



Resultados de un ensayo de registro intercontinental de primeras recaídas de leucemia linfoblástica aguda pediátrica tratadas en países de ingresos medios

»Andrea Reyes Barragán ¹

»Daniel Erdélyi ²

»Marko Kavčič ³

»Monica Makiya ⁴

»Mirella Ampatzidou ⁵

»Sophia Polychronopoulou ⁵

»Volkan Hazar ⁶

»Boryana Avramova ⁷

»Anna Mohás ²

»Koray Yalçın ⁸

»Tomaz Prelog ⁹

»Janez Jazbec ⁹

»Juan Tordecilla ¹

¹ Hospital Roberto del Río (PINDA), Santiago, Chile

² Semmelweis University, Budapest, Hungría

³ University Medical Centre, Liubliana, Eslovenia

⁴ Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

⁵ Aghia Sophia Children's Hospital, Atenas, Grecia

⁶ Memorial Health Group Medstar Yildiz Hospital, Antalya, Turquía

⁷ University Hospital "Tsaritsa Johanna-ISUL", Sofia, Bulgaria

⁸ Bahcesehir University Medical Park Göztepe Hospital, Estambul, Turquía

⁹ Liubliana University Medical Centre, Liubliana, Eslovenia

Resumen

Antecedentes y Objetivos

Los resultados de los pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda (LLA) tratados en países de ingresos medios, han mejorado durante los últimos años. No obstante, alrededor del 20 % de los casos recaen con tasas de sobrevida que no alcanzan las metas deseadas. Una de las dificultades encontradas para analizar estos resultados, fue la heterogeneidad en los tratamientos administrados. El objetivo

de este estudio es establecer un marco de tratamiento unificado para los niños con LLA en primera recaída, y crear un registro que permitiera determinar resultados en términos de sobrevida global y libre de eventos.

Métodos

Los pacientes se estratificaron como riesgo estándar (RE) o alto riesgo (AR) según el sitio de recaída (medular, extramedular o combinada), inmunofenotipo (T o B), tiempo (muy precoz, precoz, tardía), y perfil genético. Se adaptó el

* Autor para correspondencia: Andrea Reyes Barragán
Correo electrónico: anreba@gmail.com

protocolo IntReALL 2010 a países de ingresos medios. Todos los pacientes AR y aquellos RE con pobre respuesta a la inducción (ERM día 29 ≥ 0.1 %) fueron elegibles para trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). Se registraron pacientes diagnosticados entre marzo de 2016 y septiembre de 2021.

Resultados

Se incluyeron para análisis 473 de 500 pacientes registrados de ocho países. La mediana de edad fue 8.2 años, 62 % fueron varones y 89.6 % tenían inmunofenotipo B. El 25.2 % de las recaídas fueron muy precoces, 31.5 % precoces y el 43.3 % tardías. El 48 % se clasificó como RE. La sobrevida global a dos años se estimó en un 55% para todos los pacientes, con un 86 % para los

grupos RE y un 26 % para los grupos AR. Entre los pacientes con AR que no recibieron TPH, la mortalidad fue 100%.

Conclusiones

El trabajo colaborativo y el establecimiento de tratamientos unificados, adaptados a las realidades locales, permiten establecer comparaciones y analizar resultados homogéneamente. Los pacientes con recaída RE tuvieron sobrevida aceptable. Sin embargo, en el grupo AR es necesario optimizar la terapia.

Palabras clave: recaída; leucemia linfoblástica aguda infantil; quimioterapia.

Abandono del tratamiento en niños y adolescentes con leucemia linfoblástica aguda en Colombia: diez años de tendencia

» María Álvarez ¹

» Karina Grillo ^{2,3,4}

» Santiago Bolívar ⁵

» Vivian Piedrahita ^{2,6}

» María P. Ávila ⁷

» Jesús Ardila ^{2,8}

» Paula Aristizabal ^{9,10,11}

» Oscar Ramírez ^{2,3,12}



¹ Unidad de Hematología/Oncología, Hospital Infantil Los Ángeles, Pasto, Colombia

² Unidad de Investigación, Fundación POHEMA, Cali, Colombia

³ Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁴ Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁵ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

⁶ Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁷ Departamento de Oftalmología de la Familia Viterbi e Instituto Shiley Eye, Universidad de California, San Diego, La Jolla, California

⁸ Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Fundación Clínica Infantil Club Noel, Cali, Colombia

⁹ División de Hematología/Oncología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego y Rady Children Hospital-San Diego, San Diego, EE. UU.

¹⁰ Ciencias Poblacionales, Disparidades y Alcance Comunitario, Universidad de California San Diego Moores Cancer Center, La Jolla, EE. UU.

¹¹ Centro de Ciencia de la Diseminación e Implementación, Universidad de California San Diego Altman Clinical and Translational Research Institute, La Jolla, EE. UU.

¹² Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Clínica Imbanaco, Cali, Colombia

Resumen

Antecedentes y Objetivos

El abandono del tratamiento (AdT) es una de las principales causas de falla terapéutica en cáncer infantil en países de ingresos bajos y medios (PIBM). Evaluamos la incidencia acumulada de AdT a 24 meses (IA-AdT-24m) en niños con leucemia linfoblástica aguda en Colombia.

Métodos

Incluimos pacientes <19 años con LLA registrados en VIGICANCER, el Sistema de Vigilancia de Resultados Clínicos de Cáncer Infantil. Comparamos la IA-AdT-24m por periodo (A: 2012-2016; B: 2017-2019; C: 2020-2021), estratificamos por edad, etnia, residencia, aseguramiento en salud y riesgo NCI/Roma, y estimamos el valor-P de las diferencias.

* Autor para correspondencia: Oscar Ramírez
Correo electrónico: oramirez@pohema.org

Resultados

VIGICANCER registró 7.299 casos (2012-2021), 2.460 (33.7 %) pacientes con LLA (<15 años= 2.160 y ≥15 años= 294), y AdT ocurrió en 190/2.460 (8 %). La mediana de edad fue 7 años (RIC, 4-12), 55 % (n= 1.360/2.460) fueron varones, 7 % (n= 167/2.431) de etnia negra, 4 % (n= 59/1.601) de etnia indígena, 62 % (n= 1.521/2.447) residían en ciudad pequeña/rural, 53 % (n= 1.288/2.446) con aseguramiento público, y 49 % (n= 1.213/2.460) de alto riesgo NCI. La IA-AdT-24m fue 7.8 % (IC95 %, 6.7-9.1); al estratificar por etnia (indígena vs. no indígena), aseguramiento (público vs. semi-privado), y residencia (ciudad pequeña/rural vs. grande) fue 23.8 % vs. 6.2 % (p < 0.01), 11.6 % vs. 3.6 % (p < 0.01), y 9.4 % vs. 5.3 % (p < 0.001), respectivamente. La IA-AdT-24m por periodo (A, B, C) en pacientes con aseguramiento público fue 14.5 %, 11.5 %, y 9.1 %, respectivamente (p-tendencia= 0.04); y por residencia ciudad pequeña/

rural (periodos A, B, C) fue 13.3 %, 8.5 %, y 7.4 %, respectivamente (p-tendencia= 0.01).

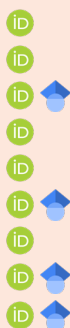
Conclusiones

Observamos tendencias descendentes en la incidencia acumulada de abandono del tratamiento a 24 meses en niños y adolescentes con LLA en la última década en Colombia. La tendencia fue significativa en pacientes residentes en ciudades pequeñas/rurales y en pacientes con aseguramiento público. Esto puede atribuirse a mayor conciencia, identificación temprana del riesgo y prevención del AdT mediante mejor acceso a albergues. Es esencial la implementación de intervenciones basadas en evidencia para prevenir el AdT en PBMI.

Palabras clave: leucemia linfocítica aguda; abandono de tratamiento.

Supervivencia en niños con leucemia mieloide aguda caracterizada por factor de unión nuclear: datos del “mundo real” en una cohorte multicéntrica en Colombia

»Francy Ortiz ¹
 »Jaime Pérez ¹
 »Santiago Bolívar ²
 »Karina Grillo ^{3,4,5}
 »Vivian Piedrahita ^{3,6}
 »Monica L. Quijano-Lievano ^{3,4,7,8}
 »Jesús Ardila ^{3,9}
 »Oscar Ramirez ^{3,4,8}
 »Paula Aristizabal ^{10,11,12}



¹ Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Clínica Infantil Colsubsidio, Bogotá, Colombia
² Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
³ Unidad de Investigación, Fundación POHEMA, Cali, Colombia
⁴ Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia
⁵ Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Cali, Colombia
⁶ Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, Colombia
⁷ Doctorado en Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia
⁸ Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Clínica Imbanaco, Cali, Colombia
⁹ Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Fundación Clínica Infantil Club Noel, Cali, Colombia
¹⁰ División de Hematología/Oncología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego y Rady Children's Hospital-San Diego, San Diego, EE. UU.
¹¹ Ciencias Poblacionales, Disparidades y Alcance Comunitario, Universidad de California San Diego Moores Cancer Center, La Jolla, EE. UU.
¹² Centro de Ciencia de la Diseminación e Implementación, Universidad de California San Diego Altman Clinical and Translational Research Institute, La Jolla, EE. UU.

Resumen

Antecedentes y Objetivos

Las leucemias mieloides agudas (LMA) con factor de unión nuclear (LMA-CBF: t(8;21) (q22;q22) o inv(16)(p13q22)/t(16;16)) son clasificadas como riesgo favorable, lo que permite la orientación adecuada del tratamiento. Evaluamos las características clínicas y supervivencias en niños con LMA-CBF en Colombia.

Métodos

Analizamos información de pacientes (<19 años) con LMA registrados en el Sistema de Vigilancia de Resultados Clínicos de Cáncer Infantil (VIGI-CANCER). Estimamos la supervivencia global a 5 años (SG-5a) y la supervivencia libre de evento a 3 años (SLE-3a) utilizando Kaplan-Meier, y razones de riesgo ajustadas (HRA) por edad, sexo, etnia, residencia, aseguramiento, ciudad y año de diagnóstico utilizando regresión de Cox.

* Autor para correspondencia: Oscar Ramirez
 Correo electrónico: oramirez@pohema.org

Resultados

Entre 2019 y 2023, VIGICANCER registró 263/5.664 (5 %) pacientes con LMA (excluidas LMA-promielocítica, LMA-Down, LMA-Fanconi) con una mediana de edad de 9 años (RIC, 3-14), 57 % (n= 149) fueron varones, 59 % (n= 141/241) con leucocitos $<25 \times 10^3/\text{mm}^3$, 76 % (n= 131/172) lograron remisión completa (RC), 45 % (n= 74/163) con enfermedad residual medible al final de inducción $<0.1\%$ (ERM-FI-Negativa), y 39 % (n= 89/230) recibieron trasplante hematopoyético (TPH). Las caracterizaciones de CBF estaban disponibles en 68 % (n= 179/263) de pacientes, siendo positiva en 23 % (n= 41/179). En LMA-CBF la mediana de edad fue 11 años (RIC, 7-15), 54 % (n= 22/41) fueron varones, 63% (n= 26/41) con leucocitos $<25.000/\text{mm}^3$, 84% (n= 26/31) lograron RC, 47 % (n= 14/30) con ERM-FI-Negativa, y 42% (n= 16/38) recibieron TPH. La mortalidad acumulada 0-45 días post diagnóstico en LMA-CBF vs. LMA-noCBF fue 7 % (IC95 %, 2-21; n= 3) vs. 13%

(IC95 %, 9-18; n= 33), respectivamente. La SG-5a en LMA-CBF vs. LMA-noCBF fue 54 % vs. 39 %, respectivamente (HRa= 0.4; IC95 %, 0.2-1.0) y la SLE-3a fue 46 % vs. 34 %, respectivamente (HRa= 0.7; IC95 %, 0.3-1.5).

Conclusiones

Aunque la SG-5a en niños con LMA-CBF fue mayor que en LMA-noCBF, la SG-5a fue inferior comparada con reportes en países de ingresos altos. La SLE-3a fue aún menor, sugiriendo mayor frecuencia de recaídas en LMA-CBF, evidenciado por frecuencias similares de TPH en ambos grupos. Nuestros datos del “mundo real” urgen a mejorar en Colombia los tratamientos de LMA según el riesgo.

Palabras clave: Colombia/leucemia; supervivencia/leucemia mieloide aguda; estudios de cohortes.



High-dose chemotherapy with autologous stem cell rescue in children under 5 years of age with central nervous system embryonal tumors: results from a prospective cohort in an upper middle-income country

»Natalia Dassi ¹
 »Adriana Seber ¹
 »Silvia Regina Caminada de Toledo ¹
 »Francine Tesser Gamba ¹
 »Victor Gottardello Zecchin ²
 »Renata Fittipaldi da Costa Guimarães ³
 »Patricia Dastoli ¹
 »Sergio Cavalheiro ¹
 »Rui Manuel Reis ^{4x}
 »Murilo Bonatelli ⁴
 »Ana Carol dos Santos Torquato ¹
 »Jessica Benigno Rodrigues ¹
 »Nasjla Saba da Silva ¹
 »Andrea Maria Cappellano ¹

iD

iD

iD

iD

iD

iD

iD

iD

iD

iD

iD

iD

iD

iD

iD

¹ Instituto de Oncologia Pediátrica-GRAACC-UNIFESP, São Paulo, Brasil

² Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, Brasil

³ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Brasil

⁴ Hospital do Câncer de Barretos, Brasil

Abstract

Background and Aims

High-dose chemotherapy with autologous stem cell rescue (ASCR) is used to mitigate long-term side effects of radiotherapy and improve survival in children with medulloblastoma and other embryonal central nervous system (CNS) tumors in infants. We describe a cohort of

patients treated with high-dose chemotherapy and ASCR at our institution in Brazil.

