

PROTOCOLO DE VIGILANCIA
EN SALUD PÚBLICA

**CÁNCER EN MENORES
DE 18 AÑOS**
Código: 115



DOCUMENTO ELABORADO POR

Clara Elena Maestre Mattos
Profesional Especializado
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

DOCUMENTO ACTUALIZADO POR

Marcela Pilar Rojas Díaz
Profesional Especializado
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Equipo enfermedades no transmisibles
Subdirección de Prevención
Vigilancia y Control en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General INS

Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Óscar Eduardo Pacheco García
Subdirector de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en
Salud Pública

Tabla de contenido

1	Introducción	4
	1.1. Comportamiento del evento	4
	1.2. Estado del arte	5
	1.3. Justificación para la vigilancia	7
	1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento	7
2	Objetivos específicos	7
3	Definiciones operativas de casos	8
4	Fuentes de los datos	8
	4.1. Definición de las fuentes	8
	4.2. Periodicidad de los reportes	9
	4.3. Flujo de información	10
	4.4. Responsabilidades por niveles	10
5	Recolección y procesamiento de los datos	12
6	Análisis de la información	13
	6.1. Plan de análisis	13
	6.2. Indicadores	14
7	Orientación de la acción	18
	7.1. Acciones individuales	18
	7.2. Acciones colectivas	18
	7.3. Acciones de laboratorio	19
8	Comunicación del riesgo	19
9	Referencias bibliográficas	20
10	Control de revisiones	21
11	Anexos	21

1. Introducción



Se denomina cáncer a un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento incontrolado y la propagación de células anormales (1), las cuales varían de forma importante en su presentación en niños y adolescentes.

El cáncer infantil (cáncer en menores de 15 años) es poco frecuente, pues representa entre un 0,5% y un 4,6% de la carga total de morbilidad por esta causa. Las tasas mundiales de incidencia oscilan entre 50 y 200 casos por cada millón de niños (2,3), tiene grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales en los pacientes y sus familias (2,4,5,6). La carga creciente del cáncer en el perfil de salud de los colombianos amerita intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para lograr el impacto esperado a nivel poblacional e individual sobre su incidencia, discapacidad, calidad de vida y mortalidad. Actualmente, el avance en el conocimiento científico, el ritmo en el desarrollo de nuevas tecnologías y el cambio en los sistemas de salud, imponen retos específicos para el control de la enfermedad (7).

En 2008 Colombia estableció un plan de vigilancia epidemiológica del cáncer en menores de 18 años dada su mortalidad, sus repercusiones en la carga de la enfermedad y el impacto en los sistemas de salud; como parte de este plan inicialmente se vigiló la leucemia linfocítica aguda y la leucemia mieloide aguda en menores de 15 años, y a partir de 2014 se incluyeron todos los tumores en menores de 18 años, con el objetivo de conocer el estado de estas enfermedades, para la generación de políticas y planes de salud pública.

Este documento presenta la metodología para la vigilancia en salud pública del evento cáncer en menores de 18 años en Colombia, a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila y las responsabilidades por los diferentes actores del sistema de salud de acuerdo con la normatividad vigente.

1.1. Comportamiento del evento

La publicación más reciente del año 2017, acerca de la incidencia internacional de cáncer infantil, 2001-2010, incluye 385509 casos incidentes en niños de 0-19 años. El informe reporta tasas de incidencia estandarizadas por grupos de edad. Para el grupo de 0 a 14 años la incidencia es de 140,6 casos por millón de niños (basados en 284649 casos), y los cánceres más comunes fueron leucemia (incidencia de 46,4), seguido de tumores del SNC (incidencia 28,2) y linfomas (incidencia 15,2). En adolescentes definido como el grupo de 15-19 años (basados en 100860 casos) la incidencia fue de 185,3 por millón de niños, siendo los linfomas más frecuentes (incidencia 41,8) y el grupo de tumores epiteliales y melanoma (incidencia 39,0). La incidencia varió considerablemente entre las regiones descritas, el sexo, la edad y el grupo racial y étnico. Desde la década de 1980, la incidencia global de cánceres registrados en niños de 0 a 14 años ha aumentado de 124,0 a 140,6 por millón persona-años (8).

De acuerdo a la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer IARC (2015), la incidencia mundial del cáncer infantil va en aumento, de 165.000 nuevos casos anualmente a 215.000 casos de niños de 14 años y menores y 85.000 nuevos casos de 15 a 19 años (9).

Los datos disponibles a nivel de las Américas se registran en el tercer volumen del proyecto Internacional de incidencia en Cáncer infantil (IICC) por regiones y por las diferentes fuentes suministradas por los países. En América Latina y el Caribe (ALC) en el grupo de 0-14 años, Perú registra la mayor incidencia con 153,1 casos; Jamaica registra la menor incidencia con 76,1 casos. En el grupo de 0-19 años de igual forma Perú registra la mayor incidencia con 156,7 casos y Jamaica la menor incidencia con 79,3 casos. En general los países con mayor incidencia son Perú, Ecuador, Uruguay y Colombia (10)



En cuanto a América del Norte, en el grupo de 0-14 años Florida registro la incidencia más alta con 202,6; la incidencia más baja se registró en americanos nativos con 85,9 casos. En el grupo de 0-19 años la incidencia más alta fue de 220,7 en New Jersey (10).

En general, la leucemia representa alrededor de una tercera parte de todos los cánceres infantiles. Los otros tumores malignos más comunes son los linfomas y los tumores del sistema nervioso central. Existen varios tipos tumorales que se dan casi exclusivamente en los niños, como los neuroblastomas, los nefroblastomas, los meduloblastomas y los retinoblastomas (2).

