

## ORIGINAL

# Cáncer en la Unidad de Cancerología de Huila, 2006-2008

Constanza Pardo<sup>a,\*</sup>, Jainer Guzmán<sup>b</sup> y Omnaresi Rodríguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia

<sup>b</sup>Liga Contra el Cáncer Seccional Huila, Neiva, Colombia

Recibido el 22 de octubre de 2012; aceptado el 7 de mayo de 2013

### PALABRAS CLAVE

Registro hospitalario;  
Neoplasma;  
Análisis

### Resumen

**Objetivo:** Caracterizar los casos nuevos de cáncer en la Unidad de Cancerología de Huila.

**Métodos:** Estudio descriptivo que incluyó a los pacientes con cáncer del 'Registro institucional de cáncer' para el periodo 2006-2008. Se realizó un análisis general y uno específico para cuatro localizaciones e información en niños. Se usaron frecuencias y medidas de tendencia central para resumir las variables categóricas y numéricas.

**Resultados:** Se analizaron 2.689 casos nuevos de cáncer. La media de edad fue de 55 años. El 82% residía en el Huila. Las primeras localizaciones fueron: mama, cuello del útero, estómago, piel y sistema hematopoyético; los diagnósticos más frecuentes en niños fueron: leucemias, linfomas y sarcomas. El 18,4% de los pacientes había muerto al momento de la recolección de información.

**Conclusiones:** Los resultados son similares al comportamiento de la enfermedad en el INC y el país. La continuidad en los registros hospitalarios de cáncer en esta institución permitirá conocer el comportamiento de cáncer en el orden local y generar acciones para el control del cáncer.

© 2012 Instituto Nacional de Cancerología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Hospital registry;  
Neoplasm;  
Analysis

### Cancer in the Huila Cancerology Unit, 2006-2008

#### Abstract

**Objective:** To characterize the new cases of cancer in the Huila Cancerology Unit.

**Methods:** A descriptive study that included patients with cancer recorded in the Hospital Cancer Registry for the period 2006-2008. A general analysis was performed and a specific one for four locations, and information on children. Frequency and central tendency measurement were used to summarize the categorical and numerical variables.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cpardo@cancer.gov.co](mailto:cpardo@cancer.gov.co) (C. Pardo).

**Results:** A total of 2,689 new cases of cancer were analyzed. The mean age was 55 years, and the majority resided in Huila. The primary locations were: breast, neck of the cervix, stomach, skin, and hematopoietic system. The most frequent diagnoses in children were, leukemias, lymphomas, and sarcomas. At the time the information was collected, 18.4% of the patients had died.

**Conclusions:** The results are similar to the behavior of the disease in the INC and in the country. The maintenance of hospital cancer registers in this institution will help to understand the behavior of cancer in location order, and lead to actions for the control of the cancer.

© 2012 Instituto Nacional de Cancerología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

En los últimos años, Colombia, así como algunos de sus departamentos, han experimentado un incremento de las enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer. Neiva se encuentra en el Departamento del Huila, al suroccidente del país, con una superficie de 1.533 km<sup>2</sup>. Según datos de la división de aseguramiento de la Secretaría Departamental, a 2012, Neiva tenía una cobertura de aseguramiento del 91,8%. Entre las grandes causas de muerte, los tumores malignos (2006-2008) ocuparon el segundo lugar después de las enfermedades del sistema circulatorio. De acuerdo con las estimaciones de incidencia en el periodo 2002-2006, se presentaron en Colombia cerca de 70.877 casos nuevos de cáncer por año y se observaron 29.573 muertes anuales en promedio por cáncer<sup>1</sup>.

En el Huila, para el mismo periodo, se estimaron 1.633 casos nuevos de cáncer y se observaron, en promedio, 647 muertes por cáncer al año (2,2% del total de casos y muertes del país); en hombres, las tasas ajustadas de incidencia y mortalidad más altas fueron para el cáncer de estómago y de próstata. En mujeres, las tasas de incidencia más altas fueron para tiroides, cuello del útero y mama; las tasas más altas de mortalidad fueron para estómago y cuello del útero<sup>1</sup>.

