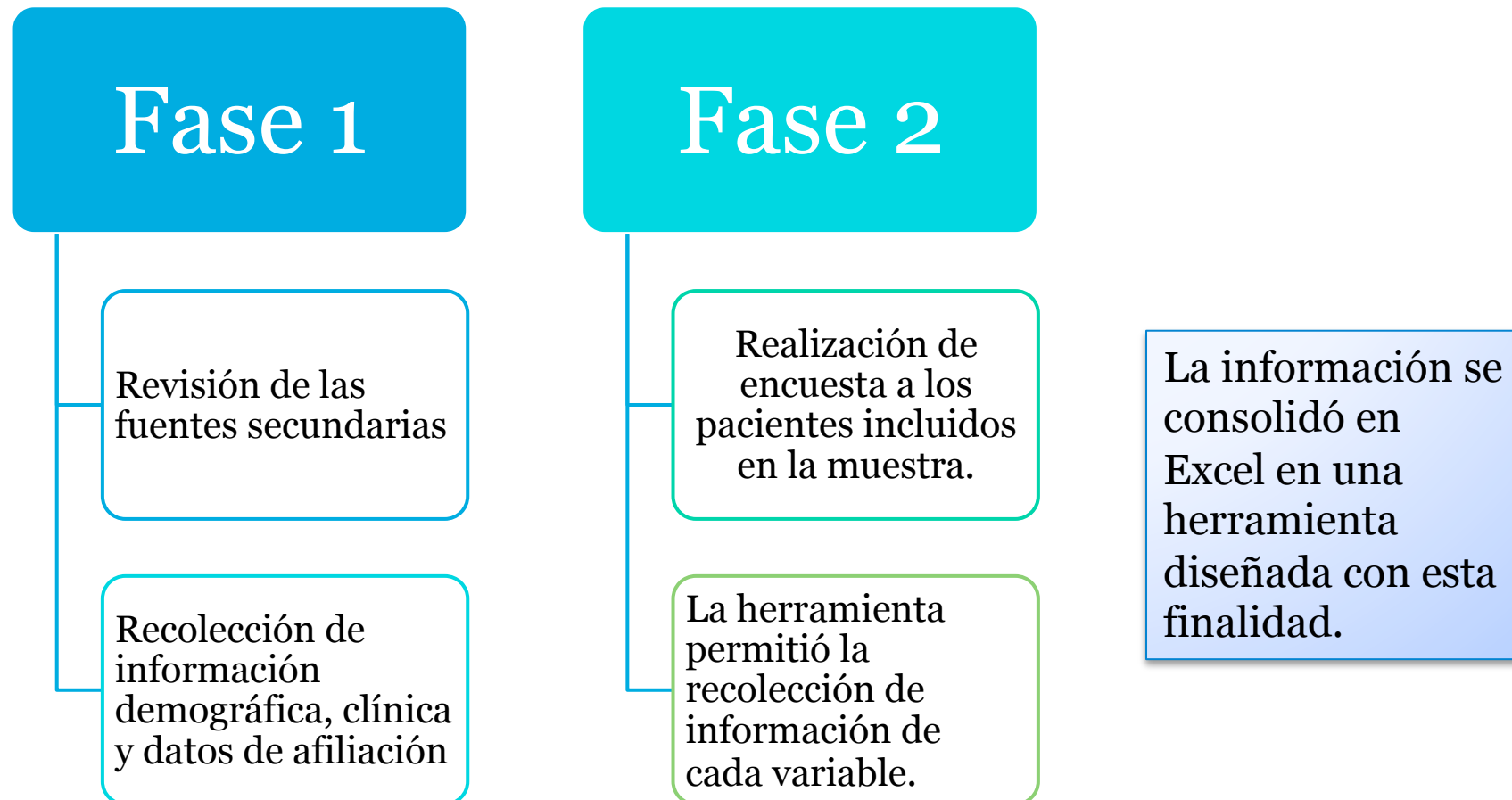
Fuentes de información primaria.

- Encuesta realizada a los pacientes seleccionados en la muestra.

Fuentes de información secundaria.

- Historia clínica.
- Bases de datos de facturación.
- Archivos de seguimiento de pacientes post – quimioterapia de enfermería.
- Perfil farmacoterapéutico del área de atención farmacéutica.