1.2. Estado del arte

De acuerdo con las estimaciones de incidencia para cáncer infantil, período 2007-2011, el Instituto Nacional de Cancerología, estimo 764 casos anuales nuevos de cáncer en niños y 558 en niñas, y registro 281 muertes anuales por cáncer en niños y 218 en niñas (11).

La incidencia en Cáncer infantil para Colombia publicada en el tercer volumen del proyecto International de cáncer infantil, a partir de 4 registros (1992-2013) para el grupo de 0 a 14 años es de 149,6 y para el grupo de 15-19 años es de 152,3 (10).

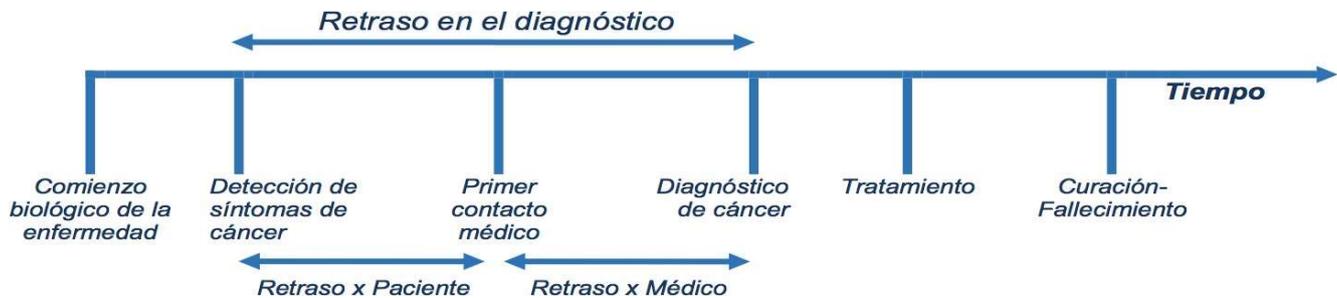
A la par de la vigilancia el país preciso en la Ley 1388 del 2010, “por el derecho a la vida de los niños con cáncer” (12), las acciones para el manejo integral de los niños con cáncer; mediante el Plan decenal para el control de cáncer en Colombia, 2012-2021, definió garantizar el diagnóstico oportuno y el acceso a tratamiento al 100% de los menores de 18 años con sospecha de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP), y a través de diferentes resoluciones definió acciones orientadas al sistema de monitoreo, seguimiento y control de la atención del cáncer en los menores de 18 años (13,14), los requerimientos para las Unidades de Atención de Cáncer Infantil, (UACAI) (15, 16), la prestación de servicios en los hogares de paso (17), y las guías de práctica clínica (18).

los niños con cáncer; mediante el Plan decenal para el control de cáncer en Colombia, 2012-2021, definió garantizar el diagnóstico oportuno y el acceso a tratamiento al 100% de los menores de 18 años con sospecha de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP), y a través de diferentes resoluciones definió acciones orientadas al sistema de monitoreo, seguimiento y control de la atención del cáncer en los menores de 18 años (13,14), los requerimientos para las Unidades de Atención de Cáncer Infantil, (UACAI) (15, 16), la prestación de servicios en los hogares de paso (17), y las guías de práctica clínica (18).

Estas acciones junto con la definición de planes de acción que conduzcan la implementación de estrategias de prevención primaria para el cáncer en niños y adolescentes, tienen como objetivo lograr diagnósticos y tratamientos oportunos y continuos, inicio de terapias en estadios iniciales, menor intensidad del tratamiento, menos complicaciones, reducción de secuelas, disminución en tiempos y costos de hospitalización y disminución de la mortalidad (19,20).

Como parte de la vigilancia se verifica la oportunidad en la ruta de cuidado del cáncer, la figura 1 esquematiza el retraso en el diagnóstico y sus componentes, los cuales pueden interferir negativamente con el manejo de la enfermedad. Los retrasos pueden ocurrir entre el inicio de los signos y síntomas y la primera visita del paciente al sistema de salud llamado retraso del paciente, mientras que la duración del retraso entre la primera visita de atención médica y el diagnóstico se designó demora médica, en conjunto conforman el “retraso en el diagnóstico” (21).

Figura 1. Retraso diagnóstico en el diagrama de cuidado de cáncer.



Dang Tan T. et as. Diagnosis delays in childhood cancer. *Cáncer* 2007; 110: 703-37

Para efectos de la vigilancia en salud pública del cáncer en menores de 18 años y teniendo en cuenta que el origen celular de los cánceres en niños es muy diverso, para la notificación es necesario contar con el diagnóstico según la Clasificación Internacional de enfermedades CIE-10 (22), y de acuerdo a esta se debe seleccionar

uno de los grupos que se define a continuación y que corresponde una adaptación de la Clasificación Internacional de Cáncer Infantil, ICC-3 (23). Para este documento las leucemias se dividieron en tres grupos. A continuación, se presenta de manera resumida:

- I. Leucemia Linfoide Aguda
- II. Leucemia Mieloide Aguda
- III. Otras leucemias
- IV. Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales
- V. Tumores del sistema nervioso central, intracraneales e intraespinales
- VI. Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas
- VII. Retinoblastoma,
- VIII. Tumores renales
- IX. Tumores hepáticos
- X. Tumores óseos malignos
- XI. Sarcomas de tejidos blandos y extraóseos
- XII. Tumores germinales, trofoblásticos y otros gonadales
- XIII. Tumores epiteliales malignos y melanomas
- XIV. otras neoplasias y neoplasias malignas no especificadas

1.3. Justificación para la vigilancia

La vigilancia en Cáncer en menores de 18 años desde el punto de vista de la salud pública surge al considerar las consecuencias que puede tener en términos de años de vida saludables perdidos por un diagnóstico tardío de la enfermedad. Cada caso que se somete a tratamiento e intervenciones oportunas representa una mayor supervivencia, una mayor esperanza de vida y una disminución del impacto social en los niños, sus padres y sus familias.