Desde el 2007 existe el programa de Vigilancia Epidemiológica en Cáncer, que permite conocer el comportamiento de la enfermedad y sus principales factores de riesgo en el país y por regiones; además de ser fuente de información para la adecuada planificación de los servicios de salud.

Dentro del programa, una de las estrategias del Instituto Nacional de Cancerología (INC) ha sido impulsar la implementación de registros de cáncer de base poblacional y hospitalaria, y difundir la información disponible. Los registros hospitalarios se han definido inicialmente en ciudades pequeñas, como Neiva y Villavicencio.

Existe un consenso mundial en que los registros de cáncer contribuyen de manera importante en el control del cáncer, mediante la medición de la carga de la enfermedad, el apoyo a la investigación con datos y estadísticas; en el monitoreo de las tendencias del cáncer, y en la planificación y evaluación de la atención<sup>2</sup>.

Aunque la información sobre la incidencia de cáncer se ha dado principalmente desde los registros de cáncer de base poblacional, el ámbito de los registros hospitalarios aporta información importante de los casos atendidos en la propia institución, en ciudades con menor infraestructura oncológica<sup>3,4</sup>. Esta información, sumada a la de otros registros, per-

mitirá ampliar el conocimiento de la enfermedad en el país, planear de manera eficiente los recursos clínicos y de investigación, y evaluar las estrategias de prevención y control.

Instituciones de salud como la Unidad de Cancerología de Huila (UCH) contribuyen en este proceso, con el 'Registro institucional de cáncer' establecido desde el 2006. La Unidad hace parte del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, de Neiva, y presta servicios de consulta especializada, radioterapia y quimioterapia, la cual fue administrada por la Liga Contra el Cáncer, seccional Huila. El presente artículo describe las características sociodemográficas y clínicas de los casos de cáncer de la Unidad de Cancerología del Huila para el periodo 2006-2008

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, en el que se analizaron todos los casos de cáncer (infiltrante e *in situ*) que ingresaron a la Unidad de Cancerología, durante 2006-2008. Los casos de cáncer se identificaron a partir de la revisión manual de las historias clínicas. Para la inclusión del caso se tuvo en cuenta el diagnóstico de cáncer, con o sin confirmación histológica. En la recolección de la información se empleó un formato específico con las variables básicas: información sociodemográfica, características del tumor, estado clínico, conducta terapéutica y de seguimiento (estado vital y fecha de muerte).

Se codificaron los datos sobre el tumor según el manual estandarizado para clasificación y codificación de las neoplasias<sup>5</sup>. La información se digitó en Reginst®, programa con controles de validación de la información. Se hizo un análisis de la calidad general de los datos en consistencia y validez, bajo metodologías definidas para los registros de cáncer<sup>6</sup>. La validez se evaluó por cruces bivariados entre fechas, edad, sexo, localización e histología; las inconsistencias fueron verificadas por historia clínica en la institución. Se incluyeron tres indicadores de validez (porcentaje con los valores estándar): proporción de casos con verificación microscópica (%VM, 75-98%), proporción de casos incluidos solamente por información clínica, (%SC, ≤ 10%) y proporción de casos sin datos de documento de identidad, edad y sexo (%SD, ≤ 10%).