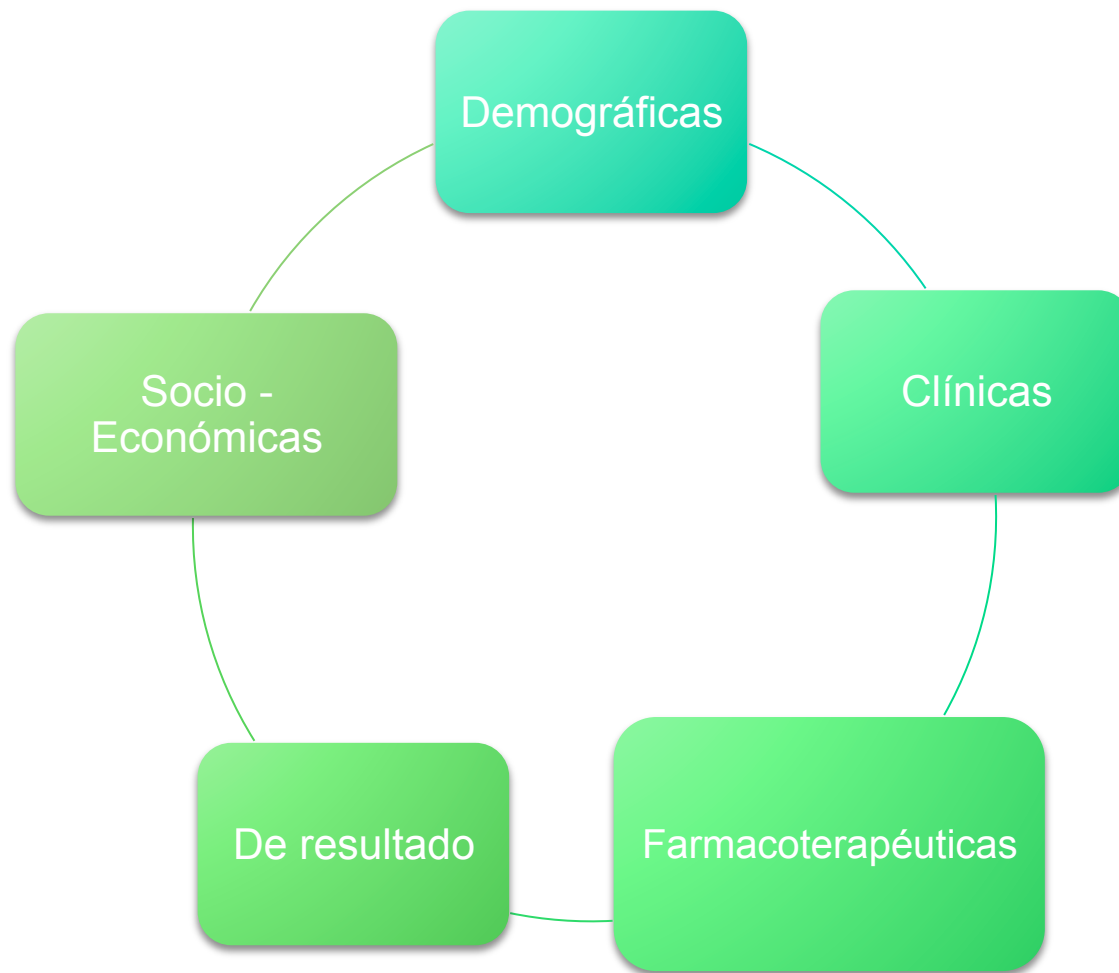
Técnicas de recolección.



Técnicas De Recolección: Prueba piloto

- Se realizó una prueba piloto con **30 pacientes** seleccionados aleatoriamente de la población para la comprobación tanto del formulario de encuesta como de la herramienta diseñada para la recolección de la información consolidada.
- Producto de esta prueba piloto se hicieron las modificaciones necesarias a las herramientas de recolección con el fin de controlar sesgos.
- Se determinaron también las pérdidas por no cumplimiento de los criterios de inclusión y se calculó un porcentaje de incremento en la muestra para mantener la representatividad de esta en la población.
- Una vez finalizado el proceso de recolección se realizó una revisión global de la base consolidada para evaluar la veracidad de la información por medio de la verificación total de los registros con el fin de identificar posibles errores, omisiones, datos incoherentes o valores extremos.

VARIABLES.



Procesamiento y Análisis.

- Se realizó un análisis estadístico descriptivo, para las variables de tipo cualitativo, un análisis univariado aplicando la estadística descriptiva, y un análisis bivariado entre la mortalidad, variables demográficas y clínicas.
- Los resultados se expresan mediante frecuencias absolutas y relativas porcentuales (IC 95%).
- Para las variables cuantitativas se determinó la media y desviación estándar.



Control de Calidad de los Datos.

Se aseguro teniendo en cuenta:

- El diseño del formulario de encuesta y la herramienta para la recolección de la información.
- Prueba piloto de las herramientas diseñadas.
- Entrenamiento en la recolección de la información.
- Revisión del diligenciamiento de la herramienta de recolección de la información.
- La recolección de la información establecida para la medición de las variables fue hecha por los investigadores y una persona entrenada.
- Una vez terminada la prueba piloto, se hicieron las modificaciones necesarias a la herramienta de recolección.
- Una vez finalizada la recolección de la información se hizo una revisión completa para identificar errores de diligenciamiento y así verificar la calidad del dato.

Control de Sesgos.

Tipo de sesgo	Medidas para su control
Sesgos de Selección	• Inclusión de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión aplicados. • Verificación de la información recolectada.
Sesgo de información	• Diseño de la herramienta para la recolección de datos. • Comprobación de esta mediante una prueba piloto.
Sesgo del observador	• Capacitación del personal encargado para el adecuado diligenciamiento de la herramienta.

Consideraciones Éticas.

- El estudio planteado busca conocer el perfil epidemiológico de la población atendida durante el 2011 en un servicio oncológico ambulatorio, la información se recogió por medio de la revisión de las historias clínicas, las bases de datos de facturación, archivos de seguimiento de pacientes post – quimioterapia de enfermería, los perfiles farmacoterapéutico del área de atención farmacéutica y las entrevistas realizadas telefónicamente a los pacientes seleccionados en la muestra a quienes se les solicito el consentimiento para la realización de las preguntas y se les explico el objetivo de la llamada, de esta forma los métodos de recolección no implican ninguna intervención ni modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales en seres humanos, de acuerdo con la resolución 008430 de Octubre 4 de 1993, artículo 11 del Ministerio de Salud, esta es una investigación de bajo riesgo.
- Durante el estudio se garantizó la confidencialidad tanto de los pacientes incluidos así como de la información suministrada, así como de la que se recolecto a partir de las fuentes secundarias evaluadas. Los resultados de esta serán presentados como datos globales, y se publicarán en revistas de índole académicas y científicas, garantizando siempre la privacidad y la reserva sumarial en todos los casos.