El país ha definido diferentes normas que obligan al proceso de notificación y vigilancia del evento desde la probabilidad del caso y con ello la generación de alertas tempranas (riesgos para la garantía de la atención integral, pertinente, oportuna y de calidad).

En Colombia la vigilancia en salud pública del cáncer en menores de 18 años está sustentada por un marco normativo que busca reducir la mortalidad por esta causa y que involucran un gran número de actores sectoriales e intersectoriales en el manejo integral de los niños, hacen parte de esta normatividad:

- La Ley 1388 del 26 de mayo de 2010 “Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia”, busca disminuir la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años a través de la garantía de la atención (12).
- El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021, adoptado mediante resolución 1383 del 02 de mayo de 2013, orienta las intervenciones para el control integral del cáncer en el país (7).
- El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, adoptado mediante resolución 1841 del 28 de mayo de 2013, establece como una de las metas de la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles: “aumentar para el año 2021 la supervivencia de los menores de 18 años con Leucemias agudas pediátricas en el país, a partir de la línea de base que se defina en el 2014” (24).

- La resolución 2590 de 2012 (13), por la cual la Superintendencia Nacional de Salud se obliga a realizar la inspección, vigilancia y control de las alertas tempranas, acciones, procesos y resultados que desarrollen los diferentes integrantes del Sistema Integrado en Red para el monitoreo, seguimiento y control de la atención de los menores de 18 años y, actuará de acuerdo con sus competencias, para hacer cumplir la atención de los menores con cáncer.

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento

Generar información continua del comportamiento de la notificación del evento cáncer en menores de 18 años a nivel municipal, departamental o distrital y nacional, descripción especialmente de aquella relacionada con la oportunidad en el proceso de atención, que permita identificar debilidades en el mismo y orientar la toma de decisiones en busca de garantizar atención integral e incidir en la reducción de la mortalidad evitable de las personas menores de 18 años con cáncer.

2. Objetivos de la vigilancia del evento

- ▼
- Establecer las características epidemiológicas del cáncer en menores de 18 años según variables de interés para su vigilancia en el territorio nacional
- Generar alertas tempranas a través de las variables de clasificación del caso y fechas de inicio de tratamiento con el fin de garantizar la atención integral de manera oportuna.

3. Definiciones operativas de caso

Tabla 1. Definiciones operativas de casos de cáncer en personas menores de 18 años, Colombia.

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso probable de cáncer en personas menores de 18 años	Toda persona menor de 18 años de edad que de acuerdo a los hallazgos de historia clínica y examen físico, así como los resultados de pruebas de laboratorio (hemograma, frotis de sangre periférica o marcadores tumorales en sangre) e imágenes diagnósticas, (RX, TAC, RMN, Gammagrafía ósea), sugieran al médico tratante la probabilidad de cáncer. Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste.
Caso confirmado de cáncer en personas menores de 18 años	Toda persona menor de 18 años de edad con diagnóstico confirmado de neoplasia maligna o cualquier tumor del sistema nervioso central o intraespinales (maligno y no maligno). Se incluyen además casos compatibles con lo anteriormente definido, identificados a través de certificado de defunción. Se utilizará como diagnóstico de neoplasia maligna, el dado por el reporte mielograma y/o histopatología, y/o inmunotipificación (inmunoquímica o citometría de flujo), con el cual se toma la decisión de dar tratamiento específico. También podrá utilizarse para el diagnóstico tumoral, evidencia indirecta del compromiso en muestras citológicas de líquidos corporales. En el caso de no haberse tomado muestra de patología o de no existir reporte patológico, se tomará el diagnóstico clínico dado por el grupo médico de hematología/oncología que iniciará el tratamiento. En el diagnóstico clínico se tomará lo que a criterio del grupo tratante se considera como el más probable diagnóstico, teniendo en cuenta toda la evidencia disponible incluyendo laboratorios e imágenes.
Recaída	Se define como el retorno de la enfermedad en una persona que había estado previamente en remisión completa. Se realizará notificación únicamente de las recaídas diagnosticadas por el grupo médico de hematología/oncología tratante.
Segunda neoplasia	Se considera segunda neoplasia, aquella que aparezca en personas que han sido tratadas previamente por un tumor primario diferente al actual, teniendo en cuenta que el segundo tumor debe ser asincrónico. (No hacen parte de este grupo metástasis del tumor primario)

Las definiciones son el resultado del trabajo realizado con expertos de la universidad del Valle y la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica.

4. Fuentes de datos

4.1. Definición de las Fuentes

La vigilancia en salud pública del cáncer en menores de 18 años se realiza mediante vigilancia regular: Identificación rutinaria de casos probables o confirmados del evento en Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de diferentes niveles de complejidad.

- Notificación individual de casos con diagnóstico probable y confirmado de cáncer en menores de 18 años (incluye recaídas y segundos tumores) a través del Sivigila. La notificación se debe realizar con periodicidad semanal mediante la ficha de notificación individual “cáncer en menores de 18 años”, código INS 115.

- Búsqueda de casos en fuentes secundarias (RIPS – RUAF) para su posterior notificación al Sivigila.

- Las UPGD deben realizar Búsqueda Activa Institucional (BAI) de los códigos CIE-10 de diagnósticos de cáncer en menores de 18 años y de los diagnósticos diferenciales para leucemias linfocítica y mielocítica aguda: Anemias aplásicas (D60 a D64), Síndrome mielodisplásico (D46) y Púrpuras (D69).

La BAI es para uso interno de las UPGD y de las unidades notificadoras municipales y departamentales o distritales; para garantizar la notificación del 100 % de los casos al Sivigila, tendrá como fuente el aplicativo SIANIEPS del software Sivigila o los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y registros institucionales de laboratorio y patología.

4.2. Periodicidad del reporte

Se debe realizar notificación semanal de casos probables y confirmados de cáncer en menores de 18 años (incluye recaídas y segundos tumores).

