

ses desarrollados los programas de tamización con citología han conducido a una reducción significativa en la incidencia de cáncer cervical, resultado no observado en países en desarrollo como Colombia, donde los programas de tamización basados en citología han sido menos exitosos. Las nuevas tecnologías para la prevención del cáncer de cuello uterino como la vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) o las nuevas estrategias de tamización como las pruebas de ADN VPH son prometedoras, pero costosas y dada la limitada disponibilidad de recursos en países en desarrollo como el nuestro, los tomadores de decisiones requieren estimar la efectividad y los costos de las diferentes alternativas para la prevención de esta enfermedad, con el objetivo de determinar cuál de las diferentes estrategias ofrece la mejor relación costo-efectividad.

**Objetivo:** Evaluar la relación costo-efectividad de estrategias de prevención primaria (vacunación) y secundaria (tamización) para la prevención del cáncer de cuello uterino en Colombia.

**Materiales y métodos:** Un modelo de Markov de la historia natural del cáncer de cuello uterino fue desarrollado para evaluar las siguientes estrategias: no tamización, tamización (citología convencional, citología en base líquida, pruebas ADN VPH, pruebas rápidas de ADN VPH y vía vili), vacunación (en mujeres de 12 años) sin tamización y tamización + vacunación. Las estrategias se evaluaron solas o combinadas para un total de 32 estrategias. Los años de vida ganados (AVG) fueron usados como medida de efectividad. El estudio tuvo la perspectiva del tercer pagador, solo se incluyeron costos directos. Se calcularon razones de costo-efectividad y costo-efectividad incremental, se condujeron análisis de sensibilidad determinísticos y probabilísticos. Se aplicó tasa de descuento del 3% a los costos y resultados en salud.

**Resultados:** Las estrategias que quedaron sobre la frontera eficiente fueron: la vacunación, la vacunación más las pruebas rápidas de ADN VPH cada 10 años desde los 35-50 años en un escenario de ver y tratar, la vacunación más la prueba de ADN VPH (con vía vili como prueba de triage) cada 3 años desde los 30-69 años, la vacunación más la prueba de ADN-VPH (sin triage) cada 3 años desde los 30-69 años, la vacunación más la citología en base líquida en el esquema 1-1-1-3 desde 25-69 años. El costo por año de vida ganado para las estrategias arriba mencionadas fue de \$US 1.288, \$US 6.447, \$US 8.875, \$US 14.186 y \$US 94.503, respectivamente. El análisis probabilístico mostró que para umbrales de disponibilidad a pagar superiores a \$US 13.000 la tamización con prueba de ADN-VPH cada 3 años más vacunación sería costo-efectiva si se usa como umbral 3 veces el PIB-per cápita de Colombia (\$US7.104), como recomienda la OMS.

**Conclusiones:** La tamización con prueba ADN-VPH cada 3 años más vacunación en mujeres de 12 años sería una alternativa costo-efectiva para Colombia.

## ESTUDIO DE COSTO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON Y RECTO EN COLOMBIA

Erika León, Óscar Gamboa, Teófilo Lozano, Carlos Gamboa, Milena Gil, Juan Fuentes

**Grupo o dependencia:** Unidad de Análisis.

[leoneri@hotmail.com](mailto:leoneri@hotmail.com)

**Introducción:** El cáncer de colon y recto ocupó el sexto lugar en incidencia y el cuarto lugar en mortalidad por cáncer en la población colombiana. Las tasas ajustadas de mortalidad por edad para hombres y mujeres fueron de 5,4 y 5,5 por 100.000 personas año respectivamente, con una tendencia significativa al aumento. El manejo oncológico involucra procesos quirúrgicos, hormonales,

quimioterapia, radioterapia, rehabilitación y cuidado paliativo, lo cual hace que dada su complejidad tenga un importante peso en costos médicos directos para el sistema de salud colombiano. Debido al aumento en la incidencia, sumado al aumento de los costos asociados al tratamiento de la enfermedad, hace necesaria la estimación del costo de enfermedad para poder determinar la carga económica del cáncer colorrectal en Colombia.

**Objetivo:** Estimar el costo promedio del manejo de los pólipos y del cáncer de colon y recto en la población colombiana.

**Materiales y métodos:** La estimación de los costos se realizó usando la metodología de caso tipo, para la cual se identificaron, cuantificaron y valoraron los eventos generadores de costos. La identificación se realizó a través de la revisión de protocolos de manejo, la cuantificación del porcentaje de uso de los procedimientos y medicamentos se obtuvo mediante opinión de expertos de los principales centros de oncología del país. La valoración monetaria para los procedimientos se realizó usando los manuales tarifarios ISS, SOAT y la información de la base del estudio de suficiencia de la UPC. Para los medicamentos se tomó la información reportada por el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED) y la resolución 4316 de 2011. Se estimaron costos de diagnóstico inicial y de extensión, tratamiento quirúrgico, tratamiento de quimioterapia, tratamiento de radioterapia, rehabilitación y cuidado paliativo para el cáncer colorrectal en sus diferentes estadios.

**Resultados:** En cáncer de colon los estadios tempranos fueron menos costosos que los avanzados \$5.099.760,48 para el estadio I, \$17.165.865,25 para el estadio II-IIC, \$51.348.984,39 para el estadio III y \$76.418.512,88 para el estadio IV. Un comportamiento similar se observó en cáncer de recto, el costo de los estadios tempranos fue de \$4.286.715,32 y \$21.523.495,41 para los estadios I y II-IIC respectivamente y \$51.348.984,39 y \$76.418.512,88 para los estadios III y IV. Las recaídas locales y sistémicas reportaron un costo alto en el manejo de la enfermedad \$107.024.280,2 para la local y \$105.302.240 para la sistémica

**Conclusiones:** El alto costo que representan los estadios avanzados y las recaídas locales y sistémicas del cáncer de colon y recto plantea la necesidad de una detección temprana de la enfermedad que no solo beneficiará al paciente al tener un mejor pronóstico, sino también al sistema de salud al disminuir la carga económica de la enfermedad.

## INTEGRACIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUJERES SIN LESIONES CERVICALES Y PACIENTES CON LESIONES PRENEOPLÁSICAS Y NEOPLÁSICAS DE CUELLO UTERINO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ

Dabeiba Adriana García Robayo, Fabio Ancizar Aristizábal, Ignacio Briceño, Marcos Castillo, Ángel Qd

**Grupo o dependencia:** Centro de Investigaciones Odontológicas.

[adrigaro@hotmail.com](mailto:adrigaro@hotmail.com)

**Introducción:** El principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de cuello uterino (CCU) es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), principalmente virus de alto riesgo como VPH 16 y VPH 18, los genes virales E6 y E7, son capaces de inducir proliferación, inmortalización y transformación celular y su expresión es regulada negativamente por los genes E1 y E2. La integración viral en el ADN del huésped, ocurre en estos dos últimos genes virales, resultando en la sobreexpresión de E6 y E7, incrementando la persistencia viral y convirtiéndose en un evento crítico para la progresión del CCU.