RESULTADOS.



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

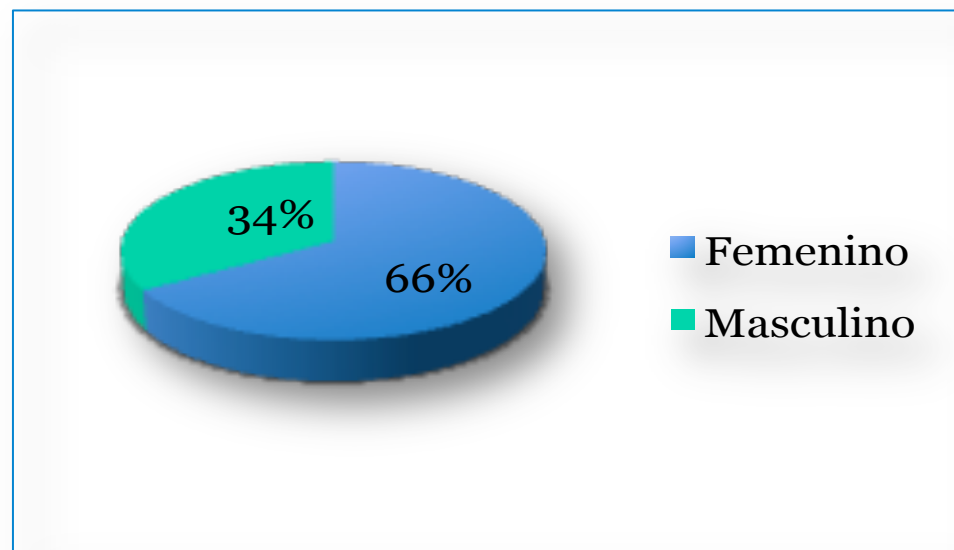
Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

Descripción Demográfica

- El 66% de los pacientes son mujeres.
- El 43% se encuentra entre 51 y 65 años de edad, el 17% de los hombres tiene más de 66 años, mientras que el 32% de las mujeres tienen entre 51 y 65 años.
- Según la edad de diagnóstico, el 37.2% de los pacientes fueron diagnosticados en el grupo de 51 y 65 años.

Distribución por género de los pacientes atendidos en la IPS en el 2011



Aspectos Socio - Económicos

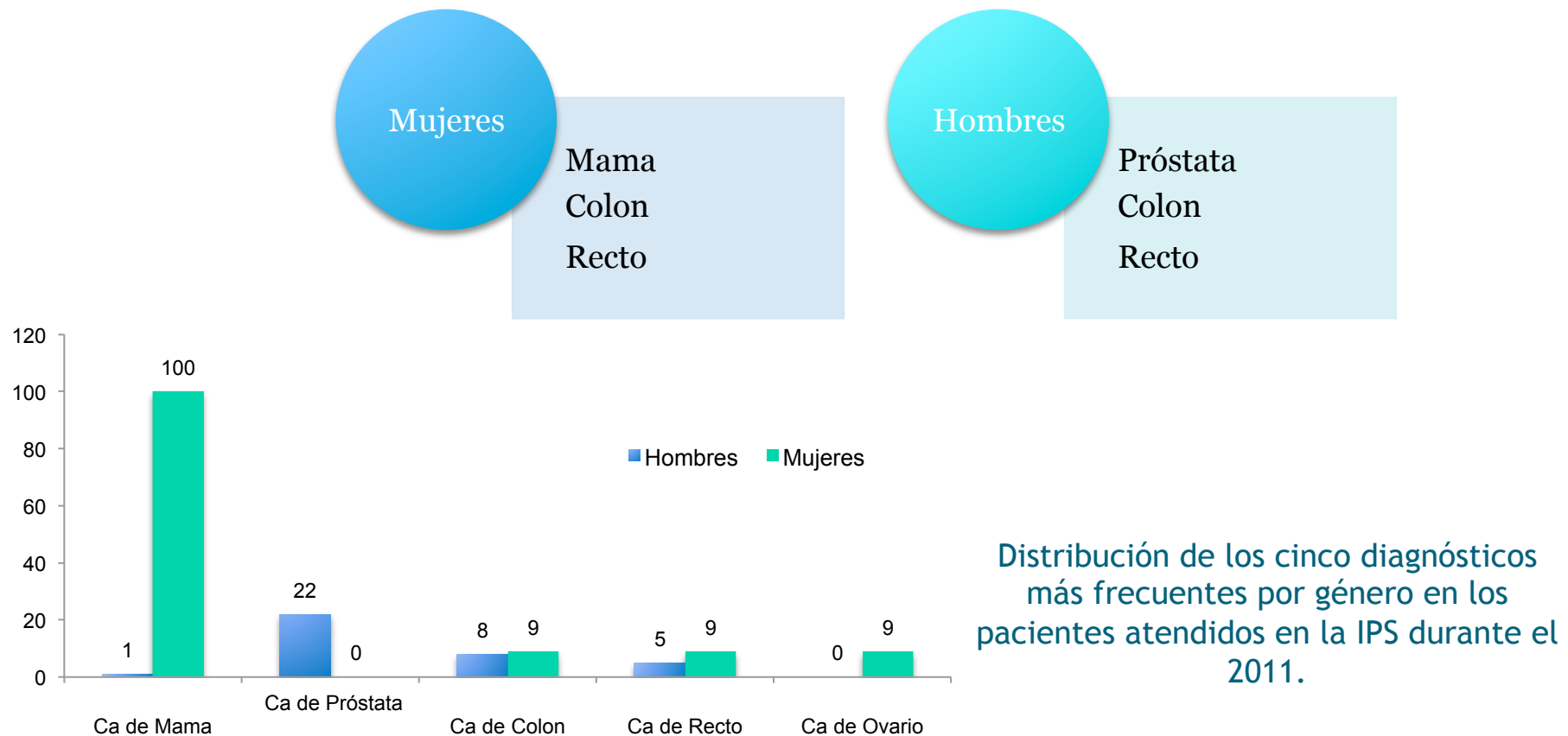
- El 57.4% realiza los aportes de salud como cotizante.
- 66.5% de los pacientes accede al tratamiento a través del Plan Obligatorio de Salud (POS) establecido en el País.

