

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DIRECCIÓN
DE
SALUD PÚBLICA

BIA

BOLETÍN INFORMACIÓN
PARA LA ACCIÓN



DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
GOBERNACION DE ANTIOQUIA

ANTIOQUIA NUEVA, un hogar para la vida



REGISTRO POBLACIONAL DE CÁNCER DE ANTIOQUIA

MORBIMORTALIDAD POR CÁNCER AÑOS 2000-2006

Por Grupo Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia: Mary Ruth Brome Bohórquez (Médica Patóloga, Carolina Salas Zapata, Isabel Santamaría Montoya, Luz Mery Galeano Agudelo (G.E.S.I.S) y Adriana Álvarez Vidal (Aux. Adm)

El Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia (RPCA) es el proyecto de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia que recolecta, procesa, analiza y divulga las estadísticas de morbilidad de cáncer en el Departamento.

El cáncer es un evento priorizado en los planes de la Dirección de Salud Pública y con la puesta en funcionamiento del Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia, se responde a la necesidad sentida de esta Dirección, de consolidar un proyecto que permita conocer la distribución real y monitorear la tendencia de esta patología en el Departamento de Antioquia. El registro, se constituye en la herramienta básica para fortalecer la investigación, valorar la magnitud y el riesgo poblacional del cáncer, planificar los servicios de salud, controlar el impacto de la enfermedad en la comunidad y apoyar la toma de decisiones en los planes de Gobierno que redunde en el beneficio de la comunidad Antioqueña.¹

COBERTURA

El RPCA, recolecta información de tumores malignos de los 125 municipios del Departamento con una población, según proyecciones del DANE para el año 2006, de 5.767.782 habitantes de los cuales 48,5% son hombres y el 51,5% mujeres.

La concentración para el diagnóstico y tratamiento del cáncer del Departamento

está radicada en el Municipio de Medellín y Valle de Aburrá con algunos centros de diagnóstico en dos Municipios de la Región de Oriente y un municipio de Urabá.

CONFIDENCIALIDAD

Basados en principios éticos y legales en cuanto a la confidencialidad de la información y de los datos clínicos, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, ha establecido medidas en cuanto a la protección y salvaguarda de los datos de carácter personal, clínicos e institucionales reportados a la oficina del Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia, garantizando que dicha información sólo sea utilizada con fines estadísticos que contribuyan a la elaboración de políticas de salud pública.

MORBILIDAD POR TUMORES MALIGNOS DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA PERIODO 2000 - 2006

El cáncer es un término genérico que agrupa más de cien enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo. Otros términos utilizados son neoplasias y tumores malignos. Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis.²

Si bien esta categoría de enfermedad contiene una serie de entidades nosológicas de etiología diversa, lo cierto es que el curso clínico de las mismas implica un proceso crónico, en general de alta letalidad, que en términos de atención requiere de la disponibilidad de una serie de servicios de salud preventivos y curativos.³

El riesgo de cáncer no se modifica en periodos cortos, se necesitan análisis de periodos prolongados de observación que permitan un número suficiente de casos que eviten indicadores inestables evaluando así la verdadera magnitud y gravedad del

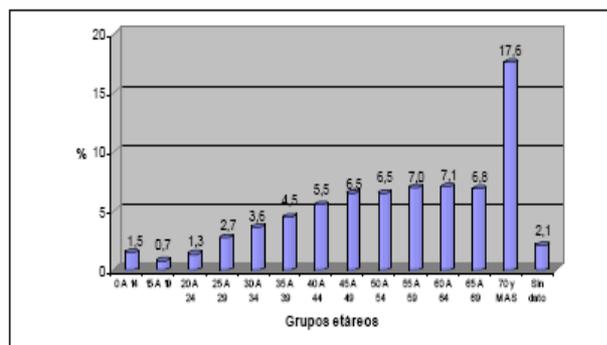
cáncer. Entre más años se tenga información detallada, oportuna, exhaustiva, continua y objetiva, mayor valor tiene la caracterización de este evento.^{4, 5}

Este documento presenta los datos de casos reportados y la mortalidad de los principales tipos de neoplasias malignas que se han registrado en el Departamento en el año 2006. Para el análisis de morbilidad, es fundamental aclarar que los datos presentados corresponden a frecuencias de casos reportados anualmente y no a incidencia. (No se puede hablar de incidencia, dado que la información que se tiene corresponde a casos nuevos para cada año, y al cruzar la base de datos con los demás años se encontrarán casos prevalentes que fueron diagnosticados en años anteriores).

