

VigiCáncer

Boletín del Sistema Epidemiológica de Cáncer Infantil de Cali

Vigicáncer primer año

El cáncer infantil es la tercera causa de muerte en los niños entre los 2 y 14 años Colombia según estadísticas del DANE (año 1999). Por otro lado reportes de diversos países demuestran los grandes avances en la curación de estos niños con los tratamientos actuales siendo mayores del 75%. Sin embargo estos resultados no han podido ser reproducidos en nuestro país a pesar de utilizar protocolos de tratamiento similares. VigiCáncer es el esfuerzo conjunto de un grupo de entidades preocupadas por conocer en mayor detalle la sobrevida de los niños con cáncer en la ciudad, y sus determinantes. Cumpliendo el primer año de seguimiento presentamos aquí resultados preliminares de este trabajo.

Entidades participantes en este sistema:

- Secretaría Seccional de Salud de Cali
- Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Universidad del Valle
- Fundación ONG-POHEMA
- Hospital Universitario de Cali
- Fundación Valle del Lili
- Centro Médico Imbanaco
- Oncólogos Asociados de Imbanaco S.A.
- Clínica Farallones
- Clínica Santillana
- FUNCANCER

Resultados generales

De Enero de 2009 a Marzo de 2010 se diagnosticaron 316 tumores malignos en niños y jóvenes (<20 años de edad) en la ciudad de Cali. Sin embargo, no todos son de la ciudad y la distribución por procedencia

fue la siguiente; de Cali 125, del Valle 95, de otros lugares 80, y 16 de procedencia desconocida. Se registraron 163 tumores hematolinfoides, de los cuales 119 fueron leucemias. Tumores sólidos registrados fueron 153. La distribución de procedencia de los tumores sólidos comparada con las leucemias fue prácticamente igual. De todos los tumores 165 casos se presentaron entre el año y los 9 años de edad. La distribución por género fue similar con una razón de masculinidad de 1.1:1. La mayor parte de los niños (154 casos) fueron diagnosticados en el Hospital Universitario del Valle.

Mortalidad global

Durante el periodo reportado se han registrado 55 muertes, de las cuales 29 fueron tumores sólidos. Esto representa alrededor de 3 a 4 muertos por cáncer infantil al mes. Se logró hacer revisión de las historias clínicas de 29 de estos pacientes fallecidos, encontrándose que las muertes por infección y sangrado fueron 13. Esto es importante resaltarlo dado que en general se considera que las muertes de origen infeccioso o de sangrado en pacientes en tratamiento de quimioterapia son potencialmente prevenibles. En esta revisión de casos se encontró que 2 leucemias mieloides agudas y 6 tumores sólidos murieron sin tratamiento. Tres de los 6 tumores sólidos fueron tumores del sistema nervioso central. En el grupo de las neoplasias hematolinfoides se encuentra representación alta de muertes en el grupo de las leucemias mieloides agudas registrándose 7 muertes por esta causa. Los casos de muertes donde todavía no se ha podido hacer revisión de la historia, la mayor parte representan pacientes >15 años.

Comité Editorial

Oscar Ramírez W. MD MPhil
Luis Eduardo Bravo MD MSc
Jorge Gonzalez MD
Luz Maria Gómez MD E

Resultados específicos para Leucemia Linfoblástica Aguda

El grupo de enfermedades trazadoras en hemato/oncología pediátrica son las leucemias linfoblásticas agudas (LLA), actualmente denominadas por la OMS como neoplasias de células precursoras linfoides. Las cuales tienen diferentes subtipos ya claramente reconocidos. Se consideran como trazadoras por su frecuencia y por los avances en la sobrevivencia con los tratamientos de quimioterapia actuales. Es por esto que VIGANCER lleva un monitoreo detallado de los resultados de estos pacientes que vienen siendo tratados en sitios donde se encuentra un oncólogo pediatra para guiar el tratamiento.

En el periodo de seguimiento comprendido en este boletín se ha logrado hacer seguimiento detallado a 72 LLA que se han presentado en <15 años (>95% de todas las LLA <15 años en este periodo). Cincuenta y una de estos casos se han reportado en el grupo de 1 a 9 años de edad, 33 en hombres y 14 clasificados como Afro-Colombianos. La distribución por aseguramiento muestra 28 casos del POS contributivo (POSc), 13 casos del POS subsidiado (POSS), 19 casos de población pobre no asegurada (PPNA), y 2 medicina prepagada (PreP), 4 casos de otros aseguramientos (Otros). Según la clasificación de riesgo del Instituto Nacional de Cáncer de EE.UU. (NCI) 36 se clasificaron como bajo riesgo. Cuatro pacientes no entraron en remisión completa al final de la fase de inducción de tratamiento estándar de quimioterapia. Del total del grupo 6 pacientes abandonaron el tratamiento, 15 fueron trasladados de una IPS a otra por cuestiones administrativas con su respectiva EPS, 9 presentaron recaída temprana de su enfermedad, 5 murieron por complicaciones asociadas a la quimioterapia y 1 murió por progresión de la recaída de su enfermedad de base. Si se toma en cuenta "evento" como recaída y/o muerte, se registraron 11 eventos.