Para el análisis de los datos se usó SPSS® versión 19. Se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas; frecuencias simples y porcentajes para las variables categóricas. Se realizó un análisis general y uno específico para cuatro localizaciones, e información

**Tabla 1** Características sociodemográficas de los casos de cáncer de la Unidad de Cancerología del Huila, 2006-2008

Característica	Número de casos	%
<b>Año</b>		
2006	878	32,7
2007	915	34,0
2008	896	33,3
<b>Sexo</b>		
Masculino	1.133	42,1
Femenino	1.556	57,9
<b>Edad</b>		
0-14	133	4,9
15-44	566	21,0
45-54	478	17,8
55-64	557	20,7
65 y más	955	35,5
<b>Departamento de residencia</b>		
Huila	2.194	81,6
Caquetá	350	13,0
Tolima	69	2,6
Putumayo	57	2,1
Cauca	5	0,2
Otros	14	0,5
<b>Régimen de afiliación en salud</b>		
Subsidiado	1.283	47,7
Contributivo	993	36,9
No asegurado	213	7,9
Otros	200	7,5
<b>Tipo de caso*</b>		
Caso 1	166	6,2
Caso 2	1.701	63,3
Caso 3	822	30,6

\*Tipo de caso: caso 1, diagnóstico y primer curso de tratamiento en la Unidad; caso 2, diagnóstico en otra institución y primer curso de tratamiento en la Unidad; caso 3, diagnóstico e inicio de tratamiento en otra institución y tratamiento complementario en la Unidad.

en niños por grupos diagnósticos<sup>7</sup> (0-17 años). En el análisis de cáncer de mama se excluyeron tres casos en hombres.

## Resultados

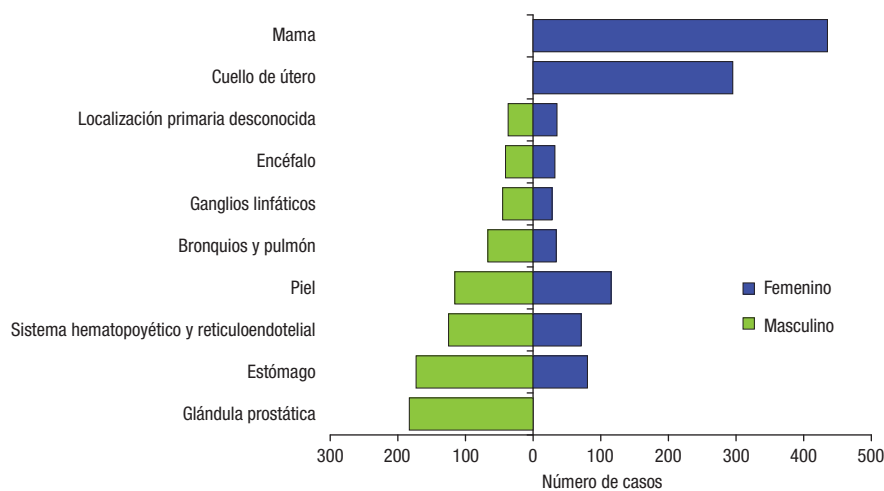
Durante el periodo 2006-2008 hubo 2.689 casos nuevos de cáncer en la Unidad de Cancerología del Huila, con un comportamiento similar por año. La mayor proporción se presentó en mujeres, y la media de edad para ambos sexos fue de 55 años, con un rango entre 0 y 97 años (tabla 1).

El 98% de los pacientes residían en tres departamentos: Huila (82%), Caquetá (13%) y Tolima (3%). El 92% tenía algún tipo de aseguramiento; el 48% pertenecía al régimen subsidiado; el 37%, al régimen contributivo, y el 7,3%, a otros, como medicina prepagada y régimen especial. La tercera parte de los casos tuvieron un tratamiento inicial en otra institución (tabla 1).

Las diez primeras localizaciones para ambos sexos sumaron el 72,1% de los casos. Las localizaciones más frecuentes en hombres fueron: próstata, estómago, sistema hemato-poyético, piel y pulmón; mientras que en mujeres fueron: mama, cuello del útero, piel, estómago y sistema hemato-poyético (fig. 1).

La revisión de los indicadores de validez de la información mostró que la verificación por histología fue del 98,8%; los casos con información clínica solamente y sin información de documento de identificación, edad o sexo fueron del 0%.

