

## Original

1. Hospital Regional de Orinoquía. Casanare, Colombia.
- a. Médico Cirujano, Especialista en Epidemiología

Recibido: 30/01/2025

Aprobado: 10/04/2025

## Correspondencia:

Lorena García-Agudelo

## Email:

[dr.lorenagarcia29@gmail.com](mailto:dr.lorenagarcia29@gmail.com)

ORCID: 0000-0001-9557-0900

# Neoplasias frecuentes en un hospital de Colombia (2021–2023): estudio descriptivo de biopsias y mortalidad

## *Common Neoplasms in a Colombian Hospital (2021–2023): A Descriptive Study of Biopsies and Mortality*

Lorena García-Agudelo<sup>1a</sup>, Diana Paola Monroy-Naranjo<sup>1a</sup>

Mónica Liseth Holguín-Barrera<sup>1a</sup>

## Resumen:

El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial. Las tasas de supervivencia han mejorado gracias a avances en tamizaje, diagnóstico y tratamiento. **Objetivo:** Describir la distribución y los desenlaces de las neoplasias más prevalentes (mama, próstata, cuello uterino y colorrectal) en un hospital de Colombia. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron 1 286 procedimientos con toma de biopsia/colonoscopia entre 2021–2023: mama 10,10 % (n=130), cervix 11,58 % (n=149), próstata 13,60 % (n=175) y colonoscopias con biopsia 64,69 % (n=832). **Resultados:** El 11,97 % (n=154) de las biopsias fue positivo para neoplasia. Entre los positivos, la localización fue: cervix 42,20 %, colorrectal 37,66 %, próstata 12,35 % y mama 7,79 %. La mortalidad entre los casos positivos fue 30,51 % (n=47): colorrectal 36,17 % (n=17), próstata 23,41 % (n=11), mama 21,27 % (n=10) y cervix 19,14 % (n=9). **Conclusiones:** Persisten brechas en detección temprana, evidenciadas por la carga de mortalidad—en especial en cáncer colorrectal—y la proporción de diagnósticos positivos. Es prioritario fortalecer el tamizaje, ampliar coberturas y optimizar rutas diagnósticas para reducir desenlaces adversos.

**Palabras Clave:** Neoplasias de la Mama; Neoplasias de la Próstata; Neoplasias del Cuello Uterino; Neoplasias Colorrectales; Biopsia; Detección Precoz del Cáncer; Colonoscopia; Colombia. (Fuente: DECS-BIREME).

## Abstract:

Cancer is the second leading cause of death worldwide. Survival rates have improved with advances in screening, diagnosis, and treatment. **Objective:** To describe the distribution and outcomes of the most prevalent neoplasms (breast, prostate, cervical, and colorectal) in a Colombian hospital. **Materials and Methods:** Observational, descriptive, retrospective study. We reviewed 1,286 procedures with biopsy/colonoscopy performed during 2021–2023: breast 10.10% (n=130), cervix 11.58% (n=149), prostate 13.60% (n=175), and colonoscopies with biopsy 64.69% (n=832). **Results:** 11.97% (n=154) of biopsies were positive for neoplasia. Among positives, localization was: cervix 42.20%, colorectal 37.66%, prostate 12.35%, and breast 7.79%. Mortality among positive cases was 30.51% (n=47): colorectal 36.17% (n=17), prostate 23.41% (n=11), breast 21.27% (n=10), and cervical 19.14% (n=9). **Conclusions:** Gaps in early detection persist, as reflected by the mortality burden—particularly in colorectal cancer—and the proportion of positive diagnoses. Strengthening screening programs, expanding coverage, and streamlining diagnostic pathways are priorities to reduce adverse outcomes.

**Keywords:** Breast Neoplasms; Prostatic Neoplasms; Uterine Cervical Neoplasms; Colorectal Neoplasms; Biopsy; Early Detection of Cancer; Colonoscopy; Colombia. (Source: NLM-MeSH).

## Citar como:

García-Agudelo L, Monroy-Naranjo DP, Holguín-Barrera ML. Neoplasias frecuentes en un hospital de Colombia (2021–2023): estudio descriptivo de biopsias y mortalidad. Rev Hisp Cienc Salud. 2025; 11(2): 88-94. DOI: [10.56239/rhcs.2025.112.967](https://doi.org/10.56239/rhcs.2025.112.967)



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1. Hospital Regional de Orinoquía. Casanare, Colombia.
- a. Médico Cirujano, Especialista en Epidemiología

**Recibido:** 30/01/2025

**Aprobado:** 10/04/2025

**Correspondencia:**

Lorena García-Agudelo

**Email:**

[dr.lorenagarcia29@gmail.com](mailto:dr.lorenagarcia29@gmail.com)

**ORCID:** 0000-0001-9557-0900

**Citar como:**

García-Agudelo L, Monroy-Naranjo DP, Holguín-Barrera ML. Neoplasias frecuentes en un hospital de Colombia (2021–2023): estudio descriptivo de biopsias y mortalidad. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2025; 11(2): 88-94. DOI: [10.56239/rhcs.2025.112.967](https://doi.org/10.56239/rhcs.2025.112.967)



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## Introducción

El cáncer se define como una de una amplia gama de patologías que se distinguen por la proliferación descontrolada de células anómalas, las cuales poseen la habilidad de infiltrarse, destruir el tejido corporal normal y diseminarse a través del organismo (1-4). El cáncer se posiciona como la segunda causa principal de mortalidad a nivel global. No obstante, las tasas de supervivencia en diversos tipos de cáncer están experimentando un incremento, atribuible a los progresos en las pruebas diagnósticas, los tratamientos y la prevención (2-4).