Descripción de los aspectos administrativos de los pacientes adultos atendidos

Aspectos administrativos		
Autorización del tratamiento		
	No de pacientes	%
POS	167	66,5
CTC	63	25,1
Tutela	1	0,4
Sin Registro	20	8,0
Tipo de Afiliación		
	No de pacientes	%
Cotizante	144	57,4
Beneficiario	93	37,1
Sin Registro	14	5,6

Antecedentes Clínicos

- Se encontraron 56 tipos de cáncer, el 39% fueron diagnosticados con Tumor de mama, seguido de próstata (8%) y colon (6%) .
- Los más frecuentes según género:



Antecedentes Clínicos

Manejo general del cáncer

50.6% de los pacientes recibieron radioterapia, y el 71.3% fueron sometidos a un procedimiento quirúrgico.

Descripción de los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia

Procedimientos realizados	Frecuencia
Mastectomía con vaciamiento ganglionar	44
Cuadrantectomía con vaciamiento ganglionar	39
No recuerda / No responde	33
Cirugía de colon	14
Resección de tumor	10
Cirugía de próstata	6

Uso de terapias alternativas

15 % de los pacientes interrogados manifiesta haberlas usado.

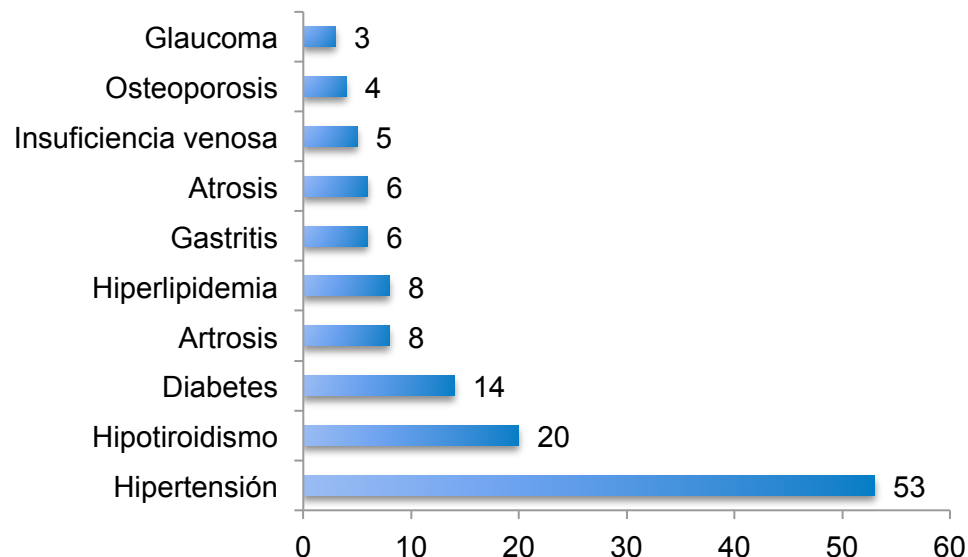
Terapias alternativas usadas por los pacientes atendidos en la IPS en el 2011

Terapias alternativas	%
Jugo natural (Mezcla de: Uva Isabela, sábila, miel, guanábana, agraz, árnica, anamomo)	19,5
Homeopatía	17,1
Factores de transferencia	12,2
Medicina bioenergética	12,2
Acupuntura	9,8

Antecedentes Clínicos

- **COMORBILIDADES:** el 45% manifiesta tener alguna enfermedad adicional, se encontró que los pacientes tienen entre una y seis comorbilidades, el 55.8% de los ellos solo tiene una enfermedad adicional. Dentro de las comorbilidades mas frecuentes se encuentran: hipertensión, hipotiroidismo y diabetes mellitus