Tabla 2. Periodicidad y responsabilidades en la notificación de casos de cáncer en menores de 18 años. Colombia.

Notificaciones	Responsabilidad
Semanal	Las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) deben realizar notificación semanal del 100 % de los casos probables o confirmados de cáncer, así como las recaídas y segundos tumores en menores de 18 años al Sivigila, garantizando la calidad del dato.
	Las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) deben revisar la notificación de las UPGD de su territorio, (verificando la calidad del dato) consolidar los datos y realizar notificación a las Unidades Notificadoras Departamentales.
	Las Unidades Notificadoras Departamentales (UND) deben revisar la notificación de los municipios o localidades de su territorio (verificando la calidad del dato), consolidar los datos y realizar notificación al Instituto Nacional de Salud.
Ajustes de los casos	El Instituto Nacional de Salud (INS) brindará apoyo técnico a las entidades territoriales en el desarrollo del proceso de notificación, realizará verificación y depuración de los datos notificados al Sivigila y realizará realimentación de información a las entidades territoriales departamentales y distritales y a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).
	Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio EAPB revisarán la notificación de su red de prestación de servicios, verificando la calidad del dato y garantizando la notificación del 100 % de los casos probables y confirmados de cáncer, recaídas y segundos tumores por cáncer en menores de 18 años.
	Las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) deben realizar ajuste de la clasificación final de los casos dentro de las cuatro semanas siguientes a la notificación y deben realizar otros ajustes inherentes a la calidad de la información necesarios para mantener actualizadas sus bases de datos, como por ejemplo; ajuste en la condición final, fecha de confirmación del diagnóstico, relación de variables como: confirmación vs. criterio definitivo; recaída y segunda neoplasia vs. fecha del primer diagnóstico o ajustes de casos con inconsistencias solicitados por las EAPB a través de la mesa de ayuda del Sivigila.
	Las Unidades Notificadoras Departamentales, Distritales y Municipales deben verificar que las UPGD realicen los ajustes necesarios a los casos notificados para mantener actualizadas las bases de datos del evento y garantizar la calidad y el flujo continuo de la información, según los estándares establecidos por Sivigila

Flujo de la información del evento



El flujo de la información para la notificación de datos relacionados con el evento, podrá ser consultado en el manual del usuario, aplicativo SIVIGILA a través del portal web del INS. Avalado por la dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública.

4.3. Flujo de información

El flujo de la información se genera desde la UPGD hacia el municipio, del municipio al nivel departamental/distrital y de este hasta los niveles nacional e internacional. Desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores. Las aseguradoras realizarán ajuste en la notificación de cada caso en las variables que aluden a la de confirmación e inicio de tratamiento y seguimiento a la alerta temprana.

4.4. Responsabilidades por niveles

Ministerio de salud y Protección Social (MSPS)

- Dirigir el Sistema de Vigilancia en Salud Pública para el monitoreo, seguimiento y control del Cáncer en menores de 18 años.
- Definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del evento.
- Coordinar la participación activa de las organizaciones del sector salud y de otros sectores del ámbito nacional, en el desarrollo del evento.

- El Instituto Nacional de Salud, a través de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, es responsable de emitir los lineamientos técnicos para la vigilancia en salud pública del cáncer en menores de 18 años.
- Analizar la información producto de la vigilancia y publicar informes del comportamiento de los casos de cáncer en menores de 18 años de forma periódica.
- Realizar asesoría y asistencia técnica en las Entidades Territoriales de orden departamental o distrital, para fortalecer el proceso de vigilancia en salud pública del cáncer en menores de 18 años.
- Participar en espacios de discusión y análisis de la vigilancia en salud pública del cáncer en menores de 18 años en los niveles regional, nacional e internacional.

Entidades administradoras de planes de beneficios

- Garantizar la prestación oportuna e integral de servicios de salud a los menores de 18 años con cáncer afiliados a su entidad, de conformidad con la normatividad vigente.
- Divulgar e implementar en su red de prestadores de servicios de salud el protocolo de vigilancia en salud pública de cáncer en menores de 18 años y los lineamientos para la prevención, vigilancia y control en salud pública.
- Verificar la notificación semanal de los casos de cáncer en menores de 18 años afiliados a su entidad y realizar el ajuste pertinente.
- Identificar casos con inoportunidad en el proceso de atención y realizar la gestión necesaria para garantizar la atención integral.
- Realizar seguimiento individual a los casos de cáncer en menores de 18 años afiliados a su entidad.
- Dar respuesta de manera oportuna a las solicitudes de información realizadas por el MSPS y

INS, en el marco del seguimiento a los menores de 18 años con cáncer.

- Solucionar oportunamente las alertas tempranas (riesgos para la garantía de la atención integral, pertinente, oportuna y de calidad) relacionadas con casos afiliados a su entidad. Realizar los ajustes pertinentes en Sivigila.
- Realizar análisis de la información producto de la vigilancia en salud pública del evento en su red de prestación de servicios y en su entidad a nivel local, regional y nacional.
- Participar en los espacios de análisis de información producto de la vigilancia en salud pública del evento, convocados a nivel local, departamental, distrital o nacional.
- Dar cumplimiento a las actividades de su competencia formuladas en los planes de mejoramiento producto del análisis de casos identificados con inoportunidad en el proceso de atención o en las unidades de análisis de mortalidad que hayan priorizado.

Entidades territoriales de orden distrital, departamental y municipal

- Recibir, revisar y consolidar la notificación semanal de casos de cáncer en menores de 18 años, de los municipios de su territorio o de las UPGD de su territorio.
- Realizar validación de la calidad del dato y depuración de los casos notificados.
- Notificar semanalmente los casos probables y confirmados de cáncer en menores de 18 años.
- Realizar monitoreo, seguimiento y control de la garantía de la calidad de la atención de los menores de 18 años con cáncer, de acuerdo con lo definido en la normatividad vigente. (Seguimiento individual de los casos notificados en su territorio, identificar casos con inoportunidad en el proceso de atención y realizar las acciones de su competencia para garantizar la atención integral de los menores de 18 años con cáncer).