Del total de casos, el 15,7% (424) presentaron metástasis, y los órganos con mayor compromiso fueron hueso, hígado, ganglios linfáticos y pulmón. El 81,4% de los casos recibieron un primer curso de tratamiento o tratamiento complementario; dentro de los más comunes fueron radioterapia (22%), seguido de quimioterapia (13,1%). Entre los 501 casos que no recibieron algún tipo de tratamiento, las principales causas se relacionaron con abandono (53%) y pacientes tratados en otra institución y que ingresaron para seguimiento de su enfermedad (28%). El 18,4% (494 muertes) de los pacientes había muerto al momento de la recolección de información, el 52,6% hombres (tabla 2).



**Figura 1** Diez primeras localizaciones de casos de cáncer, por sexo. Unidad de Cancerología de Huila, 2006-2008.

## Mama

El cáncer de mama fue la primera localización, con 435 casos (16,2%). La media de edad fue de 55 años, y la mayor proporción en el grupo de 45 a 54 años (29,5%). El 51% pertenecía al régimen contributivo; el 33%, al régimen subsidiado, y el 5,7% no tenía aseguramiento; el 84% residía en el Departamento del Huila.

El 99,8% de los casos se diagnosticó por histopatología y el 79,7% correspondió a carcinoma ductal infiltrante. En relación con el estado clínico, el 16,5% de los casos ingresó en estados tempranos (*in situ*, I-IIA); el 66,6%, localmente avanzados (IIB-IIIIC); el 8%, metastásico (IV), y el 8,7% no tenía información sobre el estado clínico (tabla 3). El 91,3% de los casos recibieron algún tipo de tratamiento; de los que no fueron tratados, el 57,8% fue por abandono y el 31,5% por ser casos de seguimiento. Del total de casos de mama, el 6,7% había muerto al momento de la recolección de información.

## Cuello del útero

El cáncer de cuello uterino fue la segunda localización, con 295 casos (11%). La media de edad fue de 50,5 años, y la mayor proporción en el grupo de 15 a 44 años (41%). El 66,1% pertenecía al régimen subsidiado; el 20,3%, al régimen contributivo, y el 11,9% no tenía aseguramiento; el 71,9% residía en el Departamento del Huila.

La totalidad de los casos se diagnosticó por histopatología y el 74,5% correspondió al carcinoma escamocelular. En relación con el estado clínico, el 26,8% de los casos ingresó en estados tempranos (*in situ*, I-IIA); el 60,7%, localmente avanzados (IIB-IVA); el 1%, metastásico (IVB), y el 10,8% no tenía información sobre el estado clínico (tabla 3). El 89,5% de los casos recibieron algún tipo de tratamiento; de los que no fueron tratados, el 48,4% fue por abandono y el 38,7% por ser casos de seguimiento. Del total de casos de cuello uterino, el 11,5% había muerto al momento de la recolección de información.

## Estómago

Se presentaron 253 casos (9,4%) de cáncer de estómago, tercera localización al reunir ambos sexos, con el 68,4% en hombres. La media de edad fue de 59,5 años y la mayor proporción en el grupo de 65 y más años (42,7%). El 57,7% pertenecía al régimen subsidiado; el 26,9%, al régimen contributivo, y el 7,5% no tenía aseguramiento; el 84,6% residía en el Departamento del Huila.

El 99,6% de los casos se diagnosticó por histopatología y el 40,3% correspondió al adenocarcinoma tipo intestinal. En relación con el estado clínico, el 13,9% de los casos ingresó en estados tempranos (*in situ*, I-II); el 13,8%, localmente avanzados (IIIA-IIIB); el 37,5%, metastásico (IV), y el 34,8% no tenía información sobre el estado clínico (tabla 3). El 66,4% de los casos recibieron algún tipo de tratamiento; de los que no fueron tratados (85 casos), el 65,8% fue por abandono y el 12,9%, por seguimiento. Del total de casos de estómago, el 28% había muerto al momento de la recolección de información.