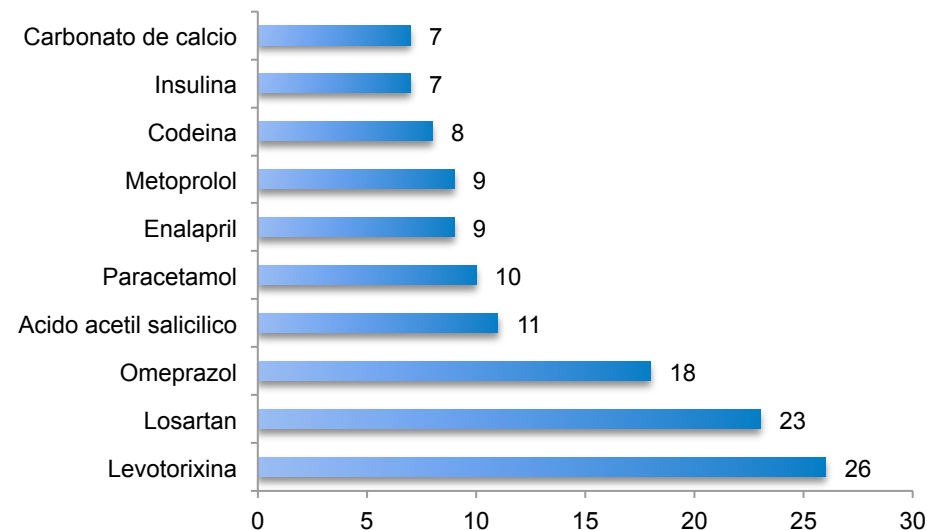
Comorbilidades más frecuentes en los pacientes atendidos en la IPS en el 2011



Antecedentes Clínicos

- **ATENCION INTEGRAL:** El 25% de los pacientes manifiesta que tuvo consulta con Atención Farmacéutica, mientras que el 22% con psicología.
- **MEDICAMENTOS CONCOMITANTES:** El 46.6% de los pacientes tenían prescrito uno o mas medicamentos, el 42% de ellos solo consumían uno. Los principios activos de mayor uso son la Levotiroxina (6.8%), Losartan (6%) y Omeprazol (4.7%)

Distribución de los medicamentos concomitantes a la quimioterapia.



Quimioterapia

Vía de administración

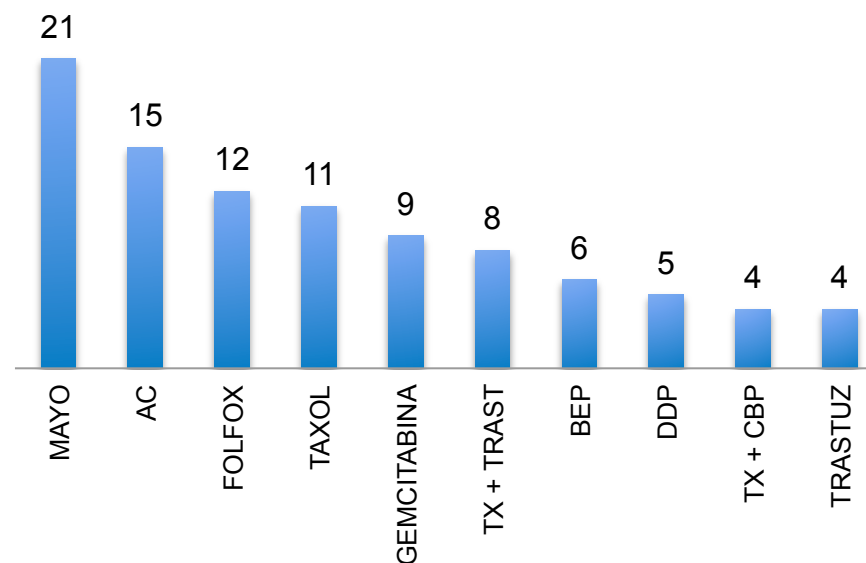
El 43% de los pacientes reciben medicamentos de administración oral y/o intramuscular.

El 54% recibe el tratamiento por vía intravenosa

El 5% recibe tanto tratamiento intravenoso como oral.

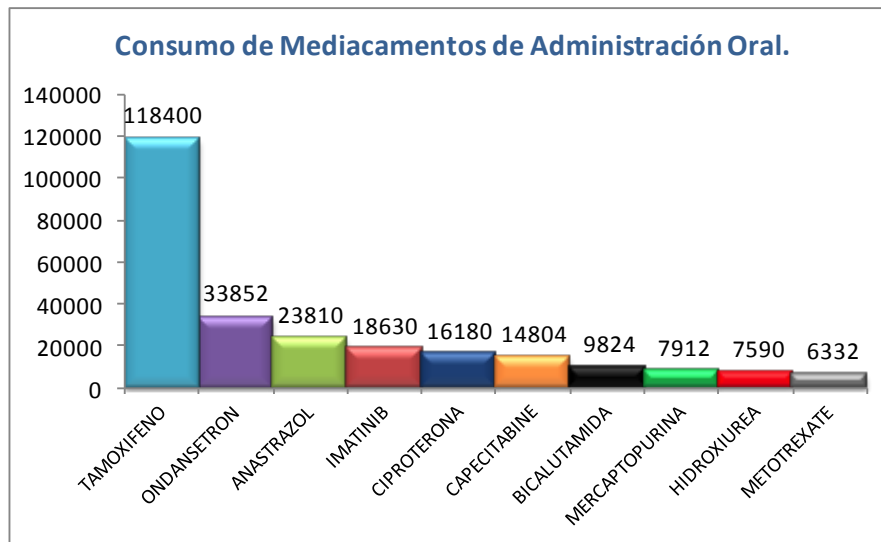
Fueron administrados 38 protocolos, siendo el protocolo MAYO el más frecuente.