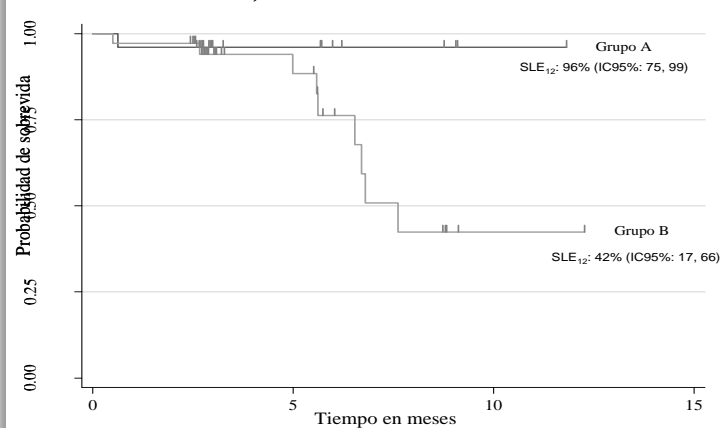
La tabla 1 muestra la comparación entre las variables resultado por regímenes de aseguramiento, agrupando POSc/PreP (Grupo A), contra POSS/PPNA/Otros (Grupo B). Llama la atención que todos los casos de abandono y de recaídas tempranas ocurren en el grupo B. Se encuentra 3 veces más muertes en remisión completa (dadas por efectos adversos de la quimioterapia). Todo esto conlleva a tener 7 veces más eventos en el grupo B comparado con el grupo A. En la figura 1 se muestra la sobrevivencia actuarial libre de evento (SLE) durante este periodo y estratificada por agrupación de aseguramiento. Para el grupo A la SLE fue de 96% (IC 95%: 75, 99), para el grupo B fue de 42% (IC 95%: 17, 66). Cuando se evalúa la sobrevivencia global, para el grupo A fue de 96% (IC 95%: 75, 99) y para el grupo B fue de 75% (IC 95%: 32, 89).

Tabla 1. Variables resultado según seguridad social

Variables	Grupo A		Grupo B	
	n = 30	%	n = 42	%
Abandono del tratamiento	0	0.0	5	11.9
Cambio de institución	6	20.0	9	21.4
Número de recaídas	0	0.0	7	16.7
Número de muertes en RC	1	3.3	4	9.5
Número de muertes en recaída	0	0.0	1	2.3
*Número de eventos	1	3.3	10	23.8

*Número de eventos sin contar "abandono" como evento

Figura 1. SLE en niños con LLA según aseguramiento en salud en la ciudad de Cali, Enero 2009 a Marzo 2010



Comentarios

A pesar de llevar tan poco tiempo de existencia el sistema de vigilancia epidemiológica VIGICANCER ya muestra resultados interesantes, que obligan a tomar acción inmediata. En el primer boletín se mostraba que la sobrevida global alrededor de 9 meses era del 85%, y que ya se encontraba por debajo de lo que muestran otros países que es >90% al año. Ahora, con la información obtenida podemos ganar una mejor perspectiva de esta problemática. Según lo presentado alrededor de la mitad de los casos de cáncer pediátrico tratados en la ciudad se presentan en niños que no son de Cali, lo que implica un problema social importante dado que son familias desplazadas por la enfermedad que usualmente tienen que quedarse viviendo en la ciudad en condiciones precarias, por varios meses e inclusive años que dura el tratamiento. Como se describe en otros países el grupo de edad más afectado son los niños entre el año y los 9 años. Si tomamos la LLA como enfermedad trazadora, encontramos que en general la enfermedad se comporta de manera similar a lo ya conocido, sin embargo los resultados hasta ahora difieren dramáticamente según el tipo de aseguramiento de estos pacientes. En el grupo de niños clasificados como del régimen subsidiado y de "pobres no asegurados", se encuentra una agrupación de factores que inciden de forma directa sobre la sobrevida, como son el abandono del tratamiento, muertes asociadas al tratamiento, y mayor número de recaídas. Esto finalmente se traduce en una muy pobre SLE (42%) en tan solo 1 año, esperando entonces que a 5 años sea <30%, lo cual es muy inferior a los resultados de cualquiera de los países de nuestra región. Este grupo vulnerable, que representa alrededor de la mitad de los pacientes deberá ser objeto de intervenciones directas por parte del estado y organizaciones no gubernamentales. Intervenciones tendientes a mejorar el acceso y oportunidad de los tratamientos, mejorar la calidad de los servicios, disminuir el abandono, y brindar apoyo socioeconómico a las familias de estos niños son prioritarias si quiere cambiar la historia natural de este grupo de enfermedades y brindar posibilidades reales de curación de estos niños.