Methods

We conducted an observational prospective study (supported by the National Oncological Care Support Program) among children under five years of age with embryonal CNS tumors receiving high-dose chemo and ASCR.

* Autor para correspondencia: Natalia Dassi
 Correo electrónico: natalia.dassi@unifesp.br

Results

Between 2016 and 2019, thirty-six patients were included in the cohort: 22 patients with medulloblastoma, 6 with atypical teratoid rhabdoid tumors, one with pinealoblastoma, and 7 with other embryonal CNS tumors. Among the medulloblastoma group, mean age was 2.5 years (1.5-4.8 years), 13 were male, 15 did not have metastasis (Mo) at diagnosis, and total resection was achieved in 18. Among patients with other embryonal CNS tumors, mean age was 2.7 years (0.7-2.9y), 11 were female, 12 were Mo, and total resection was achieved in 9. Survival outcomes stratified by molecular subgroups included event-free-survival (EFS) for children with SHH of 76.9% at both 2 years and 5 years, and (OS) of 92.3% at both 2 years and 5 years. For children in the non-WNT/non-SHH subgroup, 2-year EFS and 5-year EFS were 33.3% and 22.2%, respectively, while 2-year OS and 5-year OS were 66.7% and 55.6%, respectively. Two patients with SHH and five non WNT/non-SHH cases relapsed and were rescued with craniospinal radiotherapy. Both patients with SHH who relapsed had evidence of p53 on immunohistochem-

istry of >50%. All patients who relapsed are in remission, except for two non-SHH cases with metastatic disease at relapse, one SHH patient who died due to meningitis and two non-WNT/non-SHH patients who died during induction due to sepsis and disease progression. For all non-medulloblastoma cases, EFS and OS at 2 and 5 years were 28.6% and 19.0%, and 42.9% and 32.1%, respectively. All patients presented with mucositis/typhilitis and febrile neutropenia grade 3-4 during ASCR.

Conclusion

High-dose chemotherapy and ASCR can be performed in well-resourced centers, even in middle-income countries, such as Brazil. Except for patients with SHH-medulloblastoma, the prognosis for infants with non-SHH medulloblastoma and other embryonal CNS tumors remains poor, highlighting the urgent need for new treatment approaches.

Palabras clave: brain tumors; developing countries; transplantation; autologous.



Currículo educativo de “navegación de pacientes” para el cáncer infantil: una prueba piloto en Colombia

» Vivian Piedrahita ^{1,2}
 » Marcela Melo ¹
 » Oscar Ramirez ^{1,3,4}
 » Jesús Ardila ^{1,5}
 » Karina Grillo ^{1,4,6}
 » Michael Lauzardo ^{7,8}
 » Paula Aristizabal ^{9,10,11}



- ¹ Unidad de Investigación, Fundación POHEMA, Cali, Colombia
² Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, Colombia
³ Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Clínica Imbanaco, Cali, Colombia
⁴ Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia
⁵ Unidad de Oncología y Hematología Pediátrica, Fundación Clínica Infantil Club Noel, Cali, Colombia
⁶ Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Cali, Colombia
⁷ Keira Grace Foundation, Florida, EE. UU.
⁸ División de Enfermedades Infecciosas y Medicina Global, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Florida, Florida, EE. UU.
⁹ División de Hematología/Oncología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego/Rady Children's Hospital-San Diego, San Diego, California, EE. UU.
¹⁰ Ciencias Poblacionales, Disparidades y Alcance Comunitario, Centro de Cáncer Moores, Universidad de California San Diego, La Jolla, California, EE. UU.
¹¹ Centro de Ciencias de Implementación y Diseminación, Instituto de Investigación Clínica y Traslacional, Universidad de California San Diego Instituto Altman para la Investigación Clínica y Traslacional, La Jolla, California, EE. UU.

Resumen

Antecedentes y Objetivos

La “navegación de pacientes” mejora la atención del cáncer. En Latinoamérica, las estrategias educativas en navegación de pacientes en cáncer infantil son limitadas. Diseñamos e implementamos, en una prueba piloto, un currículo educativo para la capacitación en navegación de pacientes en cáncer infantil.

Métodos

Una experta en educación, dos hematólogos/oncólogos pediatras y dos enfermeras oncólogas (certificadas internacionalmente en navegación de pacientes), diseñamos un currículo de capacitación con un enfoque para instituciones prestadoras de servicios (IPS) y otro para organizaciones de la sociedad civil (OSC). Los tópicos del currículo incluyeron: generalidades de cáncer infantil tratamiento, seguimiento, y resultados clínicos; navegación de pacientes en cáncer infantil; comunicación asertiva, y normatividad y contratación de servicios

* Autor para correspondencia: Vivian Piedrahita
 Correo electrónico: vivian.piedrahita@pohema.org

de salud. Se realizaron sesiones de capacitación virtuales sincrónicas durante doce semanas (una por semana) y un taller práctico presencial para las OSC. En cada sesión se realizaron encuestas de satisfacción y pruebas de conocimiento pre y post, repitiéndose a las 24 semanas para medir retención.

Resultados

Se capacitaron 24 personas, 20 en IPS (auxiliares de enfermería, n= 12; enfermeros profesionales, n= 8) y 4 en OSC (trabajadores sociales, n= 2; psicólogos, n= 1; directores administrativos, n= 1). En los participantes en IPS, el puntaje de conocimiento sobre navegación de pacientes en cáncer infantil pre vs. post fue 60 % vs. 87 % ($p < 0.01$). En los participantes en OSC, el puntaje de conocimiento pre vs. post fue 70 % vs. 89% ($p = 0.02$). A las 24 semanas, en los participantes en IPS, el puntaje de conocimiento fue 94%

(IC95 %, 90-98) y en participantes en OSC fue 88 % (IC95 %, 70-100). El 75 % (18/24) de participantes reportó alta satisfacción con el currículo y 94 % (23/24) consideró que los temas fueron relevantes.

Conclusiones

Nuestro currículo piloto sobre navegación de pacientes en cáncer infantil fue factible y bien recibido por los participantes. Los participantes aumentaron su conocimiento sobre navegación de pacientes y sostuvieron la ganancia en aprendizaje a corto plazo. Los siguientes pasos incluyen expandir la implementación del currículo a otras instituciones en Colombia y evaluar su reproducibilidad en Latinoamérica.

Palabras clave: navegación del paciente; neoplasias; niño; curriculum.

Manteniendo la fidelidad de implementación en la mejora de la calidad: experiencia del proyecto “EVAT” en oncología pediátrica de la Clínica Imbanaco, Cali-Colombia

» Monica L. Quijano-Lievano ^{1,2,3,4}

» Carlos Andrés Portilla ^{2,3}

» Diana Castrillón ⁵

» Diana Rendon ^{3,5}

» Solanyi Lopez ⁵

» Nathalia Sanclemente ²

» Jorge Escobar ⁵

» Liliana Arteaga ⁶

» Climaco Muñoz ⁶

» Lina Loaiza ⁷

» Oscar Ramirez ^{2,3,4}



¹ Doctorado en Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia

² Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Clínica Imbanaco, Cali, Colombia

³ Unidad de Investigación, Fundación POHEMA, Cali, Colombia

⁴ Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁵ Unidad Hemato-Oncología Pediátrica, Clínica Imbanaco, Cali, Colombia

⁶ Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico, Clínica Imbanaco, Cali, Colombia

⁷ Servicio de Urgencias, Clínica Imbanaco, Cali, Colombia

Resumen

Antecedentes y Objetivos

La fidelidad de implementación de una intervención es clave para reproducir el impacto esperado. Los sistemas pediátricos de alerta temprana (PEWS) permiten identificar el deterioro clínico. El Proyecto Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT) es un PEWS validado para predecir la necesidad de traslado a unidad de cuidado intensivo pediátrico en niños con cáncer. El objetivo fue describir la evaluación de la fidelidad de implementación de EVAT en la Clínica Imbanaco en Cali, Colombia.

Métodos

Se implementó el proyecto EVAT en el servicio de oncohematología pediátrica y trasplante de médula ósea. La implementación se realizó en tres etapas: rastreo (pre-EVAT: de abril, 2019 a enero, 2020), implementación (durante-EVAT: de febrero, 2020 a enero, 2021) y sostenibilidad (post EVAT: de febrero, 2021 a diciembre, 2023). La medición de la fidelidad evaluó errores de cálculo (EC), algoritmo (EA) y omisión (EO) semanalmente, a partir de los formatos de registro de signos vitales de los pacientes hospitalizados. La implementación exitosa se definió como <15 % de errores de calidad posterior a dos meses consecutivos de seguimiento.

* Autor para correspondencia: Monica L. Quijano-Lievano
Correo electrónico: monica.quijano@correounivalle.edu.co

Resultados

En el periodo de observación, sobre 2.786 ingresos hospitalarios se calcularon 53.273 episodios de EVAT. Se detectaron 727 EC (1.36 %), 511 EA (0.96 %) y 156 EO (0.29 %). Durante el primer mes de implementación, se calcularon 229 episodios de EVAT con 18 EC (7.86 %), 29 EA (12.66 %) y 4 EO (1.72 %). El acumulado de episodios EVAT en los siguientes 6 meses fueron 4.066 y a los 12 meses 6.671. Los EC, EA y EO a los 6 y 12 meses fueron: 146 (3.59 %) vs. 79 (1.18 %; $p < 0.001$); 157 (3.86 %) vs. 73 (1.09 %; $p < 0.001$); 17 (0.42 %) vs. 7 (0.10 %; $p = 0.001$). En la fase post, se realizaron 37.775 EVAT, con 388 EC (1.03 %),

218 EA (0.58 %) y 124 EO (0.33 %).

Conclusiones

La implementación de EVAT mantuvo la fidelidad de la intervención en nuestra institución. La medición sistemática de indicadores de calidad permitió realizar intervenciones oportunas para minimizar las desviaciones y lograr reducción significativa de los errores en el tiempo.

Palabras clave: ciencia de la implementación; puntuación de alerta temprana; enfermería oncológica; mejoramiento de la calidad.



Tamizaje rectal como predictor de bacteriemia por microorganismos multirresistentes en niños con trasplante de progenitores hematopoyéticos

»Diego Medina Valencia ^{1,2}



»Alexis Antonio Franco Moreno¹



»Mario Alejandro Bustos Paz³



»Eliana Manzi^{2,4}



»Diana Muñoz-Caluce⁴



»Lina M. Sandoval-Calle⁴



»Angela Devia Zapata⁴



»Jaime Alberto Patiño-Niño^{2,3}



»Paola Pérez-Camacho^{2,3}



¹ Departamento Materno Infantil, Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

² Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi, Cali, Colombia

³ Departamento Materno Infantil, Unidad de Enfermedades Infecciosas Pediátricas, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

⁴ Centro de Investigaciones Clínicas, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

Resumen

microorganismos MDR en pacientes pediátricos sometidos a TPH.

Antecedentes y Objetivo

El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es un tratamiento curativo para diversas enfermedades, pero conlleva un alto riesgo de mortalidad asociadas a infecciones e inmunosupresión. Las infecciones por gérmenes multidrogasresistentes (MDR) están en aumento y el tamizaje rectal se ha propuesto como herramienta para predecir bacteriemia y reducir la mortalidad en estos pacientes. Por lo tanto, el objetivo de nuestro estudio es evaluar la utilidad del tamizaje rectal periódico para predecir bacteriemia al día 100 post-TPH por

Métodos

Estudio de cohorte retrospectivo en pacientes menores de 18 años con tamizaje rectal antes del TPH en un centro de alta complejidad entre el 2012 y 2022. Se realizó análisis descriptivo y modelos de regresión logística multinomial y logística para identificar factores de riesgo de bacteriemia y mortalidad post-TPH.

Resultados

Se analizaron 210 TPH en 197 pacientes (59 %

* Autor para correspondencia: Diego Medina Valencia
Correo electrónico: trasplantemedulaoseapediatrico@fvl.org.co

masculinos), con edad media de 9.5 años (RIC 4.5-14). El 75 % tenía enfermedades malignas. Hubo 102 episodios de bacteriemia, de los cuales 11 (10.7 %) fueron por Gram negativos MDR y 13 (12.7 %) por *Klebsiella pneumoniae* Carbapenemasa-resistente. El 51.9 % (n= 109) presentó colonización MDR; de estos, el 18.13 % desarrolló bacteriemia. La colonización fue un factor de riesgo para bacteriemia por Gram negativos MDR (RRR 7.25, IC 95 % 1.97-26, p= 0.003). Hubo 30 fallecimientos, con mayor mortalidad en pacientes con bacteriemia MDR colonizados (p= 0.034). La presencia de enfermedad maligna incrementó el riesgo de muerte (OR: 8.7, IC 95 % 1.62-56.9, p= 0.013).

Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes estaban colonizados por MDR, lo que aumentó el riesgo de bacteriemia y mortalidad. El tamizaje rectal periódico es una estrategia clave que permite la individualización del tratamiento antimicrobiano para mejorar los resultados clínicos en pacientes pediátricos sometidos a TPH.

Palabras clave: trasplante de médula ósea; bacteriemia; farmacorresistencia bacteriana múltiple; pediatría.

Traducción y adaptación transcultural de la escala de valoración de alerta temprana (EVAT): importancia de las contribuciones de un comité de expertos para una mejor utilización de la escala en un país continental

» Maria do Céu Diniz Borborema ¹



» Mecneide Mendes Lins ¹



» Maria Julia Gonçalves de Mello ¹



» Marina dos Santos Ramos Barbosa ¹



» Juliana Teixeira Costa ²



» Maria do Carmo Menezes Bezerra Duarte ³



¹ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, Recife, Brasil

² St. Jude Children's Research Hospital, Memphis, United States of America

³ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, Recife, Brasil

Resumen

Antecedentes y Objetivos

La Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT) contribuye a la detección precoz de gravedad en centros de oncología pediátrica con recursos limitados.¹ La traducción y adaptación transcultural de instrumentos clínicos como EVAT es un proceso que busca garantizar su aplicabilidad en nuevos contextos culturales y lingüísticos, sin comprometer su validez.² El objetivo de este estudio es describir la contribución del comité de expertos en el proceso de traducción y adaptación transcultural de EVAT.

Métodos

Estudio metodológico de traducción y adaptación transcultural de EVAT en un centro de oncología pediátrica, realizado en las etapas de traducciones, síntesis de las traducciones, retrotraducción, evaluación por un comité de expertos y prueba piloto.² La etapa del comité de expertos contó con la participación de doce profesionales del área de la salud (enfermería, hematología, oncología y cuidados intensivos pediátricos), procedentes de diversas regiones del país. Durante una reunión virtual, el grupo analizó y discutió cada ítem de la escala obtenida en las etapas anteriores. Posteriormente, se envió a los participantes un formulario en línea utilizando una escala de Likert para evaluar el

* Autor para correspondencia: Maria do Céu Diniz Borborema
Correo electrónico: maria.diniz@imip.org.br

grado de concordancia, permitiendo también sugerencias de mejora.

Resultados

El análisis indicó un 83 % de concordancia entre los expertos, siendo la mayoría de las discrepancias relacionadas con la sugerencia de términos sinónimos. Se realizaron observaciones importantes por parte del comité, que fueron incorporadas en la versión traducida de la escala, tales como: sustitución de “piel marmoreada” por “piel moteada”; “llenado capilar de 3 segundos” por “llenado capilar igual a 3 segundos”; “taquipnea severa” por “taquipnea grave”; “trabajo respiratorio” por “esfuerzo respiratorio”; y “Monitorear EVAT cada hora” por “Realizar EVAT cada hora”. Estos cambios preservaron la estructura original de EVAT, adaptándola al contexto en el cual será utilizada.^{1,2}

Conclusiones

La participación de un comité de expertos de diferentes áreas y regiones del país garantiza una mejor aplicabilidad de la escala en los más

diversos escenarios. Las sugerencias fueron incorporadas manteniendo la integridad del instrumento original.

Palabras clave: traducciones; área de salud; pediatras; enfermería.

Referencias

1. Agulnik A, Méndez Aceituno A, Mora Robles LN, Forbes PW, Soberanis Vasquez DJ, Mack R, et al. Validation of a pediatric early warning system for hospitalized pediatric oncology patients in a resource-limited setting. *Cancer* [Internet]. 2017;123(24):4903-4913. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cncr.30951>
2. Miranda JOF, Camargo CL, Sobrinho CLN, Portela DS, Monaghan A, Freitas KS, et al. Tradução e adaptação de um escore pediátrico de alerta precoce. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(5):833-841. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0096>

Abordando la necesidad de manejo estandarizado de la neutropenia febril en niños con cáncer en Colombia: desarrollo de un protocolo nacional

»Catalina Arango-Ferreira ^{1,2}
 »Germán Camacho-Moreno ^{3,4,5}
 »Eliana López-Barón ⁶
 »Santiago Bolívar ⁷
 »Juan Pablo Céspedes ⁷
 »Carlos Andrés Portilla ^{8,9,10}
 »Javier Aguilar- Mejía ^{3,4}
 »Wilfrido Coronell ¹¹
 »John Lopera ^{5,12,13}
 »Martha Piña ¹²
 »Patricia Montenegro ^{8,14}
 »Eduardo López- Medina ^{9,10,15}
 »Ángel Castro- Dajer ^{11,14}
 »Iván Gutiérrez. ^{16,17}
 »Monica L. Quijano-Lievano ^{8,9,18,19}
 »Eddie E. Pabón ²⁰
 »Oscar Ramirez ^{8,9,18}
 »Leidy Tovar- Padua ²⁴
 »Paula Aristizabal ^{21,21,23,24}



- ¹ Departamento de Pediatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
- ² Departamento de Pediatría Hospital San Vicente Fundación, Medellín, Colombia
- ³ Fundación Hospital Pediátrico la Misericordia-HOMI, Bogotá, Colombia
- ⁴ Departamento de Pediatría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia
- ⁵ Departamento de Pediatría, Hospital Infantil Universitario San José, Bogotá, Colombia
- ⁶ Escuela de Salud Pública y Ciencias de la Información, Universidad de Louisville, Louisville, Kentucky, EE. UU.
- ⁷ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
- ⁸ Unidad de Investigación Fundación POHEMA, Cali, Colombia
- ⁹ Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Clínica Imbanaco, Cali, Colombia
- ¹⁰ Departamento de Pediatría, Universidad del Valle, Cali, Colombia
- ¹¹ Departamento de Pediatría, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia
- ¹² Unidad de Oncología Pediátrica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia
- ¹³ Unidad de Oncología Pediátrica, Clínica del Country, Bogotá, Colombia
- ¹⁴ Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Clínica Blas de Lezo, Cartagena, Colombia
- ¹⁵ Centro de Estudios en Infectología Pediátrica-CEIP, Cali, Colombia
- ¹⁶ Clínica Infantil Santa María del Lago, Bogotá, Colombia
- ¹⁷ Clínica Infantil Colsubsidio, Bogotá, Colombia
- ¹⁸ Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia
- ¹⁹ Doctorado en Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia
- ²⁰ Instituto de Cáncer, Hospital Serena del Mar, Cartagena, Colombia
- ²¹ División de Hematología/Oncología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego, San Diego, California, EE. UU.
- ²² Ciencias Poblacionales, Disparidades y Alcance Comunitario, Centro de Cáncer Moores, Universidad de California San Diego, La Jolla, California, EE. UU.
- ²³ Centro de Ciencias de Implementación y Diseminación, Instituto de Investigación Clínica y Traslacional, Universidad de California San Diego Instituto Altman para la Investigación Clínica y Traslacional, La Jolla, California, EE. UU.
- ²⁴ División de Enfermedades Infecciosas, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego y Rady Children's Hospital-San Diego, San Diego, California, EE. UU.

* Autor para correspondencia: Catalina Arango-Ferreira
 Correo electrónico: catalina.arango@sanvicentefundacion.com

Resumen

Antecedentes y Objetivos

En niños con cáncer, el manejo efectivo de complicaciones asociadas al tratamiento, como la neutropenia febril (NF), es esencial. La adaptación y estandarización terapéutica a nivel nacional facilita la optimización de desenlaces clínicos. En Colombia no existen protocolos nacionales para el manejo de NF. En respuesta, convocamos un consenso interprofesional para adaptar guías basadas en evidencia para el manejo de NF.

Métodos

Creamos un equipo interprofesional de sociedades científicas (hematología-oncología pediátrica, infectología, pediatría general, cuidado crítico, enfermería), realizamos revisiones de la literatura, y elaboramos el “Protocolo Nacional para el Manejo de Neutropenia Febril en Niños con Cáncer”. En cuatro sesiones realizadas durante ocho semanas, identificamos temas claves en el manejo de la NF. Posteriormente, generamos un protocolo, y priorizamos y estandarizamos los temas. Dos asesores externos (PA, hematología-oncología; LTP, infectología) brindaron retroalimentación.

Resultados

Nuestro equipo incluyó 17 miembros representando 24 instituciones. Después del consenso, incluimos 17 temas centrales en tres categorías: 1) Manejo inicial (identificación y evaluación temprana de NF, estratificación del riesgo, manejo empírico); 2) Reevaluación (modificación y/o cese del tratamiento, manejo de NF prolongada y/o síndromes clínicos de NF) y, 3) Prevención de infecciones y profilaxis antimicrobiana. Durante 32 semanas, completamos seis iteraciones del protocolo.

Conclusiones

Mediante consenso interprofesional basado en la evidencia, identificamos temas esenciales para el abordaje efectivo de NF en niños con cáncer en Colombia. Desarrollamos exitosamente el primer protocolo nacional, incluyendo algoritmos clínicos intuitivos y recomendaciones adaptadas a recursos disponibles en nuestro país. Los próximos pasos incluyen difusión e implementación del protocolo a nivel nacional. Nuestro esfuerzo se alinea con la Iniciativa Global del Cáncer Infantil, enfocada en la implementación de guías nacionales que permitan optimizar tratamientos y reducir la mortalidad en niños con cáncer.

Palabras clave: neutropenia; fiebre; cáncer.

Diagnóstico situacional sobre las unidades de hemato-oncología pediátrica en Colombia: primer esfuerzo colaborativo nacional para el abordaje integral del cáncer infantil

»Martha Ligia Piña Quintero ¹

id

»Eddie E. Pabón ²

id

»Santiago Bolívar ³

id

»Carlos Andrés Portilla ^{5,6}

id

»Eliana López-Barón ^{7,8}

id

»Oscar Ramírez ^{4,5,9}

id

»John Lopera ¹

id

»Gloria Suárez ¹⁰

id

»Paola Friedrich ¹¹

id

»Paula Aristizabal ^{12,13,14}

id

¹ Unidad de Oncología Pediátrica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia

² Instituto de Cáncer, Hospital Serena del Mar, Cartagena, Colombia

³ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

⁴ Unidad de Investigación, Fundación POHEMA, Cali, Colombia

⁵ Unidad Trasplante de Médula Ósea, Clínica Imbanaco, Cali, Colombia

⁶ Departamento de Pediatría, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁷ Departamento de Pediatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

⁸ Escuela de Salud Pública y Ciencias de la Información, Universidad de Louisville, Louisville, KY, EE. UU.

⁹ Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

¹⁰ Servicio de Oncología Pediátrica y Trasplante de Células Progenitoras, Instituto de Cancerología, Clínica Las Américas–AUNA, Medellín, Colombia

¹¹ Departamento de Salud Global, St. Jude Children's Research Hospital, Memphis, Tennessee, EE. UU.

¹² División de Hematología/Oncología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego/Rady Children's Hospital-San Diego, San Diego, California, EE. UU.

¹³ Ciencias Poblacionales, Disparidades y Alcance Comunitario, Centro de Cáncer Moores, Universidad de California San Diego, La Jolla, California, EE. UU.

¹⁴ Centro de Ciencias de Implementación y Diseminación, Instituto de Investigación Clínica y Traslacional, Universidad de California San Diego Instituto Altman para la Investigación Clínica y Traslacional, La Jolla, California, EE. UU.

Resumen

Antecedentes y Objetivos

Establecer centros de excelencia es prioritario en la Iniciativa Global de Cáncer Infantil. Diagnósticos situacionales permiten analizar

capacidades, recursos y distribución de las Unidades de Hemato-Oncología Pediátrica (UHOP), para estandarizar la atención de alta calidad. Convocados por la Asociación Colombiana de Hemato-Oncología Pediátrica (ACHOP), realizamos un diagnóstico situacional de UHOP colombianas para identificar fortalezas, barreras y oportunidades de mejora

* Autor para correspondencia: Martha Ligia Piña Quintero
Correo electrónico: marthaligiapina@yahoo.com

en la atención del cáncer infantil en el país.

Métodos

Seleccionamos y adaptamos al contexto local un subgrupo de preguntas de la herramienta de evaluación PROFILE. Mediante censo nacional, identificamos las UHOP activas en Colombia a julio de 2024. Las UHOP se clasificaron según los estándares internacionales (Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica-SIOP) en: alto volumen (>100 casos/año), mediano volumen (31-99 casos/año), y bajo volumen (≤ 30 casos/año). Además, caracterizamos infraestructura, recursos humanos, servicios de soporte, redes colaborativas y rutas de atención y referencia.

Resultados

De 50 UHOP identificadas, fueron evaluadas 46. Cinco se clasificaron como alto volumen, 10 como mediano volumen, y 31 como bajo volumen. El 43 % de UHOP estuvieron concentradas en las tres ciudades principales, 60 % localizadas en hospitales generales y 80 % en instituciones privadas. Aproximadamente 40 % de los niños con cáncer fueron tratados en

áreas hospitalarias no aisladas/exclusivas. La disponibilidad exclusiva de servicios esenciales fue: hemato-oncología (78 %), enfermería oncológica (63 %), pediatría (46 %), y trabajo social (37 %). Las rutas estandarizadas de referencia fueron insuficientes y <50 % de UHOP participaron en iniciativas de colaboración local y/o regional/nacional.