- Distribución de los protocolos mas frecuentes en los pacientes atendidos en la IPS durante el 2011

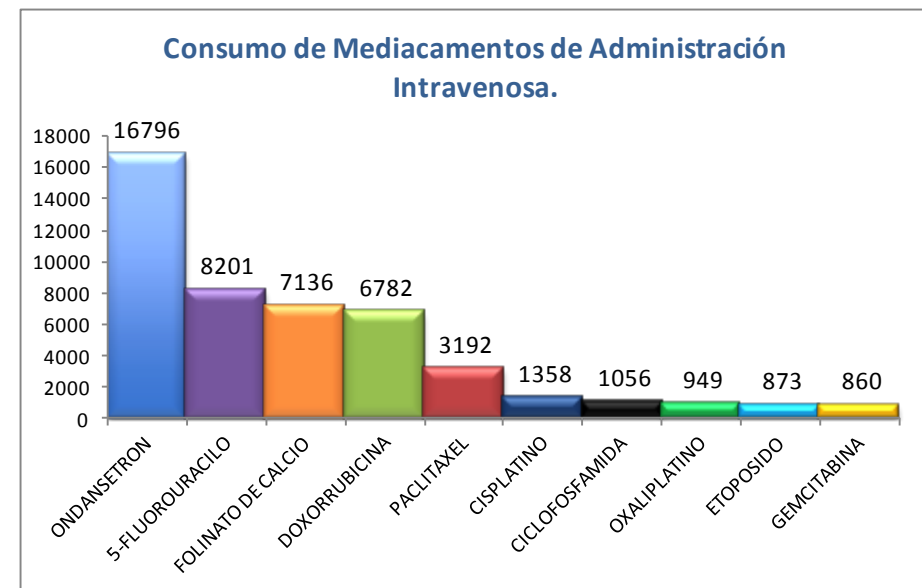


Quimioterapia

Distribución de los 10 medicamentos de administración oral de mayor consumo en la IPS



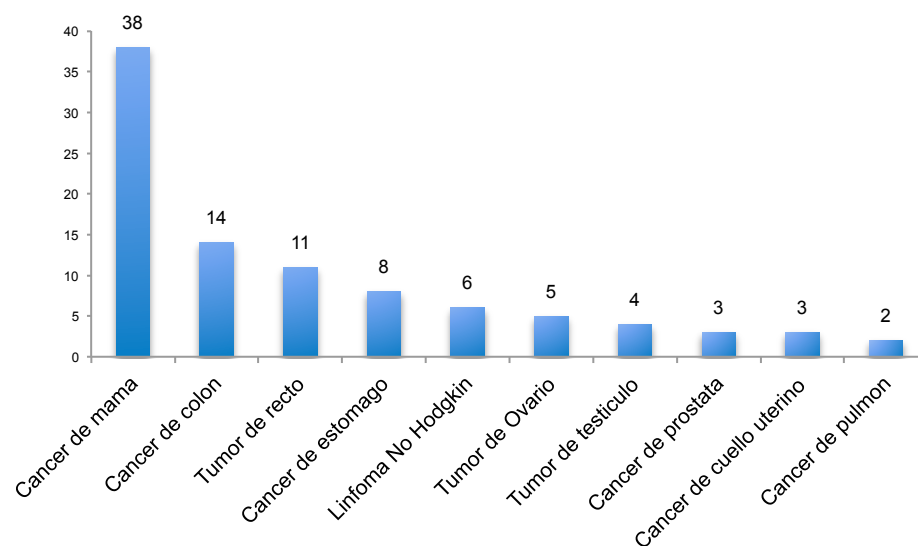
Distribución de los 10 medicamentos de administración intravenosa de mayor consumo en la IPS



Variables de Resultado

- La proporción de nuevos casos atendidos durante el 2011 fue del 48%.
- Un 10% de los pacientes no tenían claridad sobre la fecha de ingreso a la institución.
- El 31.7% de los ingresos corresponde a pacientes diagnosticados con cáncer de seno, seguido por el cáncer de colon (11.7%), recto (9.2%) y estomago (6.7%) .

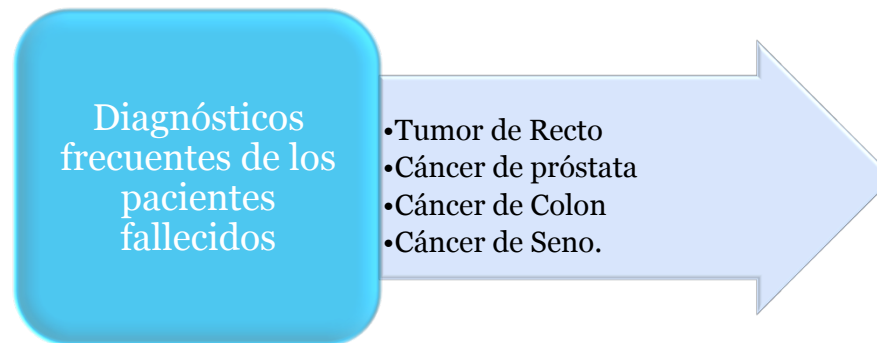
Distribución por Tipo de Cáncer en los Nuevos Pacientes Atendidos en el 2011 en la IPS



Variables de Resultado: Estado Vital



- 8.2% de los pacientes fallecieron durante el 2011.
- 54% de las muertes se presentan en la población femenina.
- El 7.6% de los pacientes fallece a los 66 años o mas.
- De los fallecidos, el diagnóstico más común en hombres fue el cáncer de próstata mientras que en mujeres el cáncer de colon y mama.