## Próstata

Es la localización más frecuente en hombres, con 183 casos nuevos de cáncer (el 16,2% del total de casos en hombres y el

**Tabla 2** Características clínicas de los casos de cáncer de la Unidad de Cancerología del Huila, 2006-2008

Característica	Número de casos	%
<i>Primeras cinco localizaciones</i>		
Mama	438	16,3
Cuello uterino	295	11,0
Estómago	253	9,4
Piel	231	8,6
Sistema hematopoyético	196	7,3
<i>Tipo de tumor</i>		
<i>In situ</i>	40	1,5
Infiltrante	2.649	98,5
<i>Base de diagnóstico</i>		
Histología del tumor primario	2.607	97
Histología de metástasis	49	1,8
Otros	33	1,1
<i>Compromiso metastásico</i>		
Hueso	131	30,9
Hígado	83	19,6
Ganglios linfáticos	49	11,6
Pulmón	35	8,3
Otros sitios	126	29,7
<i>Tratamiento</i>		
Radioterapia	592	22,0
Quimioterapia	352	13,1
Radioterapia y quimioterapia	298	11,1
Radioterapia, quimioterapia y otro	298	11,1
Otros	648	24,1
Sin tratamiento	501	18,6
<i>Estado vital</i>		
Vivo	2.195	81,6
Muerto	494	18,4

6,8% del total de casos para ambos sexos). La media de edad fue de 69,6 años, y la mayor proporción en el grupo de 65 y más años (71,6%); el 57,9% pertenecía al régimen contributivo; el 25,7%, al régimen subsidiado, y el 2,2% no tenía aseguramiento. El 87,4% residía en el Departamento del Huila.

La totalidad de los casos se diagnosticó por histopatología y el 89,6% correspondió al adenocarcinoma. En relación con el estado clínico, el 15,8% de los casos ingresó en estados tempranos (I-II); el 2,2%, localmente avanzados (III); el 15,8%, metastásico (IV), y el 66,1% no tenía información sobre el estado clínico (tabla 3). El 89,6% de los casos recibieron algún tipo de tratamiento; de los que no fueron tratados, el 47,3% fue por abandono, el 47,3% por ser de seguimiento y el 5,2% por remisión a otra institución. Del total de casos de próstata, el 12% había muerto al momento de la recolección de información.

## Cáncer infantil

Se presentaron 158 casos de cáncer en menores de 18 años (el 6% del total de casos), con el 57% en hombres. La media de edad fue de 7,8 años, una desviación estándar de 5 años y mayor proporción en el grupo de 0 a 9 años (70%). El 56,3%

Tabla 3 Características demográficas y clínicas para cáncer de mama, cuello uterino, estómago y próstata en la Unidad de Cancerología del Huila, 2006-2008