Conclusiones

La atención del cáncer infantil en Colombia enfrenta importantes desafíos, incluyendo inequidades en cobertura regional, disponibilidad insuficiente de recursos esenciales y personal especializado, y fragmentación en servicios y rutas de atención. Fortalecer el acceso a tratamientos y redes de referencia, estandarizar el soporte mediante protocolos unificados, y concertar participación en iniciativas nacionales, como VIGICANCER y ACHOP, constituyen pasos esenciales para mejorar la supervivencia del cáncer infantil en Colombia.

Palabras clave: cáncer pediátrico; unidades de hemato-oncología; diagnóstico situacional; servicios de salud; Colombia.

Seguridad de la suspensión temprana de la terapia antibacteriana empírica en pacientes pediátricos con neutropenia febril de alto riesgo independiente de la recuperación medular: estudio de cohorte retrospectivo en una unidad de oncohematología pediátrica

»Angel Castro Dajer^{1,2}

»Wilfrido Coronel Rodríguez^{1,2}

»Esneida Ferreira Pacheco²

»Laura Saavedra Valencia²

»Sandra Contreras Arrieta³

»Yesid Vasquez Escobar⁴

¹ Clínica Blas de Lezo, Cartagena, Colombia

² Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia

³ Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia

⁴ Goulburn Valley Health, Victoria, Melbourne, Australia

Resumen

Antecedentes y Objetivos

Neutropenia y fiebre son de las complicaciones más frecuentes que presentan los pacientes oncológicos donde la terapia antibacteriana de amplio espectro es un punto crítico en el manejo y la suspensión temprana de la misma un motivo de debate actual. El objetivo de este estudio es determinar la seguridad de la suspensión temprana de la terapia antibacteriana empírica en neutropenia febril de alto riesgo independiente de la recuperación medular en una unidad de oncohematología.

Métodos

Estudio analítico de cohorte retrospectivo en un periodo comprendido entre 2016 y 2020. Se comparó la mortalidad intrahospitalaria, la necesidad de unidad de cuidado intensivo (UCI) y la necesidad de reiniciar antibióticos en pacientes con neutropenia febril de alto riesgo con suspensión temprana y sin suspensión temprana de antibióticos, de acuerdo con la recuperación medular (recuento de neutrófilos ≥ 500 células/mm³). Se utilizó un valor de p de 0.05 como significativo. Para el análisis de los datos se utilizó el software Stata 16.0.

* Autor para correspondencia: Angel Castro Dajer
Correo electrónico: angelcastrodajer@gmail.com

Resultados

Se incluyeron en el estudio 522 episodios de neutropenia febril. El 91.3% (n=356) de los episodios incluidos fueron clasificados como de alto riesgo. Al comparar el grupo de suspensión temprana de antibióticos versus no suspensión, no se encontraron diferencias en la necesidad de reinicio de antibióticos (4.8% vs 8.2%, $p=0.215$). Independientemente del estado de recuperación de médula ósea.

Conclusiones

La interrupción temprana de los antibióticos en pacientes con neutropenia febril de alto riesgo después de ≥ 48 horas sin fiebre y sin infección documentada es segura. Este enfoque no aumenta la necesidad de reanudar los antibióticos, independientemente del estado de recuperación medular.

Palabras clave: neutropenia febril; pediatría; antibióticos.



Asociación entre la ruralidad, etnia indígena y retinoblastoma: resultados de un estudio de cohorte multicéntrico prospectivo en Colombia

» Pamela Andrea Rodríguez Riveros ¹

» Viviana Lotero ¹

» Maria Castro ¹

» Luz Urcuqui ¹

» Diego Medina ¹

» Alexis Franco ¹

» Jesús Ardila ^{2,3}

» Vivian Piedrahita ^{2,4}

» María P. Ávila ⁵

» Santiago Bolívar ⁶

» Karina Grillo ^{2,7,8}

» Paula Aristizabal ^{9,10,11}

» Oscar Ramírez ^{2,7,12}

ib

ib

ib

ib

ib

ib

¹ Unidad de Hematología/Oncología, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

² Unidad de investigación, Fundación POHEMA, Cali, Colombia

³ Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Fundación Clínica Infantil Club Noel, Cali, Colombia

⁴ Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁵ Departamento de Oftalmología de la Familia Viterbi e Instituto Shiley Eye, Universidad de California, San Diego, La Jolla, California

⁶ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

⁷ Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁸ Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁹ División de Hematología/Oncología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego y Rady Children Hospital-San Diego, San Diego, EE. UU.

¹⁰ Ciencias Poblacionales, Disparidades y Alcance Comunitario, Universidad de California San Diego Moores Cancer Center, La Jolla, EE. UU.

¹¹ Centro de Ciencias de la Diseminación e Implementación, Universidad de California San Diego Altman Clinical and Translational Research Institute, La Jolla, EE. UU.

¹² Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Clínica Imbanaco, Cali, Colombia

Resumen

Antecedentes y Objetivo

En Centroamérica se ha reportado una mayor incidencia de retinoblastoma en niños indígenas. En Colombia, los niños pertenecientes a etnia indígena usualmente residen en áreas rurales. Por tanto, las asociaciones previamente reportadas entre retinoblastoma y etnia indígena pueden estar confundidas por la ruralidad.

Exploramos la asociación entre etnia indígena y ruralidad en una cohorte de niños con retinoblastoma en Colombia.

Métodos

Analizamos la información de niños con retinoblastoma registrados en VIGICANCER, el Sistema de Monitoreo de Resultados Clínicos de Cáncer Infantil de Colombia, entre 2019 y 2023. Estimamos la supervivencia global a 3 años (SG-3a) utilizando el método de Kaplan-Meier y

* Autor para correspondencia: Oscar Ramírez
Correo electrónico: oramirez@pohema.org

la razón de disparidades cruda (ORc) y ajustada (Ora) por edad, sexo, residencia rural y aseguramiento, mediante regresión logística.

Resultados

VIGICANCER registró 5.653 niños durante el periodo del estudio, 191 (3 %) pertenecientes a etnia indígena y 166 con retinoblastoma (3 %). Los niños pertenecientes a etnia indígena residían en áreas rurales en el 94 % de casos ($n=179/191$), mientras 8 % ($n=14/166$) presentaron retinoblastoma y 3 % otros tumores ($n=177/5,487$); $p < 0.01$. El ORc para etnia indígena y ruralidad fue de 11.7 (IC95 %, 6.4-21.6). Los ORc vs. ORa correspondientes a la asociación entre etnia indígena y retinoblastoma fueron de 2.6 (IC95 %, 1.5-4.6) vs. 1.4 (IC95 %, 0.7-2.8). Los ORc vs. ORa para la asociación entre ruralidad y retinoblastoma fueron de 2.8 (IC95 %, 2.1-3.7) vs. 3.4 (IC95 %, 2.2-5.1). No encontramos asociación entre etnia indígena y diagnóstico de retinoblastoma bilateral (etnia indígena vs. No etnia indígena 23 % vs. 30 %; $p=0.76$). La SG-3a en niños diagnosticados con retinoblastoma

(etnia indígena vs. No etnia indígena) fue de 67 % (IC95 %, 33-86) vs. 89 % (95 % CI, 83-93); $p=0.01$, respectivamente.

Conclusiones

Encontramos asociaciones entre etnia indígena con ocurrencia de retinoblastoma, etnia indígena con ruralidad y entre ruralidad con ocurrencia de retinoblastoma. Sin embargo, al ajustar por covariables, incluyendo etnia indígena, únicamente la asociación de ruralidad con la ocurrencia de retinoblastoma fue independiente. Esto sugiere que la asociación entre etnia indígena y ocurrencia de retinoblastoma es espuria y explicable por una asociación real entre ruralidad y ocurrencia de retinoblastoma. Esta observación sugiere la existencia de factores no-genéticos asociados a la ruralidad relacionados a la etiología de la retinoblastoma que justifican investigaciones futuras en este campo.

Palabras clave: retinoblastoma; niños indígenas; ruralidad; supervivencia.

Detrás del bisturí: el impacto del estrés en los cirujanos oncológicos pediátricos

»Albert Pasten ¹
 »Pamela Lustig ¹
 »Marta Martín ¹
 »María Coronas ¹
 »Raimon Ripoll ¹
 »Mariona Bayarri ¹
 »Bruno Catoia ¹
 »Rosalia Carrasco ¹
 »Lucas Krauel ¹



¹ Pediatric Surgical Oncology Unit, SJD Barcelona Children's

Resumen

Introducción y Objetivos

El estrés afecta negativamente las habilidades de los cirujanos, comprometiendo la seguridad del paciente. La cirugía oncológica pediátrica implica el manejo de casos complejos y conlleva una gran carga emocional. Nuestro objetivo es cuantificar el estrés en cirujanos oncológicos pediátricos durante la realización de diferentes intervenciones quirúrgicas, investigando relaciones que pudieran explicar los niveles de estrés detectados.

Métodos

Se aplicó el cuestionario SURG-TLX (puntaje 0-120) en 94 cirujanos pediátricos oncológicos provenientes de varios países. Se realizó un análisis descriptivo, incluyendo pruebas de normalidad, medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas y frecuencias para las variables cualitativas. Para comparar grupos, se usaron pruebas t de Student, ANOVA de medidas repetidas y ANOVA de un factor. Se aplicaron modelos de regresión lineal simple y múltiple para analizar la relación entre variables continuas y el estrés.

* Autor para correspondencia: Albert Pasten
 Correo electrónico: apastego44@alumnes.ub.edu

Resultados

La edad promedio de los cirujanos fue 47.2 años, con un promedio de 15.1 años de experiencia y reportaron la realización de 72.8 cirugías en 2023. No hubo diferencias significativas en el estrés según género ($p=0.199$) ni continente ($p=0.091$). El tipo de cirugía influyó significativamente en el nivel de estrés ($p<0.001$). Hubo diferencias significativas en el estrés entre neuroblastoma y tumor de Wilms (28.25, $p<0.001$) y entre neuroblastoma y colocación de catéteres centrales (40.4, $p<0.001$). Un mayor número de cirugías se asoció con menor estrés (coeficiente $B=0.335$, $p=0.003$), especialmente en la colocación de catéteres centrales (coeficiente $B=0.401$, $p=0.002$). Se observó una relación marginal entre años de experiencia y estrés en neuroblastoma ($p=0.064$, coeficiente $B=-0.621$).

Conclusiones

El tipo de cirugía afecta significativamente el estrés en cirujanos oncológicos pediátricos; la familiaridad con la intervención y la frecuencia con la que se realiza parecen disminuirlo. Estos hallazgos sugieren la importancia de considerar las características de cada cirugía y las respuestas individuales al estrés, buscando que los cirujanos puedan adaptarse mejor a entornos desafiantes, para lograr la realización de cirugías de la manera más segura posible.

Palabras clave: estrés; cirugía oncológica pediátrica; surg-tlx; neuroblastoma; tumor de Wilms.



Implementación de un programa de supervivientes de cáncer infantil en el noroeste de México: lecciones aprendidas en los primeros cinco años en el Hospital General de Tijuana

»Rebeca Rivera-Gómez^{1,2,3}



»Adriana Vázquez¹

»Mónica Medina¹

»Magdalena Pérez¹

»Paula Aristizabal^{4,5,6}



¹ Unidad de Oncología Pediátrica del Hospital General Tijuana, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), Tijuana, México

² Comisión de Salud Fronteriza México-EE.UU. Tijuana, Baja California, México

³ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Baja California, Valle de las Palmas, Baja California, México

⁴ División de Hematología/Oncología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego y Rady Children's Hospital-San Diego, San Diego, EE. UU.

⁵ Ciencias Poblacionales, Disparidades y Alcance Comunitario, Universidad de California San Diego Moores Cancer Center, La Jolla, EE. UU.

⁶ Centro de Ciencia de la Diseminación e Implementación, Universidad de California San Diego Altman Clinical and Translational Research Institute, La Jolla, EE. UU.

Resumen

Antecedentes y Objetivos

Aunque la carga de cáncer infantil aumenta globalmente, la atención a supervivientes es limitada en países de ingresos bajos y medios (PIBM). Históricamente, en PIBM al terminar el tratamiento oncológico los pacientes reciben seguimiento en sus centros solamente por 3 a 5 años, principalmente para monitoreo de recurrencias, sin considerar la prevención de enfermedades crónicas o la detección temprana y el tratamiento de efectos tardíos. La poca información sobre el propósito de los Programas de Supervivientes de Cáncer Infantil,

la baja adherencia en seguimientos y la carencia del personal médico especializado, contribuyen a los escasos Programas de Supervivientes de Cáncer Infantil en PIBM. Describimos un Programa de Supervivientes de Cáncer Infantil establecido en el Hospital General de Tijuana, creado para brindar atención multidisciplinaria e integral a supervivientes en nuestra región.