- Realizar asesorías y asistencias técnicas para el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública del evento.
- Realimentar periódicamente los hallazgos del proceso de validación y depuración de datos y análisis de los resultados de la vigilancia en salud pública del evento.
- Realizar análisis de la información producto de la vigilancia en salud pública del evento en su territorio. Enviar de forma semestral infografía del evento al INS.
- Convocar, participar y divulgar los resultados de la vigilancia en salud pública del evento en los espacios de análisis a nivel local, departamental, distrital nacional.

Unidades primarias generadoras de datos (UPGD-UI)

- Identificar casos probables y confirmados de cáncer en menores de 18 años (incluidas recaídas, segundos tumores y muertes).
- Diligenciar la ficha única de notificación individual del evento cáncer en menores de 18 años (código INS 115).
- Realizar depuración y validación de la calidad del dato de los casos identificados.
- Notificar semanalmente los casos probables y confirmados de cáncer en menores de 18 años a la UNM a través de las herramientas definidas para tal fin.
- Realizar ajustes en la clasificación inicial de los casos que lo requieran dentro de las cuatro semanas siguientes a la notificación y realizar otros ajustes requeridos para actualizar la información de los casos notificados.

Por ejemplo, la condición final de la persona, fecha de confirmación del diagnóstico, concordancia de variables entre otros.

- Realizar análisis de la información producto

- Participar y divulgar los resultados de la vigilancia en salud pública del evento en los espacios de análisis convocados a nivel local.

Las demás establecidas en el Decreto 780 del 2016.

5. Recolección y procesamiento de los datos

Las UPGD, caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal (en los formatos y estructura establecidos) la presencia del evento, de acuerdo con las definiciones de caso contenidas en el protocolo. Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Salud y Protección Social.

Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

Procedimiento de ajuste

Las UPGD, EAPB, secretarías departamentales y distritales e INS realizarán ajuste a los casos de acuerdo a sus responsabilidades, en un periodo no mayor a cuatro semanas.

Los casos que ingresan como probable, y se mantiene por más del periodo establecido sin ajustar, registran un riesgo en la accesibilidad a los servicios de salud en los menores de 18 años con cáncer.

Los ajustes para el evento son: 0=No aplica, No ajusta, 1a vez; 3=confirmado por laboratorio; 6= descartado; 7= otro ajuste y D=descarte por error en digitación. Consultar diccionario de datos de Sivigila. El INS realizara ajustes R= para casos repetidos como parte de la depuración nacional.

6. Análisis de la información

6.1 Plan de análisis

Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de la notificación semanal al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de casos de cáncer en menores de 18 años en el país, a través de la ficha de notificación con código 115.

El proceso de depuración de las bases de datos incluye ajustes manuales especialmente en casos repetidos, que por las características del evento es frecuente encontrar casos notificados por diferentes UPGD; generalmente la primera de ellas establece la presunción diagnóstica y la siguiente realiza la confirmación del diagnóstico, o después de la confirmación del diagnóstico se remite nuevamente a la persona para el inicio del tratamiento en una institución diferente donde se repite el proceso de diagnóstico y se realiza nuevamente notificación del caso.

Por este motivo, la información de los casos duplicados se analiza de forma individual con el objetivo de reconstruir la ruta de atención.

La determinación sobre qué caso eliminar se basa en:

- Estado de los ajustes: dar prioridad en la conservación del caso con ajuste 3
- Mantener el caso que refleje ruta de atención completa, ingreso inicial 2 “probable” y ajuste 3 “confirmado”
- Ajustar fechas de consulta, fechas de pruebas de diagnóstico probable, fechas de diagnóstico confirmatorio y fechas de inicio de tratamiento, con las fechas más antiguas. El ajuste realizado para retroalimentación es “R”.
- Verificar duplicidades con años anteriores (en especial en cambio de año), lo anterior, teniendo en cuenta que para el cálculo de incidencias solo se tendrán en cuenta casos nuevos.

Relación de las variables de “confirmación de caso 3” vs. criterio diagnóstico de confirmación. Se deberán validar que los casos confirmados

cuenten con el registro de la variable de criterio diagnóstico de confirmación.

Relación de diligenciamiento de criterio de diagnóstico de confirmación vs. clasificación del caso: Verificar casos que tienen diligenciado el criterio de diagnóstico confirmado, pero aún siguen clasificados como probables, deben dar prioridad al ajuste 3.

Relación de casos registrados como recaídas y segundas neoplasias vs. fecha diagnóstico de primera vez la cual no puede ser inferior a 6 meses, ceñirse a la definición de recaída. Las instituciones deberán verificar el diligenciamiento correcto del tipo de cáncer con base en registros anteriores. (Ejemplo: si se describe segunda neoplasia, no puede ser igual el tipo de cáncer que se haya registrado en una notificación anterior)

A partir de la base depurada, se realiza el análisis de la información producto de la vigilancia epidemiológica del evento cáncer en menores de 18 años con los casos confirmados mediante estadística descriptiva, con el uso de medidas de incidencias y frecuencia del comportamiento de la notificación por definición de caso, variables sociodemográficas y clínicas (tipo de tumor), calculando frecuencias absolutas y relativas expresadas en proporciones y comportamientos inusuales (las entidades territoriales deberán hacerlo para los municipios).

Se calculan los indicadores definidos en este protocolo. Solo se realizará unidades de análisis de muertes por cáncer en menores de 18 años a los casos que la entidad territorial priorice y la fuente para análisis de mortalidad del evento es estadística vital.