Características demográficas y clínicas	Mama <sup>a</sup>			Cuello uterino			Estómago			Próstata				
	n	%	n = 435	n	%	n = 295	n	%	n = 253	n	%	n = 183	n	%
Grupos de edad	0-14	0,0	0	0-14	0,3	1	0-14	0,0	0	0-14	0,0	0	0	0,0
	15-44	22,1	96	15-44	41,0	121	15-44	41,0	42	15-44	16,6	42	1	0,5
	45-54	29,4	128	45-54	20,3	60	45-54	20,3	43	45-54	17,0	43	8	4,4
	55-64	23,2	101	55-64	16,6	49	55-64	16,6	60	55-64	23,7	60	43	23,5
	65 y más	25,3	110	65 y más	21,7	64	65 y más	21,7	108	65 y más	42,7	108	131	71,6
Régimen de afiliación	Contributivo	51,0	222	Contributivo	20,3	60	Contributivo	20,3	68	Contributivo	26,9	68	106	57,9
	Subsidiado	33,3	145	Subsidiado	66,1	195	Subsidiado	66,1	146	Subsidiado	57,7	146	47	25,7
	Otros	9,9	43	Otros	1,7	5	Otros	1,7	20	Otros	8,0	20	26	14,1
	No asegurado	5,7	25	No asegurado	11,9	35	No asegurado	11,9	19	No asegurado	7,5	19	4	2,2
Tipo histológico	Carcinoma ductal	79,7	347	Escamocelular	74,5	220	Adenocarcinoma, tipo intestinal	74,5	102	Adenocarcinoma, SAI <sup>b</sup>	40,3	102	164	89,6
	Carcinoma lobular	4,8	21	Adenocarcinoma	12,5	37	Adenocarcinoma, SAI <sup>b</sup>	12,5	51	Carcinoma de células acinosas	20,2	51	12	6,6
	Adenocarcinoma	3,4	15	Otros tipos histológicos <sup>c</sup>	12,8	38	Adenocarcinoma, tipo difuso	12,8	47	Otros tipos histológicos <sup>b</sup>	18,6	47	7	3,8
	Carcinoma papilar	2,5	11				Carcinoma de células en anillo de sello		20		7,9	20		
	Otros tipos histológicos <sup>b</sup>	9,4	41				Otros tipos histológicos <sup>b</sup>		33		13,0	33		
Estado clínico	<i>In situ</i>	2,3	10	<i>In situ</i>	5,4	16	<i>In situ</i>	5,4	1	<i>In situ</i>	0,4	1	0	0,0
	I	2,7	12	IA	0,7	2	IA	0,7	8	I	3,2	8	7	3,8
	IIA	11,5	50	IB	19,7	58	IB	19,7	9	II	3,6	9	22	12,0
	IIB	22,3	97	IIA	1,0	3	IIA	1,0	17	III	6,7	17	4	2,2
	IIIA	17,7	77	IIB	29,8	88	IIIA	29,8	16	IV	6,3	16	29	15,8
	IIIB	25,7	112	IIIA	0,7	2	IIIB	0,7	19	Sin dato	7,5	19	121	66,1
	IIIC	0,9	4	IIIB	29,5	87	IV	29,5	95		37,5	95		
	IV	8,0	35	IVA	1,4	4	Sin dato	1,4	88		34,8	88		
Sin dato	8,7	38	IVB	1,0	3		1,0							
			Sin dato	10,8	32		10,8							

<sup>a</sup> Incluye únicamente casos en mujeres.<sup>b</sup> Incluye casos *in situ*.

pertenecía al régimen subsidiado; el 20,3%, al régimen contributivo, y el 16,5% no tenía aseguramiento. El 77,2% residía en el Departamento del Huila.

El 98,1% de los casos se diagnosticó por histopatología. Los diagnósticos más frecuentes fueron en orden descendente: leucemias (44,3%), linfomas (19%) y sarcomas de tejidos blandos (8,2%) (tabla 4). El 79,7% de los casos recibieron algún tipo de tratamiento; de los que no fueron tratados, el 65,6% fue por ser de seguimiento, el 18,8% por abandono y el 9,4% por remisión a otra institución. Del total de casos de cáncer infantil, el 26,6% había muerto al momento de la recolección de información.

## Discusión

En Colombia, la Unidad de Cáncer del Huila (UCH), junto con el INC, son las dos instituciones que mantienen activos los registros de cáncer de base hospitalaria. El trabajo realizado en la UCH con la aplicación de la metodología reconocida para los registros hospitalarios de cáncer<sup>3,8</sup> permitió obtener información de calidad y realizar un primer análisis del comportamiento del cáncer en esta institución para el periodo 2006-2008.