Métodos

En 2019 se conformó el equipo del Programa de Supervivientes de Cáncer Infantil, conformado por oncólogos pediatras (1), trabajadores sociales (2) y psicólogos (1). En 2023 se adhirieron navegadores de atención (1) y médicos

* Autor para correspondencia: Rebeca Rivera-Gómez
Correo electrónico: rebeca.rivera.gomez@uabc.edu.mx

generales (1). Además, adaptamos las guías internacionales de atención a supervivientes a nuestro contexto local. En 2024 se logró atención especializada en neuropsicología, endocrinología, cardiología, genética, nutrición y psiquiatría.

Resultados

Se identificaron 230 supervivientes en el Hospital General de Tijuana, de los cuales 159 (69 %) recibieron atención integral en el Programa de Supervivientes de Cáncer Infantil. Se detectaron efectos tardíos en 111 (70 %) supervivientes, incluyendo déficits neurocognitivos (n= 40, 21 %), obesidad (n= 38, 34 %), trastornos de salud mental (n= 31, 28 %), ototoxicidad (n= 13, 12 %), trastornos endocrinos (n= 9, 8 %), cardiotoxicidad (n= 8, 7 %) y segundas neoplasias (n= 3, 3 %). El porcentaje de pacientes supervivientes atendidos por año aumentó constantemente, aproximadamente 7 % por año.

Conclusiones

A pesar de diversas barreras, nuestro Programa de Supervivientes de Cáncer Infantil fue imple-

mentado exitosamente. En nuestra institución, actualmente se brinda atención integral a supervivientes mediante un equipo multidisciplinario y cohesivo. El acceso a especialistas fue un reto; sin embargo, compartir el propósito del programa, la educación continua al personal clínico afín, la implementación de guías de atención a supervivientes estandarizadas y la difusión de los avances del programa a todas las partes interesadas facilitaron la integración de especialistas a nuestro equipo. La contratación de un navegador de atención y brindar los servicios en un hospital general facilitaron el seguimiento de pacientes, la atención médica y la transición a servicios de adultos. Nuestros próximos pasos incluyen crear conciencia entre las autoridades de salud y los miembros de la comunidad, con el fin de obtener apoyo adicional para expandir el programa. Nuestro modelo representa un cambio de paradigmas en nuestro contexto latinoamericano y es replicable en PIBM.

Palabras clave: supervivencia de cáncer infantil; efectos tardíos; implementación de programas.

Creación y fortalecimiento de una red de supervivientes de cáncer infantil: experiencia de la Fundación La Divina Providencia de Cali, Colombia

» Monica L. Quijano-Lievano ^{1,2,3,4}

» Pilar Carbonell ⁵

» Oscar Ramirez ^{2,3,4}

» Diana Milena Rivas ⁵

» Lina María Vargas ⁵

» Carmen Elisa Arellano ⁵

» Yetzaira Aguirre ⁵



¹ Doctorado en Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia

² Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Clínica Imbanaco, Cali, Colombia

³ Unidad de Investigación, Fundación POHEMA, Cali, Colombia

⁴ Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁵ Fundación La Divina Providencia de Cali, Colombia

Resumen

Antecedentes y Objetivo

Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) son fundamentales para mejorar los desenlaces clínicos de niños con cáncer, facilitando el acceso y continuidad del tratamiento en poblaciones vulnerables. Los lazos creados entre las OSC y los pacientes suelen ser duraderos. Así, muchos de los(as) niños(as), ahora ya adultos supervivientes, continúan en contacto con estas organizaciones, por lo que pueden convertirse en centros aglutinadores de supervivientes. Para promover el bienestar físico, psicológico y social, creamos, en conjunto con La Fundación la Divina Providencia (FLDP) de Cali (Colombia),

una red de apoyo a los supervivientes de cáncer infantil.

Métodos

Constituimos un equipo interdisciplinario, compuesto por enfermería/auxiliar (n= 1/n= 2), dirección administrativa (n= 1), psicología (n= 1), y voluntariado (n= 1). Revisamos la base de datos de personas residentes en FLDP con cáncer infantil (<15 años) entre 2001-2020. Esto, con el fin de identificar que la población blanco de la convocatoria tuviera ≥ 5 años desde el diagnóstico oncológico. Planeamos la red de apoyo a los supervivientes de cáncer infantil entre diciembre de 2023 a junio de 2024 e involucró etapas de diseño, selección de participantes, desarrollo de actividades, implementación,

* Autor para correspondencia: Monica L. Quijano-Lievano
Correo electrónico: monica.quijano@correounivalle.edu.co

evaluación y sostenibilidad. Las actividades iniciaron ininterrumpidamente desde agosto de 2024.

Resultados

En total se identificaron 197 personas residentes en FLDP, de los cuales 65 % (n= 127/197) estaban vivos y en 39 % (n= 49/127) se contaba con información de contacto. De estos, logramos establecer comunicación efectiva con 63 % (n= 31/49). Nombramos la red de apoyo a los supervivientes de cáncer infantil “Corazón Valiente y Resiliente” y diseñamos el logo. Programamos 16 encuentros mensuales en modalidad virtual sincrónica con una asistencia media de once participantes por sesión. La temática del currículo abordada por psicología y enfermería incluye: auxilios psicológicos, duelo, depresión, funcionalidad, discapacidad, autoestima, auto-

cuidado y aprendizaje basado en la experiencia (historias de vida).

Conclusiones

La red de apoyo a los supervivientes de cáncer infantil “Corazón Valiente y Resiliente” es una iniciativa local de una OSC en oncología pediátrica con gran potencial transformador. Esperamos que, con su fortalecimiento, más supervivientes y otras OSC se unan a nuestro objetivo de consolidar la primera red de apoyo a los supervivientes de cáncer infantil en Colombia.

Palabras clave: supervivientes de cáncer; organizaciones de la sociedad civil; sistemas de apoyo psicosocial y grupo de salud interdisciplinario.



Satisfacción de los cuidadores con un programa de cuidados paliativos pediátricos domiciliarios en Tijuana, México

»Angélica Martínez ¹

»Magdalena Pérez ¹

»Santiago Bolívar ²

»Gabriela Murrillo ¹

»Dulce Sánchez ¹

»Maribel Ramírez ¹

»Mario Ornelas ¹

»Rebeca Rivera-Gómez ^{1,3,4}

»Paula Aristizabal ^{5,6,7}



¹ Unidad de Oncología Pediátrica del Hospital General Tijuana, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), Tijuana, Baja California, México

² Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

³ Comisión de Salud Fronteriza México-EE.UU. Tijuana, Baja California, México

⁴ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Baja California, Valle de las Palmas, Baja California, México

⁵ División de Hematología/Oncología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego y Rady Children's Hospital-San Diego, San Diego, EE. UU.

⁶ Ciencias Poblacionales, Disparidades y Alcance Comunitario, Universidad de California San Diego Moores Cancer Center, La Jolla, EE. UU.

⁷ Centro de Ciencias de la Diseminación e Implementación, Universidad de California San Diego Altman Clinical and Translational Research Institute, La Jolla, EE. UU.

Resumen

Antecedentes y Objetivos

Aproximadamente el 80 % de niños con cáncer que requieren cuidados paliativos reside en países de ingresos bajos y medios (PIBM). Sin embargo, los programas de cuidados paliativos pediátricos son limitados en PIBM y los reportes sobre las perspectivas de los cuidadores son escasos. Evaluamos la satisfacción reportada por cuidadores sobre atención paliativa domiciliar brindada a niños con cáncer al final de la vida, en el programa de cuidados palia-

tivos pediátricos del Hospital General-Tijuana, México.

Métodos

Utilizamos la encuesta *Evaluación Integral de la satisfacción con la Atención*, adaptada y traducida usando el método Brislin, a partir cuestionario en inglés *Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care (CASC)*. Encuestamos a cuidadores de niños con cáncer, participantes en el programa de cuidados paliativos pediátricos domiciliario entre 2016 y 2022. Evaluamos la satisfacción sobre: 1) Habilidades técnicas del equipo médico, 2) Habilidades inter-

* Autor para correspondencia: Rebeca Rivera-Gomez
Correo electrónico: rebeca.rivera.gomez@uabc.edu.mx

personales del equipo médico, 3) Disponibilidad del equipo médico, 4) Calidad de información proporcionada por el equipo médico, 5) Calidad de la atención médica y, 6) Satisfacción general.

Resultados

Treinta cuidadores completaron el cuestionario entre 24 y 83 meses posterior al fallecimiento del niño. Los resultados relacionados a la satisfacción fueron: 1) Habilidades técnicas del equipo médico: control del dolor, 83 %; control de síntomas, 63 % (náusea/vómito, insomnio, estreñimiento, hiporexia); experiencia clínica del equipo médico, 97 %; 2) Habilidades interpersonales del equipo médico: interés del equipo médico en necesidades emocionales del niño y sus cuidadores, 92 %; amabilidad del equipo médico, 87 %; 3) Disponibilidad del equipo médico: tiempo dedicado, 97 %; ofrecimiento de manejo hospitalario según necesidad de cada familia, 100 %; 4) Calidad de información sobre: manejo médico, 90 %; instrucciones de cuidados en casa, 93 %; integridad de información, 87 %; comunicación compasiva, 97 %;

5) Atención médica: atención telefónica, 90 %; apoyo durante el duelo, 87 %; seguimiento después del fallecimiento del niño, 57 %. La satisfacción general fue 100% (RIC, 0.75), y el 93 % de los cuidadores reportó que la atención domiciliaria facilitó el fallecimiento pacífico del niño en casa.

Conclusiones

Nuestro programa de cuidados paliativos pediátricos domiciliario fue muy bien recibido por los cuidadores de niños con cáncer y la satisfacción fue alta, sugiriendo que la atención domiciliaria es viable y potencialmente sostenible en PIBM. Entre las áreas de oportunidad encontramos la necesidad de fortalecer el apoyo y seguimiento a largo plazo durante el duelo de los cuidadores después del fallecimiento del niño, fomentando la creación de espacios seguros para los cuidadores.

Palabras clave: cuidados paliativos; atención domiciliaria; encuesta a cuidadores.

Sistema de vigilancia de resultados clínicos de cáncer infantil (VIGICANCER): catorce años de actividades de monitoreo del “mundo real” en un país de medianos ingresos

»Oscar Ramirez^{1,2,3}

»Paula Aristizabal^{4,5,6}

»Santiago Bolivar⁷

»Margarita Quintero¹

»Viviana Lotero^{1,8}

»Maria Ximena Castro^{1,8}

»Diego Medina^{1,9}

»Roberto Jaramillo^{1,10}

»Luis E. Bravo³



¹ Unidad de Investigación, Fundación POHEMA, Cali, Colombia

² Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Clínica Imbanaco, Cali, Colombia

³ Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁴ División de Hematología/Oncología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego/Rady Children's Hospital-San Diego, San Diego, California, EE. UU.

⁵ Ciencias Poblacionales, Disparidades y Alcance Comunitario, Centro de Cáncer Moores, Universidad de California San Diego, La Jolla, California, EE. UU.

⁶ Centro de Ciencias de Implementación y Diseminación, Instituto de Investigación Clínica y Traslacional, Universidad de California San Diego Instituto Altman para la Investigación Clínica y Traslacional, La Jolla, California, EE. UU.

⁷ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

⁸ Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

⁹ Departamento Materno infantil, Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

¹⁰ Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General de Hospital, Barcelona, España

Resumen

Antecedentes y Objetivos

El control del cáncer infantil requiere diagnósticos oportunos y tratamientos efectivos. El monitoreo de resultados clínicos permite evaluar el *continuum* de la atención del cáncer a nivel poblacional. Describimos las características clínicas, la supervivencia global a 5 años (SG-5a), y la supervivencia libre de evento a 5 años (SLE-

5a) en niños y adolescentes colombianos con cáncer.

Métodos

VIGICANCER, establecido en Cali (2009), actualmente opera en 27 unidades de oncología pediátrica de diez ciudades colombianas y registra el 55 % de casos de cáncer infantil proyectados anualmente en Colombia. VIGICANCER incluye pacientes <19 años con nuevos diagnósticos de cáncer infantil, utilizando la

* Autor para correspondencia: Oscar Ramirez
Correo electrónico: oramirez@pohema.org

Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología tercera edición y recolecta características sociodemográficas y clínicas, y eventos como muerte, recaída y abandono del tratamiento. Además, realiza seguimiento activo cada tres meses y controles de calidad de datos sistemáticos institucional y centralmente. Utilizamos Kaplan-Meier para estimar supervivencias.

Resultados

Entre 2009 y 2023, VIGICANCER registró 9.838 pacientes y 3.184 eventos, incluidas 2.728 muertes. La mediana de edad fue 8.6 años (RIC, 4.0-13.7), 55.0 % (n=5.409/9.836) fueron varones, 8.1 % (n= 752/9.325) de etnia negra, 3.0% (n= 194/6,568) de etnia indígena, y 49.6 % (n= 4.763/9.597) con seguro público. El 54 % (n= 5.340/9.838) presentó tumores hematológicos, 14.6 % (1.440/9.838) tumores del sistema nervioso central (SNC), y 31.1 % (n= 3.058/9.838) tumores sólidos. La SG-5a de la cohorte fue 64.1 % (IC95 %, 62.9-65.2); en tumores hematológicos,

tumores del SNC y tumores sólidos fue 67.0%, 54.0% y 62.9%, respectivamente. La SLE-5a de la cohorte fue 56.9% (IC95%, 55.7-58.2); en tumores hematológicos, tumores del SNC y tumores sólidos fue 59.7%, 47.2 %, y 56.5%, respectivamente.