Según los datos proporcionados por el Observatorio Global de Cáncer en Colombia, se han instaurado estrategias de rutas integrales de atención sanitaria para garantizar la atención temprana de los cuatro tipos de cáncer más prevalentes (mama, cérvix, próstata y colorrectal) e incrementar la expectativa de vida y reducir los costos asociados a esta patología (1-5).

En el marco del aseguramiento en Colombia, mediante la Resolución 0247 de 2014 se inició el registro obligatorio de información de las personas con diagnóstico de cáncer. En la primera medición se reportaron 139,789 personas con cáncer. En este mismo periodo, para el año 2022 según datos del observatorio mundial de cáncer Colombia tenía 117,620 casos nuevos, siendo el cáncer de mama y próstata los casos con mayor número de incidencia. Por su parte, la mortalidad ha mantenido una tendencia ascendente, alcanzando 33.600 fallecimientos reportados en 2021 (1-3).

El cáncer de mama tiene mayor incidencia

y es la causa número uno de muerte en mujeres. Se estima que para 2035 se presenten 2,6 millones de casos (1). La mortalidad en Colombia muestra una clara tendencia al incremento en la última década, para el año 2000, dicho cáncer ocupó el tercer lugar como causa de muerte entre mujeres seguido del de cuello uterino (2-6). En los hombres, el tipo de cáncer más frecuente fue el de próstata con el 17%. Para el año 2021 según estadísticas del fondo de vigilancia de enfermedades de alto costo, se informaron 44.550 casos prevalentes de cáncer de próstata (3). En cuanto al cáncer colorrectal y de estómago, estos hacen parte de los seis cánceres más comunes, y con mayor mortalidad en el mundo. El cáncer colorrectal fue el cuarto en incidencia y mortalidad para el 2022 (1-3).

Se presenta una descripción de los cuatro tipos de cáncer que están regulados por la Resolución 3280 de 2018 (próstata, mama, cérvico uterino y colorrectal) diagnosticados en un hospital de mediana complejidad en Colombia.

## Metodología

**Tipo de estudio:** se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

**Población:** se incluyeron a todas las personas con pruebas de tamizaje específicas para patologías oncológicas y/o biopsias con reporte positivo, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2023.

**Muestra:** No se estableció un tamaño de muestra, por cuanto se incluyeron a todos los pacientes que cumplieron con los

1. Hospital Regional de Orinoquía. Casanare, Colombia.
- a. Médico Cirujano, Especialista en Epidemiología

**Recibido:** 30/01/2025

**Aprobado:** 10/04/2025

**Correspondencia:**

Lorena García-Agudelo

**Email:**

[dr.lorenagarcia29@gmail.com](mailto:dr.lorenagarcia29@gmail.com)

**ORCID:** 0000-0001-9557-0900

**Citar como:**

García-Agudelo L, Monroy-Naranjo DP, Holguín-Barrera ML. Neoplasias frecuentes en un hospital de Colombia (2021–2023): estudio descriptivo de biopsias y mortalidad. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2025; 11(2): 88-94. DOI: [10.56239/rhcs.2025.112.967](https://doi.org/10.56239/rhcs.2025.112.967)



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

criterios de inclusión.

**Criterios de selección de la población**

**Criterios de Inclusión:** Los registros clínicos de pacientes que acudieron al hospital en el periodo de tiempo de estudio y reportaron positivo en su muestra de patología o inmunohistoquímica para cualquier de las cuatro neoplasias del estudio (mama, cérvix, próstata y colorrectal).

**Criterios de exclusión:** Los registros clínicos de pacientes que acudieron al hospital y les realizaron biopsia de mama, próstata, cérvix o colorrectal y los reportes fueron negativos.

**Variables de estudios:** Con respecto a las variables sociodemográficas: edad, sexo, y procedencia. Además, las variables clínicas se abordaron por cada localización anatómica y se identificaron los tipos de cáncer más frecuentes y los años de mayor frecuencia.

**Procedimientos de recolección de datos:** Se obtuvo base de datos del software de historia clínica, filtrando los registros por el código CIE 10. Se trasladó a Excel versión 2018, se establecieron variables sociodemográficas y variables clínicas, y se utilizó un instrumento, para recolectar las variables. Este proceso fue realizado por los investigadores, posteriormente se preparó la base de datos con todas las variables y se trasladó al paquete estadístico SPSS versión 22 para su análisis.