En relación con los resultados obtenidos y las estimaciones de incidencia para el Huila en el periodo 2002-2006, de 1.633 casos de cáncer anuales<sup>1</sup>, la UCH atendería aproximadamente el 55% de estos. El aseguramiento en el 92,1% de los casos muestra una mejora en el cumplimiento de las disposiciones establecidas, con la inclusión progresiva de la población a los planes de beneficios<sup>9,10</sup>. Sin embargo, se observan diferencias en la mayor proporción de población no asegurada para el cáncer de cuello uterino (11,9%) y el cáncer infantil (16,5%). Se resalta la alta proporción de casos (30,6%) que fueron diagnosticados y atendidos en otra institución, debido

al tipo de atención que presta la unidad, con mayor énfasis en tratamientos con quimioterapia y radioterapia.

Al observar las dos principales localizaciones en hombres (próstata y estómago) y en mujeres (mama y cuello uterino), se denotan diferencias en relación con el régimen de aseguramiento. Los casos de mama y próstata tienen mayor proporción en el régimen contributivo, mientras que cuello uterino, estómago y cáncer infantil lo tienen en el subsidiado. En cuanto a las características de los tumores, mostró que más del 60% de las principales localizaciones llegan en estado avanzado. Se debe aclarar que a un alto porcentaje de los casos no se les pudo establecer el estado clínico, principalmente estómago y próstata, por las deficiencias que existen en la información contenida en la historia clínica.

Sin embargo, al cruzar régimen de aseguramiento con estado clínico, la mayor proporción de los casos de mama (régimen contributivo) y cuello uterino fueron localmente avanzados (régimen subsidiado). En estómago y próstata, la mayor proporción de los casos fueron metastásicos, régimen subsidiado para estómago y régimen contributivo para próstata.

En relación con los resultados demográficos y clínicos obtenidos para cáncer de mama, coinciden con los reportados por el 'Registro institucional de cáncer' del INC<sup>11</sup> y en un estudio en Bogotá<sup>12</sup>, mayor proporción de casos en el régimen contributivo, mujeres mayores de 45 años y con histológico de carcinoma ductal infiltrante. El cáncer de próstata comparte varias características con lo reportado en una serie de casos, con una mediana de edad similar y un alto porcentaje de pacientes con adenocarcinoma<sup>13</sup>.

Tal como lo reportan Suárez et al., en una cohorte de niños del INC entre 1998 y 2000, las leucemias y los linfomas fueron las neoplasias más habituales<sup>14</sup> (52,5%); así, en el presente estudio estas fueron las principales neoplasias, con el 63% de los casos en niños (tabla 4).

**Tabla 4** Distribución de casos de cáncer en niños, según grupos diagnósticos (Clasificación Internacional del Cáncer Infantil, tercera revisión)

Grupos diagnósticos	(0-4)		(5-9)		(10-14)		(15-17)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Leucemias, enfermedades mieloproliferativas y síndromes mielodisplásicos	28	47,5	26	51,0	9	27,3	7	46,7	70	44,3
Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	7	11,9	13	25,5	8	24,2	2	13,3	30	19,0
Neoplasias del SNC, intracraneales e intraespinales misceláneos	5	8,5	5	9,8	1	3,0	0	0,0	11	7,0
Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas	5	8,5	1	2,0	0	0,0	0	0,0	6	3,8
Retinoblastoma	7	11,9	0	0,0	1	3,0	0	0,0	8	5,1
Tumores renales	3	5,1	1	2,0	0	0,0	0	0,0	4	2,5
Tumores hepáticos	0	0,0	0	0,0	1	3,0	0	0,0	1	0,6
Tumores óseos malignos	0	0,0	2	3,9	3	9,1	0	0,0	5	3,2
Sarcomas de tejidos blandos y otros sarcomas extraóseos	2	3,4	2	3,9	5	15,2	4	26,7	13	8,2
Tumores de células germinales, tumores trofoblásticos y neoplasias gonadales	1	1,7	1	2,0	3	9,1	2	13,3	7	4,4
Otras neoplasias epiteliales malignas y melanoma maligno	0	0,0	0	0,0	1	3,0	0	0,0	1	0,6
Otras neoplasias malignas y las no especificadas	1	1,7	0	0,0	1	3,0	0	0,0	2	1,3
Total	59	100	51	100	33	100	15	100	158	100

SNC: sistema nervioso central.