El número de personas con cáncer reportadas para este año fueron 17.504, de los cuales el 63.1% correspondió a población femenina y el 36.9% a población masculina.

Al agrupar los casos correspondientes a las diez primeras causas de cáncer más frecuentes en el Departamento en este periodo, se observó que el mayor número de casos se encuentra en los mayores de 70 años, seguido por el grupo de 55 a 59 de 60 a 64 años.

Figura 1. Porcentaje de las Diez primeras causas de cáncer según grupos etáreos. Antioquia, año 2006.

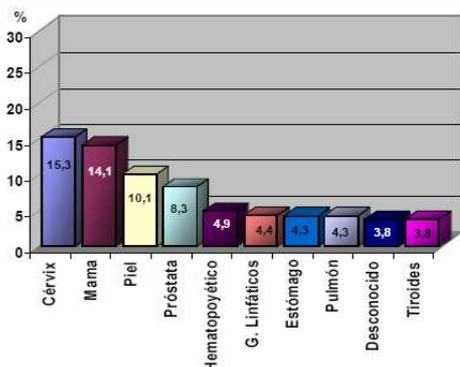


Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia. DSSA, año 2006.

En el Departamento de Antioquia las diez primeras causas de morbilidad por tumores malignos según el número de casos

reportados para el año 2006 fueron: cuello uterino, mama, piel, próstata, sistema hematopoyético, ganglios linfáticos, estómago, pulmón, desconocido y tiroides, en su respectivo orden. Estas localizaciones han permanecido estables durante el periodo 2000 – 2006.

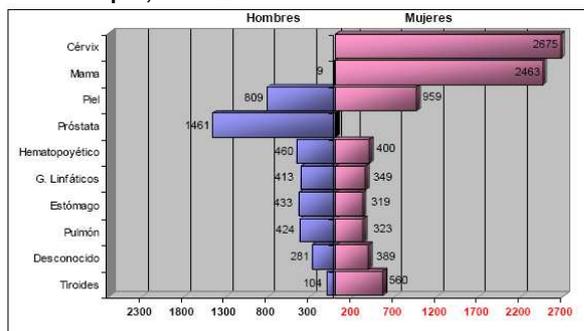
Figura 2. Distribución de las diez primeras localizaciones de casos de cáncer. Antioquia, año 2006.



Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia. DSSA, año 2006.

En la población femenina los tumores malignos más frecuentes fueron: cuello uterino seguido de mama con porcentajes muy similares, luego encontramos tumores malignos de piel, tiroides y ovario; y en la población masculina, próstata ocupó el primer lugar superando en forma amplia los siguientes tumores: piel, sistema hematopoyético, estómago y en quinto lugar pulmón.

Figura 3. Diez primeras localizaciones de cáncer según sexo. Antioquia, año 2006.



Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia. DSSA, año 2006.

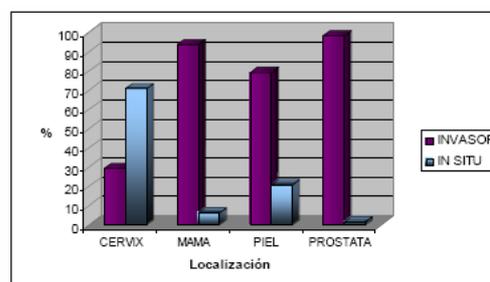
La mayoría de los tumores fueron diagnosticados en estados avanzados, lo que permite observar que la implementación de un conjunto de actividades e

intervenciones facilita la detección en forma oportuna y efectiva la enfermedad, permitiendo el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.⁶

Para los tumores de próstata y mama (para los cuales se han documentado algunos métodos de tamizaje), vale la pena resaltar la poca cantidad de tumores que fueron diagnosticados en estados in situ. Este fenómeno no obedece simplemente a una distribución diferenciada de distintos tipos de cáncer con mayor o menor letalidad, sino también a diferencias en el acceso a tecnologías de detección y tratamiento de cánceres específicamente femeninos.

Sin embargo, a pesar de diagnosticarse el cáncer de cuello uterino tempranamente, sigue ocasionando gran número de muertes; vale la pena investigar la oportunidad que el sistema de salud tiene en la atención de estas pacientes.

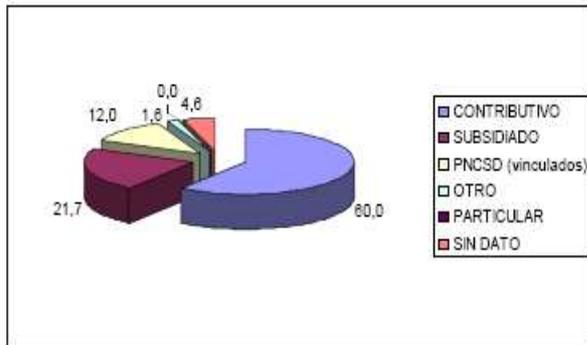
Figura 4. Distribución porcentual de los casos de cáncer según su comportamiento invasor o In situ. Antioquia, año 2006.



Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia. DSSA, año 2006.

Del número de casos de cáncer reportados en el año 2006 por tipo de afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud, el 60% de estos casos pertenecían al Contributivo, el 21.7% al Subsidiado y el 12% era Población Pobre y Vulnerable no Cubierta con Subsidios a la Demanda. Llama la atención la disminución en el último dato, el cual corresponde en el año 2005 al 24.2%, gracias a la implementación del proceso de Cobertura Universal en el Departamento de Antioquia.

Figura 5. Distribución porcentual de casos de cáncer según tipo de afiliación al SGSSS. Antioquia, año 2006.



Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia. DSSA, año 2006.

El cáncer de cuello uterino fue más frecuente en las Regiones de Bajo Cauca, Urabá, Occidente y Suroeste, donde tuvo tasas de casos reportados mayores a las de Antioquia.

Para el año 2006, 46 municipios del Departamento presentaron tasas de casos notificados de cáncer de cuello uterino superiores a la tasa departamental (90,6 por cien mil mujeres), siendo los de mayor tasa los municipios de Olaya con 214,4, Uramita 204,6, Carolina 201,0, Valparaíso 199,7 y Abriaquí 195,3 casos notificados por cien mil mujeres. (Tabla 1).

La situación actual del Departamento, justifica la implementación de un programa organizado de control de cáncer de cuello uterino, encaminado a coordinar acciones de tamizaje, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que permitan el seguimiento de cada paciente propendiendo el menor impacto físico y mayor probabilidad de producir curación.

Tabla 1. Cinco primeras localizaciones de cáncer por regiones y municipios. Antioquia, año 2006.

MUNICIPIO	AÑO 2006
-----------	----------

	Cuello Uterino	Mama	Piel	Próstata	Sist. Hematopoyético
TOTAL ANTIOQUIA	90,6	83,4	30,9	52,7	15

REGIÓN: MAGDALENA MEDIO

Puerto Berrío	94,1	69,4	28,1	26,3	15,3
Caracolí	127,2			130,3	
Maceo	160,2	26,7		26,9	13,4
Puerto Nare	70,4	35,2	5,9	12	11,8
Puerto Triunfo	24	24	30	12	12
Yondó	13,8	27,6	25,9		6,5
TOTAL	73,4	43,7	20,9	22	12

REGIÓN: BAJO CAUCA

Caucasia	153	34,5	10,9	11	5,4
Cáceres	50,4	21,6	6,7	12,7	6,7
El bagre	58,8	18,1	6,5	16,9	8,7
Nechí	132,5	18,9		8,7	
Taraza	111,7	29,4	5,9	5,8	5,9
Zaragoza	106,5	45,7	14,8		11,1
TOTAL	112,1	29,2	8,4	10,2	6,4

REGIÓN: URABA

Apartado	133,6	17,1	8,7	5,9	7,2
Arboletes	32,8	32,8	3,2	18,5	12,7
Carepa	59,2	18,2	8,9	21,9	6,7
Chigorodó	64,7	29,1	4,9	13,5	11,5
Murindó	0	53			
Mutatá	150	21,4	31,3	20,3	
Necoclí	50	8,3	4	15,6	10,1
San Juan de Urabá	0			9,2	9,5
San Pedro de Urabá	35,4	28,3	10,4	47,4	6,9
Turbo	77,8	19,5	2,4	25,6	6,4
Vigía del fuerte	159,9	40		37,5	19,3
TOTAL	120,8	19,8	6	17,7	8,1

REGIÓN: NORDESTE

Yolombó	91,7	30,6	24,7	19,2	19,8
Amalfi	77,3	67,6	34,1	9,8	
Anorí	85,1	70,9	33,7	12,9	6,7
Cisneros	20,3	81,4	10,4	21,4	10,4
Remedios	70,5	17,6	25,9	25,4	4,3
San roque	90,6	68	56,1	33,3	5,6
Santo domingo	36,4	54,6	17,7	86,1	8,8
Segovia	119,6	28,5	17	16,9	17
Vegachí	146,3	18,3	9,2	73,4	9,2
Yalí	33,3	99,8	16,2	31,7	
TOTAL	85,9	49	25,9	27,9	9,4