6.2 Indicadores

Con base en los datos obtenidos a través de la ficha de notificación del SIVIGILA, se realiza el cálculo de los siguientes indicadores:

Indicadores de vigilancia y análisis del riesgo en salud:

Tasa de incidencia de leucemias en menores de 15 años

Nombre del indicador	Tasa de incidencia de leucemias en menores de 15 años
Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	Numerador: número de personas menores de 15 años de edad con diagnóstico confirmado de leucemia. (casos nuevos y confirmados) Denominador: población menor de 15 años – proyecciones DANE
Interpretación del resultado	Comparar con dato nacional y otras fuentes para el país. (Informe de Instituto nacional de Cancerología 2011: Incidencia 8,7)
Factor de conversión	100 000
Objetivo	Identificarla tendencia del evento en personas menores de 15 años en Colombia.
Utilidad	Disponer de información relacionada con el comportamiento epidemiológico del cáncer más frecuente: leucemias en personas menores de 15 años en Colombia.
Periodicidad	Semestral
Nivel de desagregación	Nacional - departamental - municipal
Meta	No aplica
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila Proyecciones de población DANE

Tasa de incidencia de cáncer en menores de 18 años

Nombre del indicador	Tasa de incidencia de cáncer en menores de 18 años
Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	Numerador: número de personas menores de 18 años de edad con diagnóstico confirmado de cáncer.(casos nuevos y confirmados) Denominador: población menor de 18 años – proyecciones DANE
Interpretación del resultado	Comparar con dato nacional de otras fuentes
Factor de conversión	100 000
Objetivo	Identificarla tendencia del evento en personas menores de 18 años en Colombia.
Utilidad	Disponer de información relacionada con el comportamiento epidemiológico del cáncer en personas menores de 18 años en Colombia.
Periodicidad	Semestral
Nivel de desagregación	Nacional - departamental - municipal
Meta	No aplica
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila Proyecciones de población DANE

Tasa de mortalidad por cáncer en menores de 18 años

Nombre del indicador	Resultado
Tipo de Indicador	Impacto
Definición operacional	Numerador: número muertes por cáncer en personas menores de 18 años. Denominador: población menor de 18 años. Factor de conversión: 100 000
Interpretación del resultado	Comparar con dato nacional de otras fuentes
Factor de conversión	100 000
Objetivo	Identificar el impacto de cáncer en menores de 18 años en Colombia de acuerdo a la tendencia de la mortalidad.
Utilidad	Disponer de información relacionada con la mortalidad por cáncer en personas menores de 18 años en Colombia y su impacto en la población de interés.
Periodicidad	Anual
Nivel de desagregación	Nacional – Departamental - Municipal
Meta	No aplica
Fuente de información	RUAF módulo de Nacimientos y Defunciones RUAF-ND

Indicadores de análisis del riesgo en salud y seguimiento alerta temprana

Oportunidad en la presunción diagnóstica (diagnóstico probable)

Nombre del indicador	Oportunidad en la presunción diagnóstica (diagnóstico probable)
Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	Diferencia en días entre la fecha de resultado de pruebas de laboratorio (hemograma, frotis de sangre periférica o marcadores tumorales) imágenes diagnósticas (rayos X, TAC, resonancia magnética, gammagrafía ósea) o clínica sin otra ayuda diagnóstica, que sugieran al médico tratante la probabilidad de cáncer y la fecha de consulta.
Interpretación	Cumplimiento de oportunidad: Alta ≤ 2 días; Media 3-10 días Baja ≥ 11 días
Objetivo	Establecer la oportunidad en la presunción del diagnóstico de los menores de 18 años con signos y síntomas que sugieran la presencia de cáncer.
Utilidad	Identificar alertas tempranas para la garantía de la atención integral de los menores de 18 años con cáncer.
Periodicidad	Semestral
Nivel de desagregación	Nacional - departamental - municipal
Meta	Inferior a días
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila

Oportunidad en la confirmación diagnóstica

Nombre del indicador	Oportunidad en la confirmación diagnóstica
Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	<p>Diferencia en días entre la fecha de resultado de pruebas confirmatorias (reporte mielograma y/o histopatología, y/o inmunotipificación (inmunohistoquímica o citometría de flujo), evidencia indirecta del compromiso en muestras citológicas de líquidos corporales) y la fecha de resultado de la prueba diagnóstica que sugiere al médico la probabilidad de cáncer (pruebas de laboratorio, imágenes diagnósticas o fecha de presunción del diagnóstico por clínica).</p> <p>En el caso de no haberse tomado muestra de patología o de no existir reporte patológico, se tomará como resultado de prueba confirmatoria la fecha de diagnóstico clínico dado por el grupo médico de hematología/oncología que iniciará el tratamiento teniendo en cuenta toda la evidencia disponible incluyendo laboratorios e imágenes diagnósticas o como última opción, en caso de no existir información suficiente, se utilizará la fecha consignada en el certificado de defunción.</p>
Interpretación	<p>Cumplimiento de oportunidad:</p> <p>Alta ≤ 8 días</p> <p>Media 9-15 días</p> <p>Baja ≥ 16 días.</p>
Objetivo	Establecer la oportunidad en la confirmación del diagnóstico de los menores de 18 años con cáncer.
Utilidad	Identificar alertas tempranas para la garantía de la atención integral de los menores de 18 años con cáncer.
Periodicidad	Semestral
Nivel de desagregación	Nacional - departamental - municipal
Meta	Inferior a 8 días
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila

Oportunidad en el inicio de tratamiento

Nombre del indicador	Oportunidad en el inicio de tratamiento
Tipo de Indicador	Resultado
Definición operacional	Diferencia en días entre la fecha de inicio de tratamiento y el resultado de pruebas confirmatorias o la fecha de diagnóstico clínico dado por el grupo médico de hematología/oncología que iniciará el tratamiento teniendo en cuenta toda la evidencia disponible incluyendo laboratorios e imágenes diagnósticas o como última opción, en caso de no existir información suficiente, se utilizará la fecha consignada en el certificado de defunción.
Interpretación	<p>Cumplimiento de oportunidad:</p> <p>Alta ≤ 2 días</p> <p>Media 3-4 días</p> <p>Baja ≥ 5 días</p>
Objetivo	Establecer la oportunidad en el inicio de tratamiento del cáncer en menores de 18 años.
Utilidad	Identificar alertas tempranas para la garantía de la atención integral de los menores de 18 años con cáncer.
Periodicidad	Semestral
Nivel de desagregación	Nacional - departamental - municipal
Meta	Inferior a 2 días
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila

Indicadores de gestión y seguimiento

Proporción de casos registrados inadecuadamente

Nombre del indicador	Proporción de casos registrados inadecuadamente
Tipo de Indicador	Gestión
Definición operacional	Numerador: número registros con diligenciamiento inadecuado Denominador: Total de casos notificados
Factor de conversión	100
Interpretación	Evidencia la calidad en el diligenciamiento de las variables del evento y el cumplimiento en las definiciones establecidas para el evento.
Objetivo	Establecer la interpretación y uso adecuado de la vigilancia del evento, especialmente en la relación de las variables definidas en el plan de análisis
Utilidad	Implementar acciones de seguimiento desde la calidad de la información al verificar fecha de confirmación del diagnóstico, relación de variables como confirmación vs. Criterio definitivo; recaída y segunda neoplasia vs. fecha del primer diagnóstico. Verificación de recaída y segunda neoplasia con años anteriores con respecto a si es o no el mismo tipo de cáncer
Periodicidad	Semestral
Nivel de desagregación	Nacional - departamental - municipal
Meta	Menor al 1 % de los casos diligenciado inadecuadamente
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila.

Proporción de casos que permanecen como probables

Nombre del indicador	Proporción de casos que permanecen como probables
Tipo de Indicador	Gestión
Definición operacional	Numerador: número registros notificados como probables y que no se confirmaron o descartaron (ajuste 3, 6 o D) Denominador: Total de casos notificados
Factor de conversión	100
Interpretación	Evidencia las acciones realizadas por las EAPB, IPS y la entidad territorial en la oportunidad del diagnóstico.
Objetivo	Fortalecer las acciones de oportunidad en el diagnóstico de los casos
Utilidad	Implementar acciones de seguimiento y verificación constante frente a la atención y remisión de los casos que se presumió un diagnóstico de cáncer
Periodicidad	Semestral
Nivel de desagregación	Nacional - departamental - municipal
Meta	Inferior al 1 % de los casos permanecen probables un periodo después de su notificación
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila.

7. Orientación de la acción

7.1. Acciones individuales

Las acciones están orientadas a garantizar el fortalecimiento de la notificación y la atención integral de los casos notificados al Sivigila, los cuales son responsabilidad de las EAPB, las direcciones municipales, departamentales o distritales de salud y de las IPS involucradas en el proceso de atención de las personas menores de 18 años con cáncer:

- Para orientar el diagnóstico se recomienda seguir las indicaciones del módulo de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI): Diagnóstico Temprano del Cáncer en la Niñez de la Organización Panamericana de la Salud (28).
- El tratamiento de los casos puede orientarse de acuerdo a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia, desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social según los criterios aceptados por la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica.
- Inmediatamente notificados los casos al Sivigila las direcciones municipales, departamentales o distritales de Salud, en trabajo integrado de las diferentes áreas con competencias en la garantía de la atención en salud y la EAPB responsable de la atención de cada caso, deben:
 - A partir de los indicadores de oportunidad calculados con la información del Sivigila y del seguimiento individual de casos, identificar (en aquellos que presenten inoportunidad en el proceso de atención) las barreras que impiden o dificultan el acceso a los servicios de salud y realizar la gestión necesaria dentro de las competencias de cada institución de acuerdo con la normatividad vigente para garantizar la atención integral del cáncer.

7.2. Acciones colectivas

Elaborar informes técnicos del comportamiento de la vigilancia en salud pública del evento y divulgarlos en las sesiones del Consejo Departamental Asesor de Cáncer Infantil y en los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE) departamentales o distritales, con el objetivo de aportar información necesaria para apoyar la toma de decisiones que permitan la mejora continua de la vigilancia y atención de los menores de 18 años con cáncer.

Las direcciones municipales y departamentales o distritales deben implementar acciones de Información, educación y comunicación, tendientes a dar cumplimiento a lo establecido en el decreto 780 de 2006; “Divulgación de resultados. Todos los responsables del Sistema de Vigilancia en Salud Pública que desarrollen procesos de análisis de información de salud pública, deberán divulgar los resultados de la vigilancia en el ámbito de influencia de cada entidad, con el propósito de orientar las acciones que correspondan frente a la salud colectiva, en la forma y periodicidad que establezca el Ministerio de la Protección Social, adaptando la información para su difusión, de acuerdo al medio de divulgación, tipo de población y usuarios a los que se dirige”.

7.3 Acciones de laboratorio

De acuerdo con la notificación de los grupos de leucemias, el área de hematología en el laboratorio clínico, desde primer nivel de atención, ha avanzado a una práctica automatizada de la biometría hemática para obtener resultados en un informe numérico y gráfico (histogramas o dispersogramas), los cuales incluyen una serie de mensajes de sospecha o confirmación, que permiten al analista con una correcta interpretación orientar a una patología hematológica, corroborada por el frotis de sangre periférica. La confirmación se llevará a cabo mediante la cuantificación de blastos en médula ósea mediante aspirado o biopsia.