Conclusiones

La información confiable y oportuna sobre desenlaces clínicos es esencial para informar políticas de control del cáncer infantil. El monitoreo continuo de desenlaces clínicos del “mundo real” y sus determinantes proporciona información clave sobre los “estándares de atención” locales e informa estrategias para mejorar la supervivencia. Sistemas como VIGI-CANCER son necesarios con urgencia en países de ingresos bajos y medios.

Palabras clave: epidemiología; supervivencia; cáncer; vigilancia.

Disparidades en la supervivencia de niños y adolescentes con cáncer pertenecientes a etnia negra en Colombia

» Monica L. Quijano-Lievano ^{1,2,3,4}

» Paula Aristizabal ^{5,6,7}

» Carlos Portilla ^{2,3}

» Vivian Piedrahita ^{3,8}

» Luis E. Bravo ⁴

» Jesús Ardila ^{3,10}

» Karina Grillo ^{3,4,9}

» Oscar Ramirez ^{2,3,4}
en representación del grupo de trabajo de VIGANCER



¹ Doctorado en Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia

² Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Clínica Imbanaco, Cali, Colombia

³ Unidad de Investigación, Fundación POHEMA, Cali, Colombia

⁴ Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁵ Division of Pediatric Hematology/Oncology, Department of Pediatrics, University of California San Diego and Rady Children's Hospital-San Diego, San Diego, California, EE. UU.

⁶ Population Sciences, Disparities and Community Outreach, Moores Cancer Center, University of California San Diego, La Jolla, California, EE. UU.

⁷ Center for Implementation and Dissemination Sciences, Altman Clinical and Translational Research Institute, University of California San Diego, La Jolla, California, EE.UU.

⁸ Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁹ Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

¹⁰ Unidad de Hemato-Oncología Pediátrica, Fundación Clínica Infantil Club Noel, Cali, Colombia

Resumen

Antecedentes y Objetivos

Las disparidades en supervivencia entre pacientes con cáncer pertenecientes a etnia negra (PEN) y los no pertenecientes a etnia negra (No-PEN) están documentadas en adultos. Describimos disparidades en la supervivencia en niños con cáncer PEN y No-PEN en Colombia durante los últimos dos quinquenios.

Métodos

Analizamos información de pacientes <19 años, registrados prospectivamente (2014-2023) en

el Sistema de Vigilancia de Resultados Clínicos de Cáncer Infantil (VIGANCER). Comparamos características sociodemográficas, grupos tumorales y la supervivencia global a 5 años (SG-5a), en dos quinquenios: Q1 (2014-2018) y Q2 (2019-2023). Utilizamos Kaplan-Meier y regresión de Cox para estimar la SG-5a y la razón de riesgo de mortalidad (HRa [PEN/No-PEN]) ajustada por edad, sexo, residencia, régimen de aseguramiento en salud (subsidiado [RAS-S], contributivo [RAS-C]), grupo tumoral, ciudad de tratamiento y quinquenio.

Resultados

VIGANCER registró 8.626 pacientes entre 2014-2023 (Q1= 2.835; Q2= 5.791). La distribución

* Autor para correspondencia: Monica L. Quijano-Lievano
Correo electrónico: monica.quijano@correounivalle.edu.co

de pacientes PEN (n= 610) y No-PEN (n= 7.867) en Q1 vs. Q2 fue: 285 vs. 2.431 y 325 vs. 5.436, respectivamente (149 datos faltantes). Encontramos diferencias entre pacientes PEN vs. No-PEN en el grupo de edad de 10-14 años (32 % [n= 195] vs. 27 % [n=2.122]; p= 0.008); RAS-S (69 % [n= 419] vs. 49 % [n= 3.824]; p <0.001) y con carcinomas no tiroideos (2.5 % [n= 15] vs. 0.9 % [n= 73]; p <0.001). Las distribuciones de características sociodemográficas no cambiaron entre Q1 y Q2. La SG-5a en pacientes PEN vs. No-PEN fue 592 % vs. 651 %; p= 0.001; por RAS-C fue 714 % vs. 691 %; p= 0.897; y por RAS-S fue 55±3 % vs. 61±1 %; p= 0.005. La SG-5a en pacientes PEN en Q1 vs. Q2 fue 63±3 % vs. 56±3 %; p= 0.13; y en No-PEN fue 65±1 % en ambos quinquenios. El HRa fue 1.17 (IC95 %, 1.0-1.4).

Conclusiones

Las disparidades en la supervivencia entre pacientes PEN y No-PEN fueron evidentes en el RAS-S. El incremento del riesgo de mortalidad (17 %) en pacientes PEN persistió luego de ajustar por características sociodemográficas. Estas disparidades podrían explicarse por determinantes sociales no medidos actualmente por VIGICANCER.

Palabras clave: salud de las minorías étnicas; inequidades en salud; determinantes sociales de la salud; análisis de supervivencia.

Desarrollo de una aplicación móvil centrada en el usuario para facilitar la detección temprana de cáncer infantil en Colombia: optimización de S-IMICICA_V.2

»Karina Grillo ^{1,2,3}



»Jesús Ardila ^{1,4}



»Santiago Bolívar ⁵



»Patricia Montenegro ^{1,6}



»Oscar Ramirez ^{1,2,7}



»Paula Aristizabal ^{8,9,10}



¹ Unidad de Investigación, Fundación POHEMA, Cali, Colombia

² Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

³ Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁴ Unidad de Oncología y Hematología Pediátrica, Fundación Clínica Infantil Club Noel, Cali, Colombia

⁵ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

⁶ Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Clínica Blas de Lezo, Cartagena, Colombia

⁷ Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁸ División de Hematología/Oncología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego/Rady Children's Hospital-San Diego, San Diego, California, EE. UU.

⁹ Ciencias Poblacionales, Disparidades y Alcance Comunitario, Centro de Cáncer Moores, Universidad de California San Diego, La Jolla, California, EE. UU.

¹⁰ Centro de Ciencias de Implementación y Diseminación, Instituto de Investigación Clínica y Traslacional, Universidad de California San Diego Instituto Altman para la Investigación Clínica y Traslacional, La Jolla, California, EE. UU.

Resumen

Antecedentes y Objetivos

Las aplicaciones de salud móvil (SaludM) adaptadas a contextos locales tienen el potencial de facilitar decisiones clínicas en países de bajos y medianos ingresos. Describimos el desarrollo de S-IMCICA_V.2, una aplicación (app) de SaludM centrada en el usuario, creada en colaboración con actores clave y con el objetivo de facilitar la detección temprana de cáncer infantil y su

remisión oportuna a unidades de oncología pediátrica en Colombia.

Métodos

Desarrollamos el prototipo de IMCICA, primera versión de la app para detección temprana, abordando brechas de conocimiento e infraestructura identificadas previamente: capacitación para personal de atención primaria, apoyo logístico y seguimiento durante la remisión del paciente y captura de datos. Involucramos actores clave (personal de atención

* Autor para correspondencia: Elvia Karina Grillo
Correo electrónico: karina.grillo@pohema.org

primaria, oncólogos pediatras, enfermeros, personal aliado) de zonas urbanas y rurales, con diferentes niveles de experiencia en la atención del cáncer infantil. Posteriormente desarrollamos S-IMCICA_V.2 de manera iterativa en sesiones presenciales (n= 1) y virtuales (n= 3), recopilando información cuantitativa (encuestas) y cualitativa (entrevistas). Los participantes completaron ejercicios de simulación para familiarizarse con la app. La retroalimentación de cada sesión se recopiló, sintetizó, e implementó para mejorar la funcionalidad de la app.

Resultados

Cincuenta actores clave (personal de atención primaria= 23, enfermeros= 5, oncólogos pediatras= 8, personal aliado= 14) participaron en las sesiones de desarrollo. Los participantes consideraron que el prototipo final, S-IMCICA_V.2, era útil, fácil de usar y satisfacía sus necesidades durante la identificación de signos y síntomas

de cáncer infantil y diagnósticos diferenciales. Recopilamos recomendaciones para mejorar la experiencia del usuario y la adopción de la app, incluyendo personalización, alfabetización de menús desplegables, comprobaciones lógicas y gamificación, inclusión de la unidad de oncología pediátrica más cercana que pudiera aceptar al paciente, y herramientas para el seguimiento de los resultados de la remisión.

Conclusiones

Desarrollamos una app de SaludM para la detección oportuna de cáncer infantil, utilizando retroalimentación iterativa de actores clave. Integraremos S-IMCICA_V.2 a un currículo de aprendizaje virtual recientemente desarrollado y lo implementaremos en cinco regiones colombianas.

Palabras clave: neoplasia; niño; detección precoz del cáncer.



Mortalidad temprana y residencia: rol del tamaño de la ciudad y la ruralidad en niños con cáncer del sureste de Colombia

»Jorge Rueda¹
 »Miguel Bayona¹
 »Nelson Ramírez¹
 »Alexander Cabezas¹
 »María Ávila²
 »Monica L. Quijano-Lievano^{3,4,5,6}
 »Santiago Bolívar⁷
 »Vivian Piedrahita^{3,8}
 »Karina Grillo^{3,5,9}
 »Paula Aristizabal^{10,11,12}
 »Oscar Ramirez^{3,5,6}
 »Jesús Ardila^{3,13}



¹ Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, Huila, Neiva, Colombia
² Departamento de Oftalmología de la Familia Viterbi e Instituto Shiley Eye, Universidad de California, San Diego, La Jolla, California
³ Unidad de Investigación, Fundación POHEMA, Cali, Colombia
⁴ Doctorado en Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia
⁵ Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Cali, Colombia
⁶ Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Clínica Imbanaco, Cali, Colombia
⁷ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
⁸ Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, Colombia
⁹ Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Cali, Colombia
¹⁰ División de Hematología/Oncología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego/Rady Children's Hospital-San Diego, San Diego, California, EE. UU.
¹¹ Ciencias Poblacionales, Disparidades y Alcance Comunitario, Centro de Cáncer Moores, Universidad de California San Diego, La Jolla, California, EE. UU.
¹² Centro de Ciencias de Implementación y Diseminación, Instituto de Investigación Clínica y Traslacional, Universidad de California San Diego Instituto Altman para la Investigación Clínica y Traslacional, La Jolla, California, EE. UU.
¹³ Unidad de Oncología y Hematología Pediátrica, Fundación Clínica Infantil Club Noel, Cali, Colombia

Resumen

Antecedentes y Objetivos

La ruralidad y la distancia al centro de tratamiento pueden afectar negativamente los desenlaces clínicos en niños con cáncer. Evaluamos la asociación entre la mortalidad acumulada ≤ 6 meses (MA-6m) y residencia en una ciudad pequeña/rural (R-CP/R) en el sureste colombiano.

Métodos

Analizamos información del Sistema de Vigilancia de Resultados Clínicos de Cáncer Infantil (VIGICANCER). Incluimos niños (<15 años) con cáncer tratados en el Departamento del Huila (Índice de Desarrollo Humano: 0.711), cuyo centro de referencia de cáncer es el hospital público de la capital departamental (Neiva, área de influencia: 1.2 millones de habitantes). La MA-6m se estratificó por R-CP/R (Sí vs. No)

* Autor para correspondencia: Oscar Ramirez
 Correo electrónico: oramirez@pohema.org

y tipo de tumor: hematológico vs. sólido Utilizamos regresión de Cox para estimar razones de riesgo ajustadas (aHR) por edad, sexo y año de diagnóstico.

Resultados

En el periodo 2014-2023, VIGICANCER registró 8.640 niños, de los cuales 345 (4 %) fueron pacientes atendidos en Huila, con una mediana de edad de 8 años (RIC, 4-13), 55 % (n= 191/345) fueron varones, 2 % (n= 7/345) de etnia negra, 83 % (n= 285/345) pertenecientes al régimen subsidiado (público) de aseguramiento en salud y 67 % (n= 231/345) diagnosticados con tumores hematológicos. Los pacientes con R-CP/R en Huila comparados con la cohorte total de VIGICANCER fueron 74 % (n= 256/344) vs. 61 % (n= 5.194/8.640), $p < 0.01$. La MA-6m en niños con tumores hematológicos por R-CP/R vs. no-R-CP/R fue de 20 % vs. 5 % (aHR 3.6; IC 95 %, 1.1-11.8)

y en niños con tumores sólidos fue de 18 % vs. 12 % (aHR 1.5; IC 95 %, 0.4-5.2), respectivamente.

Conclusiones

Residir en una ciudad pequeña o rural en el sureste colombiano se asoció con un mayor riesgo de mortalidad temprana en niños con tumores hematológicos, pero no en tumores sólidos. La mortalidad temprana en tumores hematológicos generalmente se atribuye a complicaciones del tratamiento, mientras que en tumores sólidos a estadios avanzados al diagnóstico. Nuestros hallazgos respaldan la necesidad de intervenciones basadas en datos, adaptadas localmente, para disminuir la mortalidad.