REGIÓN: OCCIDENTE

Santa Fe de Ant.	105,3	96,6	21,8	26	8,7
Abriaquí	195,3	97,7			47,3
Anzá	84,3				
Armenia	80,2	40,1	20		20
Burítica	66,6	66,6	15,6	29,4	31,2
Caicedo	27	54			13
Cañasgordas	50,4	25,2	12,3	23,9	12,3
Dabeiba	44,8	17,9	4,4	17,6	4,4
Ebejico	151,8	67,5	32,9	32,1	16,5
Frontino	94,1	52,3	15,5	40,7	10,3
Giraldo	49,5	49,5	48,5		
Heliconia	127	95,2			30,7
Liborina	159,2	45,5	43		10,8
Olaya	214,4				68,6
Peque	110,3				
Sabanalarga	76,5	25,5		23,8	
San Jerónimo	103,4	51,7	43	17,1	8,6
Sopetrán	89,8	59,9	7,5		22,4
Uramita	204,6	29,2	27,9	79,8	
TOTAL	95,7	47,3	15,9	19,1	11,8

REGIÓN: NORTE

Yarumal	88,4	37,2	14,4	14,9	7,2
Angostura	50,8	33,9	16,3	15,7	
Belmira	33,4		32,1		16,1
Briceño	109,1	54,5			
Campamento	130,8	26,2	12,9	51,2	12,9
Carolina	201	50,3			
Don Matías	74,1	21,2	27,8	35,1	5,6
Entreríos	73,2	97,6		45,1	23,4
Gómez Plata	71,3	17,8	8,8	35,1	
Guadalupe	66,7			63	16,2
Ituango	131	17,5	12,4		8,3
San Andrés de Cuerquia	121,2	90,9	14,4	27,3	
San José de la montaña	0		65,4		
San Pedro de los Milagros	9	71,8	17,9	26,7	13,4
Santa Rosa de Osos	12,9	64,5	25,6	44,3	6,4
Toledo	41,4		20	38,9	
Valdivia	69,3				
TOTAL	85,7	37,9	15,4	22,8	6,8

REGIÓN: ORIENTE

Rionegro	94,7	88,9	77	41,3	19,5
Abejorral	31,1	41,4	10,2	10,1	10,2
Alejandro	53,8	107,6	27,3		
Argelia	23,6	118	22,9		22,9

Cocorna	13,8	27,6	13,9	14	6,9
Concepción	46,4		23,1		
El Carmen de Viboral	43	19,1	58,2	24,6	12,1
El peñol	72,6	12,1	61,8	25,2	12,4
El retiro	106	82,4	29,2	46,5	5,8
Santuario	71,4	64,2	57,2	49,1	3,8
Granada	84,9	63,7		22,7	11
Guarne	49,5	54,4	24,8	29,8	17,3
Guatapé	68,3		52	35,2	
La ceja	29,1	62,4	17	43,6	8,5
La Unión	44,4	44,4	27,9		27,9
Marinilla	55,3	46,8	51,9	30,8	8,6
Nariño	37,7	75,4		17,4	27,2
San Carlos	31,9	31,9	31,7	31,6	23,8
San francisco			16,2		
San Luis	159,4	19,9	9,4	17,9	28,3
San Rafael	108,2	15,5	30,9	30,9	
San Vicente	74,2	31,8	31,2	40,9	26
Sonsón	63	57,7	21	26,3	15,8
TOTAL	62,8	54,6	40,5	30,3	14,1

REGIÓN: SUROESTE

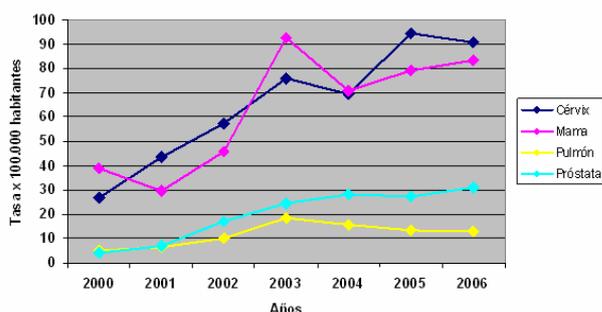
Ciudad Bolívar	100,8	43,2	21,4	28,4	10,7
Amaga	102,5	29,3	22	22,1	
Andes	130	25	24,1	13,9	14,4
Angelópolis	25,5	51		51,5	
Betania	21,6	64,8	49,9	18,5	10
Betulia	124,5	37,4	36	23,2	18
Caramanta			18,2	35,6	36,4
Concordia	87,8	39	9,5	27,6	14,2
Fredonia	120	55,4	32,1	36,6	4,6
Hispania	41,9	83,8	41,6		20,8
Jardín	126,7	56,3	21	69,8	21
Jericó	92,1	30,7	63,4	16,4	
La Pintada	56,5	28,3		27,9	
Montebello	113,6		41,2		13,7
Pueblorrico	98,3		12,4	50	
Salgar	101,4	56,3	5,5	21,9	16,6
Santa Bárbara	92,2	41,9	21,5	17,7	8,6
Támesis	74,4	74,4	6,2	37,4	37,3
Tarso	23,5		11,6		11,6
Titiribí	59,5	29,8	29,7	44,6	
Urrao	88,7	31,3	12,8	35,2	10,2
Valparaiso	199,7	66,6	33,7	34,1	
Venecia	63,1	63,1	8	16	15,9
TOTAL	93,8	39,3	21,6	27,2	11,3