DISCUSIÓN.



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

DISCUSION

- El paciente que ingresa a la IPS para el tratamiento ambulatorio del cáncer, es en su mayoría femenino (66.1%), lo que se ve reflejado en los diagnósticos y tratamientos, la razón hombre mujer es 0.5:1, esta se asemeja a lo reportado en otros estudios realizados en el País, el hecho que se presente cáncer mayormente en mujeres como se observa en el estudio puede estar relacionado con la mayor proporción de exposición a factores de riesgo causantes de neoplasias, y con las acciones específicas desarrolladas a nivel nacional para la detección del cáncer de seno y cuello uterino.
- La edad promedio (58.2 años), coincide también con la información de registros tanto a nivel local como internacional, podría afirmarse que la edad de la población atendida se relaciona directamente con la edad de desarrollo de cáncer, a su vez, y a pesar que la historia natural de la enfermedad es larga, también podría ser un reflejo del diagnóstico tardío o incluso de problemas de acceso a los servicios de salud, es necesario reunir evidencia que permita confirmar estas afirmaciones.
- Conocer el estado y la evolución clínica de los pacientes es de utilidad, actualmente esta información o no se encuentra descrita en los registros o su búsqueda es dispendiosa, durante las entrevistas los pacientes o sus familiares no tenían claridad acerca de este aspecto. Se considera este como un aspecto a mejorar en la IPS

Uribe C. Incidencia del Cáncer en Bucaramanga. Revista de la Universidad Autonoma de Bucaramanga. Vol 10 No 3 2007. Pág. 147 - 172.

Pardo C, *Incidencia estimada y mortalidad por cancer en Colombia, 2002 -2006*, Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Cancerologia, 2010.

Villegas C. Perfil clínico epidemiológico de los pacientes con cáncer tratados en una institución de primer nivel 1995 - 2004. Revista Colombiana de Medicina. 2012. Vol. 43, pág. 11-18. 2012.

DISCUSION

- Se determino la edad del diagnóstico en los pacientes de la IPS, encontrando que la mayor parte de la población fue diagnosticada entre los 51 y 65 años de edad, de hecho, el 15.1% de los pacientes fueron diagnosticados por encima de los 65 años. No se puede afirmar que el diagnóstico de la enfermedad sea tardío, sin embargo conocer esta información es una herramienta de apoyo para la implementación y mejora de programas de tamizaje efectivos y oportunos.
- La mayor parte de la población fue diagnosticada entre los 51 y 65 años de edad, no es posible afirmar que se haya realizado un diagnóstico tardío, pero podría ser un indicativo subjetivo de esto; conocer la edad del diagnóstico puede ser una herramienta de apoyo para la implementación y mejora de programas de tamizaje efectivos y oportunos.
- El cáncer de seno, es el que se presenta con mayor frecuencia lo que se puede relacionar con la distribución por género y las estrategias de tamizaje implementadas por el Gobierno. Otros de los diagnósticos frecuentes son cáncer próstata, recto, colon y ovario, es importante destacar que el diagnóstico de estas enfermedades es mas complejo y no hay instaurados programas de tamizaje como en el caso del cáncer de mama. La distribución de los tipos de cáncer por genero en la institución es similar a la reportada en Colombia.

Pardo C, *Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia, 2002 -2006*, Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, 2010.

Villegas C. Perfil clínico epidemiológico de los pacientes con cáncer tratados en una institución de primer nivel 1995 - 2004. *Revista Colombiana de Medicina*. 2012. Vol. 43, pág. 11-18. 2012

DISCUSION

- **Medicina complementaria y alternativa:** el 15% acepta haberla usado, en el mundo la proporción de uso es mayor y está en crecimiento, en Estados Unidos de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud el 38% usan medicina complementaria. Los tratamientos mas frecuentes son los relacionados con medicina homeopática, el incremento en su uso se relaciona con la necesidad del paciente de encontrar una solución rápida y definitiva a su enfermedad. Estas terapias deben ser evaluados rigurosamente, es necesario generar evidencia local con relación al uso y efectividad, así como formar al personal de salud para orientar e informar al paciente.
- **Comorbilidades:** las mas frecuentes corresponden a las enfermedades del sistema circulatorios, la hipertensión (16%) es la más frecuente, le siguen las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Con el objetivo de conocer la influencia sobre la mortalidad de las comorbilidades presentes en los pacientes se planteo el uso del índice de comorbilidad de Charlson (ICC), sin embargo, las comorbilidades establecidas en dicho índice no corresponden en su mayoría con las descritas en la población de estudio. Se destaca que la puntuación para el cáncer dentro del índice de comorbilidad Charlson es una de las más altas, indicando esto que es mayor el riesgo de morir en una persona con cáncer, por lo tanto si el paciente padece una comorbilidad adicional empeora su pronostico de sobrevida.