Palabras clave: ruralidad; pronóstico; desenlace.

Evaluación de la ruta diagnóstica y su impacto en la estadificación de los pacientes con tumor de Wilms en Brasil

»Joaquim Caetano de Aguirre-Neto ^{1,2}



»Gabriela Ticle Monteiro ¹

»Patricia Semino Tavares ¹

»Sara Ribeiro ¹

»Beatriz de Camargo ¹



¹ Grupo Brasileiro de Tumores Renais, Brasil

² Santa Casa BH, Belo Horizonte, Brasil

Resumen

Introducción y Objetivos

La eficacia de los servicios de atención primaria en la detección del tumor de Wilms (TW) en Brasil es preocupante. Este estudio analiza la relación entre la trayectoria diagnóstica y la presencia de metástasis al momento del diagnóstico, explorando el papel de los diferentes niveles de atención en la detección de TW.

Métodos

Se realizó un estudio transversal con 254 pacientes brasileños con TW registrados en el protocolo UMBRELLA-RTSG-SIOP-2016 (2019-2022). Se analizaron los puntos de contacto inicial con el sistema de salud, las rutas diagnósticas y el

intervalo entre los síntomas y el diagnóstico. Se aplicaron pruebas de chi-cuadrado y Kolmogorov-Smirnov para evaluar la relación entre la trayectoria, la presencia de metástasis y el retraso en el diagnóstico.

Resultados

La mayoría de los diagnósticos iniciales de TW ocurrieron en servicios de urgencias (64.2 %). La enfermedad metastásica estuvo presente en el 22 % de los pacientes con TW. La ruta diagnóstica principal fue la presencia de síntomas tumorales (84.6 %), mientras que los controles rutinarios y los exámenes de tamizaje representaron solo el 2.4 % y el 2 %, respectivamente. Los pacientes con TW sin metástasis tuvieron un mayor tiempo medio desde los síntomas hasta el diagnóstico (51.3 vs. 38.6 días, $p = 0.196$), con una diferencia significativa en la atención

* Autor para correspondencia: Joaquim Caetano de Aguirre-Neto
Correo electrónico: joaquimneto@santacasabh.org.br

primaria (71.67 vs. 37.13 días, $p= 0.032$). En el sistema público, el 80.4 % de los diagnósticos de TW se realizaron en urgencias, mientras que en el privado el 36.3 % se diagnosticó en atención primaria ($p= 0.004$).

Conclusiones

El diagnóstico de TW en Brasil ocurre tardíamente y, en la mayoría de los casos, en servicios

de urgencias. Las limitaciones en la utilización y en la capacidad de detección en la atención primaria comprometen la identificación precoz niños con TW. Son esenciales las estrategias para fortalecer la detección asintomática del TW en este nivel de atención.

Palabras clave: tumores renales pediátricos; diagnóstico precoz; atención primaria en salud; tumor de Wilms.



Real world data: next generation sequencing analyses for pediatric brain tumors and access to targeted therapy in an upper-middle-income country

»Natália Dassi ¹



»Silvia Regina Caminada de Toledo ¹



»Francine Tesser Gamba ¹



»Daniela Barbosa de Almeida ¹



»Jessica Benigno Rodrigues ¹



»Nasjla Saba da Silva ¹



»Andrea Maria Cappellano ¹

¹ Instituto de Oncologia Pediátrica-GRAACC-UNIFESP, São Paulo, Brasil

Abstract

Background and Aims

Disparities in outcomes between high-income countries and low- and middle- income countries (LMIC) result from socio-political and economic factors. Despite advancements in molecular characterization in neuro-oncology, its implementation in LMIC is limited. We describe the molecular characterization of brain tumors in a pediatric cohort in Brazil.

Methods

We analyzed the utilization of a Next Generation Sequencing (NGS) panel in pediatric brain tumors in a single center in an upper middle-income country.

Results

Between 2018 and 2024, 550 patients were diagnosed with pediatric brain tumors in our institution: 214 (38.9%) were low-grade gliomas (LGG), 97 were (17.6%) medulloblastomas, 96 (17.4%) were high-grade gliomas (HGG), 38 (6.9%) were germ cell tumors (GCT), 36 were (6.5%) ependymomas, 27 (4.9%) were craniopharyngiomas, 23 (4.2%) were choroid plexus tumors (CPT), 8 (1.5%) were atypical teratoid rhabdoid tumors (AT/RT), 7 (1.4%) were sarcomas, and 4 (0.7%) were pineoblastomas. NGS was performed on 190 samples (34.5%), identifying 136 variants (71.5%). Variants were identified in 70/82 (85.4%) of LGG cases, most commonly BRAF-KIAA1549 fusions, in 25/28 (89.3%) of LGG cases, including H3K27M (6) and BRAFV600E (4) mutations, and ALK/ROS/NTRK fusions in infants (4), and in all 13 DIPGs cases, mostly H3K27M mutations, respec-

* Autor para correspondencia: Natália Dassi
Correo electrónico: natalia.dassi@unifesp.br

tively. Other tumors in which variants were identified included medulloblastomas (15/31), AT/RT (3/8), pineoblastomas (1/4), craniopharyngiomas (2/2), ependymomas (3/7), CPT (1/2), sarcomas (2/2), and GCT (1/2). Five patients with LGG and two with HGG and BRAFV600E mutations received dabrafenib and trametinib. Three patients with LGG and BRAF fusions received trametinib. One HGG patient with CDK4 amplification received palbociclib. Three patients with infant-type hemispheric LGG and ALK/ROS/NTRK fusions received lolartinib/repotrectinib. In 11 cases, medications were provided through expanded access/compassionate use programs, two through private health insurance coverage, and one through enrollment in a clinical trial.

Conclusion

Despite molecular analysis through NGS being feasible in one third of cases, targeted therapy was available in a very small proportion of patients (2.5%), primarily through compassionate use programs. This highlights that, despite governmental and non-governmental support, access to sophisticated molecular diagnostics and targeted therapies remains challenging in LMIC.

Key words: brain tumors; molecular targeted therapy; low- and middle-income countries



Técnicas de colocación de TIVAD: ¿varía la dosis de radiación según el método de inserción?

»Albert Pasten¹
»Marta Martín¹
»María Coronas¹
»Raimon Ripoll¹
»Mariona Bayarri¹
»Bruno Catoia¹
»Rosalía Carrasco¹
»Lucas Krauel¹



¹ Unidad de Cirugía Oncológica, Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Resumen

Introducción y Objetivos

La colocación de catéteres venosos centrales totalmente implantables (TIVAD) es esencial en oncología pediátrica para la administración de tratamientos y toma de muestras. La necesidad del apoyo fluoroscópico para comprobar la ubicación del catéter genera preocupación, por los efectos acumulativos de la radiación en este grupo de pacientes. Nuestro objetivo fue analizar la exposición a la radiación durante la inserción de TIVAD, evaluando si existen diferencias en función de la técnica utilizada.

Métodos

Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de 292 colocaciones de TIVAD en 262 pacientes, entre enero de 2023 y febrero de 2025. Se registró la dosis de radiación (DR) medida en las siguientes técnicas quirúrgicas: punción, disección y guía a través de un catéter previo. Se realizó un análisis descriptivo, incluyendo pruebas de normalidad, medias y desviaciones estándar para la variable cuantitativa, y frecuencias para la variable cualitativa. Se utilizó la prueba ANOVA para comparar las medias de radiación entre los diferentes grupos.

* Autor para correspondencia: Albert Pasten
Correo electrónico: apastego44@alumnes.ub.edu

Resultados

La DR media fue de 0.1580 Gy (rango entre 0.00 y 0.96 Gy) en los 292 procedimientos analizados, con una distribución no normal de la DR. Respecto a la técnica, la mayoría (72.6 %) correspondió a la punción (DR 0.142 Gy), un 16.4% a disección (DR 0.173 Gy), y un 11 % a guía con catéter previo (DR 0.147 Gy). El análisis ANOVA no mostró diferencias significativas en la dosis de radiación entre las distintas técnicas de inserción ($p=0.117$).

Conclusiones

La colocación de TIVAD implica exposición a radiación y nuestro estudio no mostró diferencias significativas en la DR entre las técnicas evaluadas. La dosis media fue baja, lo que sugiere eficacia técnica en el equipo. Es clave investigar estrategias para reducir la exposición en niños y considerar alternativas a la fluoroscopia.

Palabras clave: fluoroscopia; radiación; catéter venoso central; pediatría; cirugía oncológica pediátrica.

Supervivencia de niños colombianos con tumor de Wilms según tipo histológico y aseguramiento en salud

»Eileen Fonseca ¹



»Adriana Linares ¹



»Edgar Cabrera ^{1,2}



»Carlos Pardo ^{1,2}



»Gisela Barros ¹



»Jessica Flechas ¹



»Jhonny García ¹



»Diana Plazas ¹



»Nelson Aponte ¹



»Cristian Vallejo ¹



»Nadime Osorio ¹



»Vivian Piedrahita ⁴



»Santiago Bolívar ⁵



»Jesús Ardila ^{3,6}



»Karina Grillo ^{3,7,8}



»Paula Aristizabal ^{10,11}



»Oscar Ramirez ^{3,7,12}



¹ Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Fundación Hospital Pediátrico la Misericordia-HOMI, Bogotá, Colombia

² Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

³ Unidad de Investigación, Fundación POHEMA, Cali, Colombia

⁴ Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁵ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

⁶ Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Fundación Clínica Infantil Club Noel, Cali, Colombia

⁷ Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁸ Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

⁹ División de Hematología/Oncología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego y Rady Children's Hospital-San Diego, San Diego, EE. UU.

¹⁰ Ciencias Poblacionales, Disparidades y Alcance Comunitario, Universidad de California San Diego Moores Cancer Center, La Jolla, EE. UU.

¹¹ Centro de Ciencia de la Diseminación e Implementación, Universidad de California San Diego Altman Clinical and Translational Research Institute, La Jolla, EE. UU.

¹² Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Clínica Imbanaco de Cali, Colombia

Resumen

Antecedentes y Objetivos

Previamente habíamos descrito disparidades en supervivencia por aseguramiento en salud en niños colombianos con cáncer. Ahora, examinamos desenlaces clínicos de niños con tumor

de Wilms (TW) según el estadio, características histológicas, y aseguramiento (público vs. semi-privado) en una cohorte prospectiva multicéntrica en Colombia.

Métodos

Analizamos información de pacientes <19 años con TW registrados en el Sistema de Vigilancia

* Autor para correspondencia: Eileen Fonseca
Correo electrónico: evfonsecas@unal.edu.co

de Resultados Clínicos de Cáncer Infantil (VIGI-CANCER), entre 2014 y 2023. Calculamos la razón de disparidades según aseguramiento y características histológicas, ajustando (ORa) por edad, sexo, etnia negra, residencia habitual, ciudad y año de diagnóstico, estadio, y respuesta al tratamiento. Utilizamos Kaplan-Meier para estimar la supervivencia global a 5 años (SG-5a).

Resultados

VIGI-CANCER registró 335 casos de TW durante el periodo del estudio; 53 % (n= 178/335) fueron mujeres, 71 % (n= 232/328) <5 años, 9 % (30/333) de etnia negra, y 50 % (n= 166/335) tenía aseguramiento público. El 87 % (n= 270/309) fueron tumores unilaterales, 15 % con histología desfavorable (n= 43/296) y 30 % con anaplasia (n= 85/297). La distribución de estadios fue: I-II, 44 % (n= 118/266); III, 37 % (n= 98/266); y IV, 19 % (n= 50/266). La SG-5a de la cohorte fue 83 ± 2 % y para estadios I-II, III y IV de 93 ± 3 %, 81 ± 5 %, y 74 ± 8 %, respectivamente. La SG-5a por asegura-

miento (privado vs. público) fue 76 ± 3 % vs. 91 ± 4 % (p= 0.002). La presencia de histología desfavorable y anaplasia por aseguramiento (privado vs. público) fue 19 % vs. 8 % (ORa= 2.8; IC 95 %, 1.0-8.0), y 36 % vs. 19 % (ORa= 4.9; IC 95 %, 1.8-13.1), respectivamente.

Conclusiones

En niños colombianos con TW estadio I-II, la SG-5a es similar a reportes en países de alto ingreso. Sin embargo, documentamos disparidades en supervivencia según el aseguramiento. También observamos una fuerte asociación entre aseguramiento público y presencia de anaplasia. Los retrasos diagnósticos, comunes en países de bajos y medianos ingresos, pueden conllevar a cargas tumorales más altas, asociándose a su vez a mayor anaplasia y a peores resultados de supervivencia en niños con aseguramiento público.

Palabras clave: tumor de Wilms; supervivencia; anaplasia; inequidades en salud.