REGIÓN: VALLE DE ABURRA SIN MEDELLÍN

Barbosa	59,6	59,6	27,9	37,8	27,9
Bello	67,9	89,7	27	42,7	13,5
Caldas	78,8	70,4	37,7	29,9	10,1
Copacabana	71,5	118,1	40,2	46,8	17,7
Envigado	74,4	132,3	50,9	97,7	20,2
Girardota	57,4	61,8	32,1	62,2	11,5
Itagüí	81,1	102,2	25,6	54,8	15,8
La Estrella	47	57,9	24	30,1	14,8
Sabaneta	70,3	74,4	54,5	41,6	15,3
Total	78,3	99,6	33,2	5,2	15,7
Medellín	101,4	115,8	38,2	79,1	18,3

Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia. DSSA, año 2006.

Figura 6. Tendencias de casos de cáncer notificados correspondientes a las localizaciones de Cérvix, Mama, Pulmón, Próstata. Antioquia, 2000 a 2006.



Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia. DSSA, años 2000 – 2006.

Los tumores malignos de mama y cérvix han mostrado durante el periodo analizado una tendencia al aumento, siendo notorio en el cáncer de mama un pico en el año 2003, para los dos años siguientes esta se estabiliza un poco; pero continúa siendo creciente. Para los tumores originados en pulmón y próstata, aunque son inferiores en número de casos a los presentados en mama y cérvix son igualmente preocupantes, por su alta letalidad.

Las cifras de morbilidad por cáncer en Antioquia son progresivamente ascendentes, lo que significa una gran carga para el presupuesto del Departamento. Esto exige el replanteamiento de las estrategias actuales y la elaboración de programas integrales de control del cáncer, adaptados

al contexto socioeconómico; encaminados a reducir la incidencia de éste, la mortalidad que causa y a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, en particular mediante la aplicación de estrategias de prevención, detección precoz, diagnóstico, garantizando la equidad en el acceso al tratamiento, rehabilitación y atención paliativa.⁷

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS. DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA. PERIODO 2000-2006

La información para la elaboración de este análisis fue obtenida del DANE y Estadísticas Vitales (DSSA).

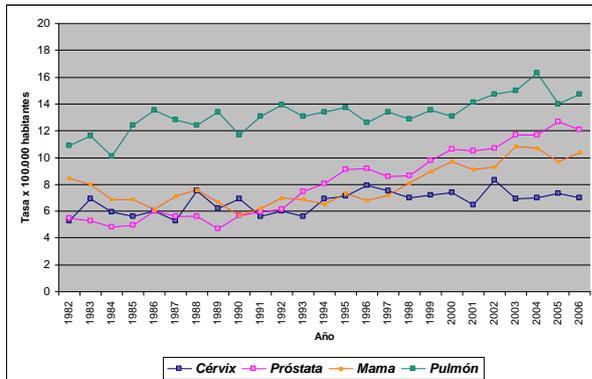
El cáncer constituye un evento de interés en Salud Pública en el Departamento de Antioquia. Según estadísticas vitales de la DSSA, en el año 2006, murieron 5460 antioqueños a causa del cáncer, los cuales representaron el 19,6% del total de defunciones para este año, ocupando el segundo lugar dentro de las causas de mortalidad general en el Departamento de Antioquia, después de las enfermedades del sistema circulatorio. Este panorama se asemeja a la situación de cáncer presentada en Costa Rica, en donde los tumores ocupaban también el segundo lugar dentro de las causas de muerte del país, presentando anualmente 7500 casos nuevos.⁸

Al comparar la mortalidad por tumores según sexo, no se observó diferencia significativa, se registraron 2764 defunciones por cáncer en mujeres y 2696 en hombres, las cuales representan el 50,6% y el 49,4% respectivamente. Si estos casos se distribuyeran uniformemente durante el año se podría afirmar que cada día mueren 15 habitantes por esta causa en el Departamento de Antioquia.