Organización Mundial de la Salud. (OMS)Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005,» 2002. [En línea]. Available: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2299s/> . [Último acceso: 08 Marzo 2013].

Charlson M, *A New Method of Classifyin Prognostic Comorbidity in Longitudinal Studies: Development and Validation*, 5 ed., vol. 40, 1997, pp. 373-383.

Rong W. *Clarification on the Categorization of Comorbidities*. Leuk Res. 2010, [Citado el 01 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2815216/>

DISCUSION

- Teniendo en cuenta el riesgo de fallo terapéutico, problemas de seguridad, interacciones y reacciones adversas relacionadas con el uso concomitante de antineoplásicos con otros medicamentos, se identifico que los usados con más frecuencia son la Levotiroxina (6.8 %), el Losartan (6.0%) y el Omeprazol (4.7 %), estos, hacen parte del tratamiento para las comorbilidades que se presentan con mayor frecuencia, aunque si se agrupan por categoría farmacológica, el grupo de los antihipertensivos es el de mayor consumo (10.6%).
- Alrededor del 50% de los pacientes atendidos en la IPS corresponden a nuevos ingresos, podría decirse a simple vista que la proporción es elevada, sin embargo para poder hacer esta afirmación es necesario tener información de años anteriores que permita determinar el porcentaje de incremento anual.
- El 65% de los nuevos ingresos son mujeres, y con relación a las principales localizaciones la distribución es similar a la de otros estudios realizados en el país siendo el cáncer de mama el más frecuente.
- La mortalidad global de la población fue de 16%, la cual, comparada con el reporte de la OMS (13%), muestra que el comportamiento en la población es similar al mundial, se observo que es mayor la proporción de muertes en mujeres, y que los tipos de cáncer de los pacientes fallecidos se asemejan de igual forma a los de otros estudios realizados en Colombia.

DISCUSION

- Se busco asociación entre algunas de las variables demográficas y de resultado, pero debido a problemas de las fuentes de información, no fue posible realizar todos los análisis planteados de forma que los resultados fueran significativos para la información obtenida y que no incluyeran un sesgo en el estudio. Podemos decir de forma general que hay una asociación entre la mortalidad y la edad ($p < 0,0001$).
- La mortalidad aumenta con la edad y esta es mayor en las mujeres, lo que explica que las variables evaluadas sean más frecuentes para esta género, de igual forma, no existe asociación con la mortalidad y el género. No se encontraron diferencias significativas entre la mortalidad, las comorbilidades y los medicamentos concomitantes en la población, sin embargo esta afirmación no es concluyente ya que la ausencia de información por las dificultades en la recolección influye en los resultados obtenidos.
- Se puede se puede concluir que es importante realizar estudios posteriores que busquen asociación entre las variables mencionadas teniendo en cuenta por ejemplo en el caso de la comorbilidad que contribuye a una disminución de la funcionabilidad en pacientes oncológicos lo que se ve reflejado al final con el pronóstico del paciente con cáncer, reingresos hospitalarios, sobrevida, calidad de vida y mortalidad.

CONCLUSIONES.



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO



- Mujer entre 51 y 65 años.
- Realiza su aportes en salud como cotizante
- Recibe los medicamentos para su tratamiento por medio del POS
- La edad de diagnóstico se encuentra entre los 51 y 65 años
- Tipos de cáncer mas frecuentes: mama, colon y recto
- Dentro opciones de tratamiento ha recibido radioterapia y procedimientos quirúrgicos en conjunto con el tratamiento farmacológico.
- La mayor parte de los pacientes recibe tratamiento farmacológico por vía intravenoso.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO



- Las comorbilidades mas frecuentes son la hipertensión el hipotiroidismo y la diabetes mellitus y los tratamiento concomitantes corresponden a medicamentos usados para combatir estas enfermedades.
- El tamoxifeno, el 5 fluorouracilo y el ondansetrón son los medicamentos de mayor consumo.
- El 15% usa terapias alternativas como parte del tratamieento
- Cerca de la mitad de la población corresponde a nuevos pacientes cuyos diagnósticos frecuentes son con cáncer de mama, colon y recto.
- El 16 % de los pacientes atendidos fallece.

CONCLUSIONES

- Se construye por primera vez en la IPS el perfil epidemiológico y farmacoterapéutico de los pacientes adultos con cáncer atendidos en el 2011.
- Se hace evidente la necesidad de mantener la información actualizada con el objetivo de programar acciones y generar estrategias que contribuyan al manejo integral del cáncer.
- Se crea un precedente para continuar realizando investigaciones en otros aspectos de interés para la institución y contribuir a la consolidación del perfil epidemiológico de los pacientes con cáncer en el país.

RECOMENDACIONES

- Estandarizar el registro de la información en los formatos electrónicos de la IPS, para esto es importante implementar las buenas prácticas de documentación y seguir las recomendación emitidas por la American Society of Heealth-System Pharmacist (ASHP)
- Recolección sistemática y permanente de información para identificar entre otros factores de riesgo, oportunidad del diagnóstico, tratamientos previos, uso de terapias alternativas, etapa clínica de la enfermedad y su evolución, etc.
- Implementar la clasificación CIE – O para identificar los diagnósticos de los pacientes de la IPS.
- Construcción de indicadores anuales que permitan identificar tendencias

GRACIAS.



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007