Algunas de las limitaciones que se identifican en el estudio son la temporalidad en que se realizó el análisis de la información. Estos hallazgos dan opción de establecer áreas de mejora en una difusión más oportuna de los datos y que sea útil para la gestión asistencial.

Los resultados de este análisis son similares al comportamiento de la enfermedad en el INC y el país. La información a partir de los registros hospitalarios lleva a pensar sobre la necesidad de incorporar los registros a la dinámica hospitalaria. El alto desconocimiento del aporte del registro por parte de gerentes y clínicos quizá sea producto de la baja proximidad con estos actores dentro la institución y algunos comités hospitalarios relacionados, además de la baja explotación y difusión de los datos. Será necesario mejorar la disponibilidad como página web, boletines, intranet u otros medios de la institución.

Optimizar el uso de la información generada por el registro, por parte de los clínicos y planificadores, redundará en tener continuidad y sostenibilidad dentro de la institución, generar trabajos de investigación clínica, así como conocer el comportamiento del cáncer en el orden local, con el fin de generar acciones para el control del cáncer.

## Financiación

El trabajo fue realizado con recursos del Instituto Nacional de Cancerología (Programa de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer) y de la Liga Contra el Cáncer, seccional Huila, como entidad administradora de la Unidad de Cancerología del Huila.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Los autores agradecemos a la Liga Contra el Cáncer, seccional Huila - Unidad de Cancerología del Huila, por el trabajo desarrollado con el 'Registro institucional de cáncer', y a Gloria Piedad Fajardo, por la labor realizada en el registro durante el periodo 2006-2007.

## Bibliografía

1. Pardo C, Cendales R. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia, 2002-2006. Bogotá: INC; 2010.
2. Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, et al. Cancer incidence in five continents, Volume IX. Lyon: IARC Press; 2007.
3. Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG. El registro hospitalario de cáncer. En: Registros de cáncer: principios y métodos. Lyon: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC); 1995. p. 173-81.
4. González A, Rizo P, Días S, Álvarez PA, Lombardo E, López M, et al. Registro hospitalario de cáncer. *Acta Pediátrica México*. 2005;26:100-7.
5. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM, et al. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. 3.ª ed. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2003.
6. Ferlay J, Burkhard C, Whelan S, Parkin DM. Check and conversion programs for cancer registries. Version 2.05. Lyon: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC); 2008.
7. Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International Classification of Childhood Cancer, 3rd edition. *Cancer*. 2005;103:1457-67.
8. Pardo C, Murillo R, Posso H, Ballesteros A. Manual metodológico de normas y procedimientos para la implementación de registros institucionales de cáncer. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, Instituto Nacional de Cancerología; 2002.
9. República de Colombia, Congreso Nacional. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 46506, 9 de enero de 2007. Bogotá: Imprenta Nacional; 2007.
10. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación (DNP). Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Prosperidad para todos. Tomo I. Bogotá: DNP; 2011.
11. República de Colombia, Instituto Nacional de Cancerología. Anuario estadístico 2010. Bogotá: INC; 2012.
12. Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R, García O. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Rev Colomb Cancerol*. 2008;12:181-90.
13. Ospino R, Vásquez I, Cendales R, Usuga F. Radioterapia conformada en pacientes con cáncer de próstata. Experiencia de tres años en el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Rev Colomb Cancerol*. 2009;13:124-33.
14. Suárez A, Guzmán C, Villa B, Gamboa O. Abandono del tratamiento: una causa de muerte evitable en el niño con cáncer. *Rev Colomb Cancerol*. 2011;15:22-9.