En el Departamento de Antioquia la situación de mortalidad durante los últimos 66 años ha tenido un comportamiento similar a la del país y ha aumentado aceleradamente, pasando de una tasa de

60,1 en 1946 a una tasa de 94,7 por 100.000 habitantes en 2006.

Figura 7. Tendencias de mortalidad por tumores malignos priorizados en Salud Pública. Antioquia, 1982 a 2006.



Pulmón: Tasa x 100.000 habitantes.
 Próstata: Tasa x 100.000 hombres.
 Mama: Tasa x 100.000 mujeres.
 Cérvix: Tasa x 100.000 mujeres.

Fuente: Estadísticas Vitales – Dirección de Salud Pública – DSSA. Año 2006.

La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón ha permanecido estable durante los últimos 20 años oscilando entre 13.5 en 1986, 12.9 en 1998, 16,3 en 2004 y 15,1 por cien mil habitantes en el 2006, prevaleciendo como la primera causa de mortalidad por tumores.

Para el año 2006, 46 municipios del Departamento presentaron tasas de mortalidad por esta causa superiores a la tasa Departamental, siendo los de mayor mortalidad los municipios de Carolina con una tasa 76,2, Valparaíso con 63,8, Armenia con 59,2, La Unión con 50,0 y Valdivia con 39,5 por cien mil habitantes.

En virtud del alto grado de asociación de este tumor con el hábito de fumar y por consiguiente su amplio potencial de prevención primaria, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia ha intensificado en la última década campañas educativas en contra del inicio del tabaquismo en los jóvenes y a propiciar su abandono en los fumadores.¹

Para el control de cáncer, la prevención primaria suele ser la estrategia de largo

plazo más eficaz en relación con el costo. Estas medidas son doblemente beneficiosas por cuanto pueden contribuir a prevenir además otras enfermedades crónicas cuyos factores de riesgo son los mismos que los del cáncer. Es importante resaltar por ejemplo; el consumo de tabaco se ha implicado en la génesis no sólo del cáncer de pulmón, de los tumores de laringe, páncreas, riñón, vejiga, estómago, hígado, mama, cuello uterino, colon y recto sino, de las enfermedades cardiovasculares.⁹

Cabe destacar que cualquier intervención o conjunto de medidas que se pongan en práctica darán resultados en un plazo mínimo de veinte años, según lo demuestran estudios que ha estimado la fracción de la mortalidad atribuible al tabaquismo en países industrializados.¹⁰

El cáncer de mama en la mujer se constituye en la sexta causa de mortalidad por tumores malignos en Antioquia durante el año 2006 con una tasa de 10,8 por cien mil mujeres. 28 municipios del Departamento presentaron tasas de mortalidad por esta causa superiores a la tasa Departamental para el año 2006. Los municipios con mayor mortalidad en este año fueron Buriticá 30,9, Titiribí 29,8, San Andrés de Cuerquia 29,3, La Pintada con 28,5 y Anorí 27,9 por cien mil mujeres.

La mortalidad por cáncer de próstata ha presentado una tendencia al aumento pasando de una tasa de 9,2 en 1996 al 11,2 en 2006, observando el mayor número de defunciones en hombres de edad avanzada (mayores de 65 años). 39 municipios sobrepasaron la tasa departamental para el año 2006 y los municipios de Cisneros con 42,4,

Caracolí con 42,1, Campamento con 41,0, Armenia con 39,4 y Puerto Berrio con 36,7 por cien mil hombres fueron los que presentaron mayor tasa.

La tendencia de mortalidad por cáncer de cuello uterino no ha presentado mayores variaciones en los últimos 10 años en el Departamento de Antioquia. Durante 1998 se registró una tasa de 6,9 por cien mil mujeres y para el año 2006 una tasa de 6,8 por cien mil mujeres, igual a la que se viene reportando desde al año 2003. Para el año 2006, 51 municipios del Departamento presentaron tasas de mortalidad por esta causa superiores a la tasa Departamental, siendo los de mayor mortalidad los municipios de Olaya con una tasa 71,3, Caucasia con 50,8, Armenia y Arboletes con 39,5, San Luís con 39,3 casos por cien mil mujeres.

Se ha confirmado que la implementación de programas organizados de tamizaje como componente de la Política de Salud Pública responde a prioridades previamente definidas y desarrolla estrategias de intervención encaminadas al logro de objetivos definidos. En el caso de cáncer de cuello uterino y mama mejoraría considerablemente el pronóstico de estas pacientes y se disminuiría las cifras de morbimortalidad por estas causas.