Para el caso de los cánceres diferentes de leucemia se dispone (dependiendo del tipo de neoplasia) de marcadores tumorales para determinar un diagnóstico probable, y de estudio patológico para determinar el diagnóstico definitivo.

Los laboratorios caracterizados como Unidades Informadoras, realizan la notificación de los casos compatibles con el diagnóstico del evento, los cuales se deberán verificar por las EAPB, municipios y entidad territorial con el fin de garantizar la notificación completa a través de la ficha 115 del Sivigila, ya sea por el prestador o por la EAPB.

8. Comunicación del riesgo

La ocurrencia de un evento de interés en salud pública puede ocasionar daño a una población vulnerable; de ahí la importancia de contar con herramientas como la comunicación del riesgo a través de diferentes estrategias comunicativas, que generen conciencia en la población con riesgos en Salud Pública o con vulnerabilidades.

De esta manera se busca que a través de la comunicación efectiva sobre las enfermedades, lesiones o muertes asociadas a la misma se contrarreste el efecto de los rumores y la desinformación que pudieran perturbar y/o confundir a la población.

La comunicación franca de los riesgos facilita el diálogo de los actores del sistema de salud: pacientes, organismos públicos y privados encargados de gestionar el riesgo, equipos de salud, comunidad científica y medios de comunicación. Además, el empoderamiento en el tema genera una cultura de prevención y cuidados de la salud frente a las emergencias de salud pública.

9. Referencias bibliográficas

1. Siegel R, Cokkinides V, Jemal A. American Cancer Society. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2012-2014. Atlanta: Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2012. 40 p
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer Fecha de consulta: 30 de agosto de 2018. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
3. Parkin D, Krámarová E, Draper G, Masuyer E, Michaelis J, Neglia, J, et al. International Incidence Of Childhood Cancer. IARC Scientific Publications 144. Lyon: International Agency For Research On Cancer/World Health Organization. 1998 (2) Disponible en: <https://doi.org/10.1002/iic.2910420408>
4. Moral J, Martínez J. Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. Psicología y Salud. Universidad Veracruzana. 2009: 19 (2): 189-196
5. Santo EARE, Gaíva MAM, Espinosa MM, Barbosa DA, Belasco AGS. Cuidando del niño con cáncer: evaluación de la sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mayo-jun. 2011;19(3):[09 pantallas]. Fecha consulta 20 abril de 2018. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_10.pdf
6. Ibáñez E, Baquero A. Beneficio del apoyo psicosocial a la calidad de vida de niños y niñas enfermos de cáncer: una revisión sistemática cualitativa. Fecha consulta: Abril 10 de 2018. Disponible en: http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen_4/beneficio_apoyo_psicosocial_calidad_vida_ninos_ninas_enfermos_cancer.pdf
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021. Bogotá. 2012
8. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries L, Moreno F, Dolya A, Bray F, et al. International incidence of childhood cancer, 2001–10: a population-based registry study. Colaborador IICC-3. Lancet 2017;18: 719-731. Disponible en: <http://iicc.iarc.fr/>
9. Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer. Día Internacional del Cáncer Infantil. Febrero 18 de 2018. Fecha consulta: 19 de abril de 2018. Disponible en: <http://www.internationalchildhoodcancerday.org/>
10. Agencia Internacional para la investigación de Cáncer. Organización Panamericana de la Salud. Incidencia Internacional en Cáncer en niños III Volumen. Tablas 00_All-neoplasms. Fecha consulta 19 de abril de 2018. Disponible en: <http://iicc.iarc.fr/results/>
11. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá. D.C. 2015. Primera edición (1). 148p
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1388 de 2010. Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. Colombia 26 de mayo de 2010
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2590 de 2012. Por la cual se constituye el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y el Número Único Nacional para los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010. Colombia. 31 de agosto de 2012.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4496 de 2012. Por la cual se organiza el Sistema Nacional de Información en Cáncer y se crea el Observatorio Nacional de Cáncer. Colombia 28 de diciembre de 2012.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4504 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con las Unidades de Atención de Cáncer Infantil, UACAI Colombia 28 de diciembre de 2012.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1419 de 2013. Por la cual se establecen los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, los lineamientos para su monitoreo y evaluación y se dictan otras disposiciones. Colombia 6 de mayo de 2013

17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1440 de 2013. Por la cual se establece las condiciones bajo las cuales los hogares de paso brindarán la atención como servicio de apoyo social para los menores de 18 años con presunción diagnóstica o diagnóstico de cáncer. Colombia 6 de mayo de 2013
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1442 de 2013. Por adopta las Guías de Práctica Clínica para el manejo de las Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, cáncer de mama, cáncer de colon y recto, cáncer de próstata y se dictan otras disposiciones. Colombia 6 de mayo de 2013
19. Whitehead TP, Metayer C, Wiemels JL, Singer AW, Miller MD. Childhood Leukemia and Primary Prevention. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2016;46(10):317-52.
20. Marino LB, Levy SM. Primary and secondary prevention of cancer in children and adolescents: Current status and issues. *Pediatr Clin North Am* [Internet]. 1986;33(4):975-93. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0031-3955\(16\)36084-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0031-3955(16)36084-9)
21. Dang-Tan T, Franco E, Diagnosis Delays in Childhood Cancer. American Cancer Society. *Cancer*. 2007; 110(4)
22. Centers T, Services M, Statistics H, Government F, Services H, Classification I, et al. ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting FY 2015. 2015;2017:1-114.
23. Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International classification of childhood cancer, third edition. *Cancer*. 2005;103(7):1457-67
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021-Bogotá. 2013

10. Control de revisiones



VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
				Publicación del protocolo de vigilancia	

REVISÓ	APROBÓ
Óscar Eduardo Pacheco García	Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Subdirector de Prevención, Vigilancia y Control en Salud pública	Director de Vigilancia y Análisis de Riesgos en Salud Pública

11. Anexos



No aplica