Impacto de la revisión centralizada de patología en tumores renales pediátricos en Brasil: implicaciones para la estratificación de riesgo y el tratamiento

»Joaquim Caetano de Aguirre-Neto^{1,2}



»Mariana A. Morini^{1,3}



»Isabela Werneck da Cunha^{1,3}



¹ Grupo Brasileiro de Tumores Renais, Brasil

² Santa Casa BH Hospital, Belo Horizonte, Brasil

³ D'Or Institute for Research and Education, São Paulo, Brasil

Resumen

Antecedentes y Objetivos

El diagnóstico histopatológico preciso es esencial para la estratificación del riesgo y la toma de decisiones terapéuticas en tumores renales pediátricos. Desde 2016, el Grupo Brasileño de Tumores Renales (GBTR) ofrece sistemáticamente una revisión centralizada de la patología, con el objetivo de reducir las discrepancias diagnósticas y optimizar el tratamiento. Este estudio tiene como objetivo evaluar la frecuencia y el impacto en la clasificación histológica de las discrepancias entre los informes patológicos locales y la revisión central, destacando sus implicaciones para el manejo clínico.

Métodos

Se revisaron 426 casos de tumores renales

pediátricos remitidos al GBTR entre 2016 y 2022. Las clasificaciones histológicas y el estadio patológico proporcionados por los laboratorios de origen fueron comparados con los resultados de la revisión central, siguiendo las directrices del protocolo UMBRELLA_RTSG-SIOP-2016.

Resultados

En el 35.7 % de los casos se documentó al menos una discrepancia y en el 12 % de los casos esta discrepancia impactó en la clasificación de riesgo. La principal discrepancia observada fue la sobreestimación en la estadificación del riesgo por el patólogo local, lo que llevó a la reclasificación de alto riesgo a riesgo intermedio en 5.2 % de los casos. Además, en el 20.1% de los casos hubo cambios en estadio patológico final, siendo las principales causas la interpretación del compromiso del seno renal (8.5 %), la grasa perirrenal (3.3 %) y los márgenes quirúrgicos.

* Autor para correspondencia: Joaquim Caetano de Aguirre-Neto
Correo electrónico: joaquimneto@santacasabh.org.br

Conclusiones

La revisión centralizada tiene un papel crucial en el diagnóstico y la estratificación de riesgo de los tumores renales pediátricos, con impacto directo en las decisiones terapéuticas. Las principales causas de discrepancias encontradas en nuestra serie incluyen la interpretación del patrón histológico y la evaluación del compro-

miso del seno renal y márgenes quirúrgicos. El desarrollo de estrategias para la expansión de esta práctica, puede contribuir significativamente a la mejora de los resultados clínicos en países de América Latina.

Palabras clave: tumor de Wilms; nefroblastoma; patología; revisión centralizada; oncología pediátrica.



Agradecimientos a los revisores de resúmenes

El comité de Resúmenes de Investigación Congreso SLAOP-ACHOP 2025 agradece y reconoce el tiempo y el esfuerzo dedicados por los revisores para mejorar la calidad de los trabajos presentados en el congreso y los publicados en este número.

Alexander Casallas

Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.



Andréa Maria Cappellano

Instituto de Oncología Pediátrica IOP/GRAACC/UNIFESP, São Paulo, Brasil. Sociedad Latinoamericana de Oncología Pediátrica (SLAOP).



Carlos Castro

Unidad de Investigación, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.



Andrés Morales La Madrid

Unidad de Neuro-Oncología Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.



Catalina Arango Ferreira

Departamento de Infectología Pediátrica, Hospital San Vicente Fundación. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.



Cindy Martínez

Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Clínica Infantil Colsubsidio, Bogotá, Colombia.





Revista Colombiana de Hematología y Oncología

Resúmenes de Investigación: XXXVI Congreso de Sociedad Latinoamericana de Oncología Pediátrica (SLAOP) y XXIII Congreso de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica – Cali, junio del 2025

Claudia Paola Garrido

Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP), Ciudad de Guatemala, Guatemala.



Claudia Greppi

Unidad Hematología/Oncóloga Pediátrica, Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.

Daniel Moreira

Departamento de Medicina Global Pediátrica, St. Jude Children's Research Hospital, Memphis, Tennessee, EE. UU.



Eileen Fonseca

Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Fundación Hospital Pediátrico la Misericordia-HOMI, Bogotá, Colombia



Eliana López

Departamento de Salud Pública y Ciencias de la Información, Universidad de Louisville, Louisville, Kentucky, EE. UU. Departamento de Pediatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia



Karina Grillo

Unidad de Investigación, Fundación POHEMA. Registro Poblacional de Cáncer de Cali - Departamento de Patología, Universidad del Valle. Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.



Evelinda Nava

Unidad de Oncológica Pediátrica, Hospital de Niños Jesús García Coello, Punto fijo, Venezuela

Gabriela Villanueva

Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina.





Revista Colombiana de Hematología y Oncología

Resúmenes de Investigación: XXXVI Congreso de Sociedad Latinoamericana de Oncología Pediátrica (SLAOP) y XXIII Congreso de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica – Cali, junio del 2025

Ginna Paola Cabra

Departamento de Pediatría, Universidad del Cauca. Hospital Susana López de Valencia, Popayán, Colombia



Giovanny Hernán Rincón

Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Hospital Universitario Infantil de San José, Bogotá, Colombia.



Gloria Ramos Ramos

Unidad de Bacteriología y Hemostasia, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia. Grupo Cooperativo Latinoamericano de Hemostasia y Trombosis (CLAHT)



Hugo Antonio Romo

Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Hospital Civil de Guadalajara, “Dr. Juan I. Menchaca” UMAE Hospital de Pediatría CMNO IMSS, Guadalajara, México



Isabel Cristina Sarmiento Urbina

Departamento de Pediatría, Universidad Nacional de Colombia. Unidad de Oncología Pediátrica, Clínica del Country, Bogotá, Colombia



Jeisson Andrés Hincapié

Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia



Joaquim Caetano de Aguirre-Neto

Grupo Brasileño de Tumores Renales, Brasil. Unidad de Oncología, Hospital Santa Casa de Misericórdia, Belo Horizonte, Brasil.



Leidy Tovar- Padua

División de Enfermedades Infecciosas, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego/Rady Children’s Hospital-San Diego, San Diego, California, EE. UU.





Revista Colombiana de Hematología y Oncología

Resúmenes de Investigación: XXXVI Congreso de Sociedad Latinoamericana de Oncología Pediátrica (SLAOP) y XXIII Congreso de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica – Cali, junio del 2025

Juan Carlos López

Departamento de Cirugía Pediátrica, Hospital La Paz. Departamento de Pediatría, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid España.



Julia Palma

Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Hospital Luis Calvo Mackenna. Comité Nacional de Trasplante de Médula Ósea-PINDA, Santiago, Chile.



Juliana Lopera

Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia. Programa de Cuidados Paliativos Pediátricos, EPS SUR, Colombia.

Karen Fernández

Departamento de Pediatría, Valley's Children's Healthcare, Madera, EE. UU.



Liliana Vásquez

Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS



Lina García

Clínica Imbanaco, Cali, Colombia

Lorena Segovia

Departamento de Medicina Global Pediátrica, St. Jude Children's Research Hospital, Memphis, Tennessee, EE. UU.



Lucas Krauel

Unidad de Oncología Quirúrgica Pediátrica, Departamento de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil SJD Barcelona, Universidad de Barcelona. Centro de Cáncer Pediátrico de Barcelona (PCCB), Hospital Infantil SJD Barcelona, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.





Revista Colombiana de Hematología y Oncología

Resúmenes de Investigación: XXXVI Congreso de Sociedad Latinoamericana de Oncología Pediátrica (SLAOP) y XXIII Congreso de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica – Cali, junio del 2025

María Alejandra Muñoz

Unidad de Oncología Radioterapéutica, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

Mariana Durañona

Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina



Maru Barrera

Instituto de Investigación, Sick Kids Hospital, Toronto, Ontario, Canadá



Mercedes García Lombardi

Unidad de Oncología, Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”, Buenos Aires, Argentina

Michael Lauzardo

Keira Grace Foundation, Florida, EE.UU. División de enfermedades Infecciosas y Medicina Global, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Florida, Florida, EE.UU.



Milena Villarroel

Unidad de Hematología/Oncología Pediátrica, Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile. Sociedad Latinoamericana Oncología Pediátrica (SLAOP). Grupo Americalatina de Oncología Pediátrica (GALOP)



Miriam González

Departamento de Medicina Global Pediátrica, St. Jude Children’s Research Hospital, Memphis, Tennessee, EE. UU.



Mónica L. Quijano-Liévano

Doctorado en Salud, Universidad del Valle. Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Clínica Imbanaco. Unidad de Investigación, Fundación POHEMA. Registro Poblacional de Cáncer de Cali - Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.





Revista Colombiana de Hematología y Oncología

Resúmenes de Investigación: XXXVI Congreso de Sociedad Latinoamericana de Oncología Pediátrica (SLAOP) y XXIII Congreso de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica – Cali, junio del 2025

Natalia Builes

Unidad de Hematología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.



Oscar Ramírez Wurttemberger

Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Clínica Imbanaco. Unidad de Investigación, Fundación POHEMA. Registro Poblacional de Cáncer de Cali - Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.



Paola Marsela Pérez

Departamento de Infectología, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia. Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad ICESI, Cali, Colombia.



Patricia Loggetto

Departamento de Medicina Global Pediátrica, St. Jude Children's Research Hospital, Memphis, Tennessee, EE.UU.



Paula Aristizabal

División de Hematología/Oncología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Universidad de California San Diego/Rady Children's Hospital-San Diego. Ciencias Poblacionales, Disparidades y Alcance Comunitario, Centro de Cáncer Moores, Universidad de California San Diego. Centro de Ciencias de Implementación y Diseminación, Instituto de Investigación Clínica y Traslacional, Universidad de California San Diego Instituto Altman para la Investigación Clínica y Traslacional, La Jolla, California, EE. UU.



Raul Ribeiro

Departamento de Oncología, St. Jude Children's Research Hospital, Memphis, Tennessee, EE. UU.



Raymond Mailhot

Departamento de Oncología Radioterapéutica, Facultad de Medicina, Universidad de Florida, Jacksonville, Florida, EE. UU.





Revista Colombiana de Hematología y Oncología

Resúmenes de Investigación: XXXVI Congreso de Sociedad Latinoamericana de Oncología Pediátrica (SLAOP) y XXIII Congreso de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica – Cali, junio del 2025

Rebeca Rivera-Gómez

Unidad de Oncología Pediátrica del Hospital General Tijuana, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR). Comisión de Salud Fronteriza México-EE.UU. Tijuana, Baja California, México. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Baja California, Valle de las Palmas, Baja California, México.



Santiago Duque

Área de Estrategia de Modelos de Aseguramiento, Access Co S.A.S., Pereira, Colombia



Sonia M Restrepo

Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Pediatría, Fundación Santa Fé de Bogotá, Bogotá, Colombia.



Vivian Carolina Piedrahita

Unidad de Investigación, Fundación POHEMA. Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, Colombia.



Ximena García

Departamento de Medicina Global Pediátrica, St. Jude Children's Research Hospital, Memphis, Tennessee, EE. UU.





Revista Colombiana de Hematología y Oncología

Resúmenes de Investigación: XXXVI Congreso de Sociedad Latinoamericana de Oncología Pediátrica (SLAOP) y XXIII Congreso de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica – Cali, junio del 2025

Revisores de Resúmenes

CONGRESO
SLAOP-ACHOP 2025
XXXVI XXIII Junio 11-14 Cali, Colombia

Neoplasias hematolinfoides				Trasplante de progenitores hematopoyéticos		Tumores sólidos				Tumores del sistema nervioso central			Infectología			
 Hugo Romo	 Claudia Greppi	 Natalia Buites	 Rebecca Rivera	 Julia Palma Behnke	 Oscar Ramirez	 Claudia Garrido	 Karen Fernández	 Evelinda Nava	 Gabriela Villanueva	 Andrés Morales	 Andrea Cristofano	 Daniel Moreira	 Johana Tovar	 Catalina Arango	 Paola Pérez	
Cuidado crítico		Fármaco economía	Educación	Enfermería oncológica				Cuidado paliativo y manejo del dolor		Control local						
 Eliana López	 Sonia Restrepo	 Santiago Duque	 Daniel Moreira	 Milena Villarreal	 Mónica Quijano	 Mariana Durafona	 Alexander Castillas	 Lorena Segovia	 Jelisson Hincapié	 Ximena Garola	 Juliana Lopera	 Juan Carlos López	 Lucas Krauel	 María Muñoz	 Raymond Mailhot	
Soporte psicosocial			Adolescentes y adultos jóvenes con cáncer y supervivientes de cáncer infantil, oncofertilidad y efectos tardíos				Políticas públicas, planes de control de cáncer, equidad y determinantes sociales de la salud									
 Mara Barrera	 Miriam González	 Lina García	 Mercedes Garola	 Rebecca Rivera	 Cindy Martínez	 Liliana Vázquez	 Joaquín Aguirre	 Julia Palma	 Michael Louzardo							
Hematología clásica				General portugués						General español e inglés						
 Eileen Fonseca	 Isabel Samián	 Natalia Buites	 Gloria Ramos	 Eileen Fonseca	 Andrea Capellano	 Patricia Lugetto	 Joaquín Aguirre	 Raul Ribeiro	 Michael Louzardo	 Mónica Quijano	 Paula Ariatizabal	 Gloria Cabeza	 Giovanny Rincón	 Carlos Castro	 Karina Grillo	 Vivian Piedrahita