En la figura 7, se observa que en el año 2004 la mortalidad por Cáncer de pulmón es la que presenta mayor tasa, con un total de 16 casos por cada 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad por cáncer de mamá y de cuello uterino presenta un comportamiento similar en los últimos 4 años, lo que significa que se debe promocionar e implementar estrategias de detección temprana, ya que ha sido demostrado mediante estudios

epidemiológicos realizados en todo el mundo, que la detección precoz por citología y mamografía reduce efectivamente en un alto porcentaje la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino y de mama en las poblaciones que son sometidas a tamizaje sistémico.

También se puede observar el aumento progresivo del número de muertes por cáncer de próstata a partir del año 1993, coincidiendo con la implementación en nuestro medio del antígeno específico de próstata, con él se incrementó el número de casos confirmados con cáncer de próstata como causa básica de muerte. (Figura 7).

La mortalidad es un buen indicador de la calidad de vida de los habitantes. Con base en esto, se ha generado el indicador de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), el cual es un indicador de los riesgos específicos a los que esta sometida la población y mide la media de años de vida que se pierden por mortalidad¹ por cáncer, tomando como referencia una esperanza de vida de 73.2 años para la población antioqueña, dato suministrado por el Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia para el año 2006. Al analizar la mortalidad por cáncer, se observa que en este año, se dejaron de vivir en Antioquia 24.427 años por esta causa.

Llama la atención el rango de edad de 1 a 14 años que presentó un alto número de Años de Vida Potencialmente Perdidos (3.947 AVPP) aportados por tumores hematolinfoides. Este hallazgo coincide con los datos del Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia, en el cual, estos son los tumores más frecuentes en los niños.

El rango de 55 a 59 años fue el que más AVPP aportó, con 7.049, lo cual puede ser debido a que es el grupo de mayor número de defunciones registradas.

En el año 2006, en Antioquia, las mujeres perdieron mayor número de años que los hombres, siendo el grupo etáreo de 40 a 59 años el que mayor número de Años de Vida Potenciales aportó (14.670).

Desde el punto de vista socioeconómico, estas cifras son de gran importancia, ya que se afectan mujeres en etapa reproductiva generalmente centros de familias con hijos en crecimiento. Estas muertes tienen consecuencias profundas para la familia y la sociedad porque las mujeres constituyen el pilar fundamental del hogar o bien, ocupan los roles centrales en el bienestar de la familia, especialmente para los hijos e hijas que dejan, sino también para su comunidad y país. En algunos países en desarrollo cuando una madre muere, el riesgo de muerte para sus hijos menores de cinco años, se duplica o se triplica. Además, debido a que la mujer muere en edad económicamente activa, su muerte provoca un importante impacto social y económico, ya que su familia y comunidad pierden una trabajadora productiva y proveedora de salud primaria.

Estas muertes fueron provocadas por cáncer de mama y de cuello uterino que como analizamos anteriormente son susceptibles de curación en un alto porcentaje si se implementan programas de tamizaje y redes adecuadas de atención.

Bibliografía

1. Revista Epidemiológica de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia; enero – septiembre 2000. Vol 25.

2. Whittembury A. Guías para el análisis de la situación de salud. Ministerio de Salud, oficina general de epidemiología.. Lima: Ministerio de Salud; 2002.
3. OMS. 58ª Asamblea Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 7 de abril de 2005.
www.ho.int/gb/ebwha/pdf_files/wha58/a58_16-sp.pdf
4. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 3rd edition. Geneva:WHO; 2004.
5. Primer Congreso Colombiano de Registros. Cuarta reunión de Registros Poblacionales de Cáncer. 45 años del Registro Poblacional de Cáncer de Cali RPCC: 1992-2007; 28 de mayo de 2007.
6. Resolución 412 de 2000. Colombia. Ministerio de la Protección Social.
7. OMS. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud y Modos de Vida Sanos; 2004.
8. Ortiz A, Vargas R, Muñoz G. Incidencia y Mortalidad del Cáncer en Costa Rica. 1990-2003. Ministerio de Salud. Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Estadística - Registro Nacional de Tumores; julio de 2005.
9. Organización Mundial de la Salud. Consejo Ejecutivo 114ª Reunión. Documento Control del Cáncer; Primero de Abril de 2004.
10. www.paho.org/spanish/DD/PUB/SEA1998-pag175-183.pdf OPS. Análisis de la Situación del Cáncer de Cuello Uterino en América Latina y el Caribe; año 2004.

REGISTRO POBLACIONAL
DE CÁNCER
DE ANTIOQUIA



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA ESCUELA DE LA SALUD



Dirección: Diag 44 N° 32 -112 E.S.E Hospital Za mora
Paris Fontidueño. Bello - Antioquia
Teléfonos: 445 01 00 – 445 03 30 Ext 226
Fax: 445 03 30 Ext 226

Correo electrónico

registrodecancer@une.net.co registrodecancer@yahoo.es
<http://www.dssa.gov.co/htm/regca.htm>

AGRADECIMIENTOS

El Registro Poblacional de Cáncer reconoce y agradece a las siguientes

instituciones que con su colaboración y compromiso han hecho posible la labor de la Dirección Seccional de Antioquia en la consolidación de este proyecto, que permite conocer la distribución real y la tendencia del cáncer en el Departamento de Antioquia.

1. CENTRO DE DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO DE APARTADÓ
2. CENTRO ONCOLÓGICO DE ANTIOQUIA
3. CLÍNICA ANTIOQUIA
4. CLÍNICA CONQUISTADORES
5. CLÍNICA DE ONCOLOGÍA ASTORGA
6. CLÍNICA DEL PRADO
7. CLÍNICA DIAGNÓSTICA ESPECIALIZADA CONGREGACIÓN MARIANA
8. CLÍNICA EL SAGRADO CORAZÓN
9. CLÍNICA SALUDCOOP
10. DINAMICA IPS
11. E.S.E HOSPITAL ANTONIO ROLDÁN BETANCUR DE APARTADÓ
12. E.S.E HOSPITAL LA MARÍA
13. E.S.E. HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL. ENVIGADO.
14. E.S.E HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA
15. E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ
16. INSTITUTO GASTROCLÍNICO
17. LAB. DE PATOLOGÍA Y CITOLOGÍA LAPACI
18. LAB. PATOLOGÍA DR. RICARDO ANIBAL MESA COCK
19. LAB. PATOLOGÍA DRA. ANA MARÍA COCK
20. LABORATORIO CLÍNICO COLSANITAS S.A.
21. MEDICANCER
22. PROLAB
23. SOCIEDAD DE PATÓLOGOS DE CÓRDOBA - SOPACOR
24. CLÍNICA LAS AMÉRICAS
25. CLÍNICA MEDELLIN CENTRO
26. CLÍNICA SOMER
27. DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
28. E.S.E HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS RIONEGRO
29. E:S:E. HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ
30. HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE
31. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL
32. INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA
33. LABORATORIO DE DERMATOLOGIA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
34. LABORATORIO DE PATOLOGIA BIOPAT. DR. ALBERTO GAMARRA VERGARA
35. LABORATORIO DE CITOLOGÍA Y PATOLOGÍA CITOPAT. DR JULIO PINEDA BOTERO
36. LABORATORIO DE PATOLOGÍA DR. RODRIGO LEON RESTREPO MOLINA
37. LABORATORIO HEMATOLOGÍA ADULTOS UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
38. PATOLOGIA ANDRES E. ANGEL M Y ASOCIADOS LTDA
39. UNIDAD DE PATOLOGÍA CLÍNICA LAS AMERICAS
40. DANE MUNICIPIO DE MEDELLIN
41. CAPRECÁN
42. CENTRO CITODIAGNÓSTICO Y GINECOLÓGICO DE ANTIOQUIA
43. CLÍNICA EL ROSARIO
44. CLÍNICA LAS VEGAS
45. CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS - LA CEJA
46. CLÍNICA SOMA
47. CLÍNICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA
48. CLÍNICA VIDA
49. LABORATORIO PATOLOGIA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
50. LABORATORIO PATOLOGÍA HERNANDO HIDRÓN
51. LABORATORIO PATOLOGÍA SUSANA RESTREPO
52. LABORATORIO PATOLOGÍA HPTU
53. LABORATORIO PATOLOGÍA MARIO ROBLEDO
54. CLINICA CES
55. LABORATORIO PATOLOGÍA Y CITOLOGÍA CONSTANZA DIAZ
56. LABORATORIO PATOLOGÍA Y CITOLOGÍA FERNANDO GUTIÉRREZ
57. LABORATORIO PATOLOGÍA Y CITOLOGÍA PENSIONADO HUSVP
58. LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRÍA
59. LAB DE INMUNODETECCIÓN Y BIOANÁLISIS FAC. ODONTOLOGIA U DE A
60. LABORATORIO PATOLOGÍA INTEGRAL
61. LAB. PATOLOGIA IPS UNIVERSITARIA U DE A.