**Análisis estadísticos:** El análisis univariado se realizó por medio de un análisis estadístico a la población seleccionada, determinando frecuencias absolutas y relativas en las variables

categorías; en las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar y rango intercuartil) según la distribución de la variable y se calcularon intervalos de confianza 95%.

**Sesgos:** Se destaca el sesgo de información con respecto a la variable de mortalidad, no se cuenta con datos precisos ya que, por trámites con las aseguradoras en salud, la mayoría de los casos son remitidos a otros centros de salud y se desconoce el desenlace de esos pacientes.

**Consideraciones Éticas:** La investigación fue avalada por el Comité de Ética en Investigación en Salud, del hospital donde se realizó el estudio, registrado en el Acta 009 del 2024. Todos los autores firmaron carta de compromiso, confidencialidad y cumplimiento de actividades en la investigación.

**Resultados**

Se revisaron 1.286 procedimientos con toma de biopsia/colonoscopia: mama 130 (10,10%), cérvix 149 (11,58%), próstata 175 (13,60%) y colonoscopias con biopsia 832 (64,69%). Se excluyeron 1.132 (88,03%) por biopsia negativa. Se incluyeron 154 (11,97%) biopsias positivas. Entre las positivas, la localización fue: cérvix 65/154 (42,20%), colorrectal 58/154 (37,66%), próstata 19/154 (12,35%) y mama 12/154 (7,79%).

**Flujo:** 1.286 evaluados → 1.132 excluidos (negativos) → **154** incluidos (positivos).

El 11.97% (n=154) de las biopsias reportaron positivas Figura 1. Con respecto a los casos confirmados con

1. Hospital Regional de Orinoquía, Casanare, Colombia.
- a. Médico Cirujano, Especialista en Epidemiología

**Recibido:** 30/01/2025

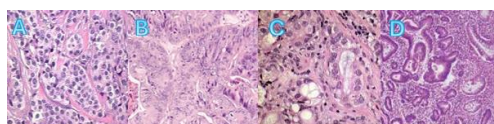
**Aprobado:** 10/04/2025

**Correspondencia:**

Lorena García-Agudelo  
**Email:**  
[dr.lorenagarcia29@gmail.com](mailto:dr.lorenagarcia29@gmail.com)  
**ORCID:** 0000-0001-9557-0900

biopsia positiva para neoplasia, se tiene que el 42.20% (n=65) se localizó a nivel de cérvix, el 37.66% (n=58) en localización colorrectal, el 12.35% (n=19) se halló en próstata y el 7.79% (n=12) a nivel de la mama.

**Figura 1.** Estudio histopatológico: A: Cáncer de mama. B: Cáncer de cérvix. C: Cáncer de próstata. D: Cáncer colorrectal.



**Fuente:** Archivo fotográfico laboratorio de patología HORO

La procedencia de los pacientes que registraron con biopsia positiva y la localización anatómica se presenta en la **Tabla 1**. El rango de edad de los pacientes con biopsias positivas fue de 22-89 años con una media de la edad de 52 años.

**Tabla 1.** Procedencia y localización anatómica.

Localización	Urbano		Rural		Total	%
	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa		
Cáncer de mama	6	5.71%	6	12.24%	12	7,79
Cáncer de cérvix	38	36.19%	27	55.10%	65	42,21
Cáncer de próstata	15	14.28%	4	8.16%	19	12,34
Cáncer colorrectal	46	43.82%	12	24.48%	58	37,66
TOTAL	105	100%	49	100%	154	100

A continuación, se presentan resultados descriptivos por cada localización anatómica del cáncer:

**Cáncer de cuello uterino (n = 65)**

Edad media 47,0 años (DE 9,01; IC95% 44,77–49,22; IQR 36–42; rango 22–88). El diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue el carcinoma escamocelular infiltrante (49,20%), seguido de

adenocarcinoma (11,11%) y otros carcinomas pobremente diferenciados (39,69%). El mayor número de casos se registró en 2023 (44,61%, n = 29). Mortalidad: 13,84% (n = 9).

**Cáncer colorrectal (n = 58)**

Edad media 47,0 años (DE 14,06; IC95% 43,19–50,80; IQR 56–74,5; rango 26–89). Sexo: masculino 49,15%, femenino 50,85%. Histología: adenocarcinoma moderado/bien diferenciado (68,96%); carcinoma escamocelular/basocelular (8,62%); otros (22,42%, de los cuales 5% fueron tumores linfoides/plasmocitarios). Localización: sigmoides 46,55%, recto 43,20%, otras 10,25%. Pico de casos en 2022 (53,44%, n = 31). Mortalidad: 29,31% (n = 17); por sexo: mujeres 58,82% (n = 10), hombres 41,18% (n = 7).

**Cáncer de próstata (n = 19)**

Edad media 69,0 años (DE 8,02; IC95% 64,58–73,51; IQR 65,5–74,5; rango 44–85). Histología: adenocarcinoma (73,68%) y otros (23,31%). Mayor casuística en 2022 (52,63%, n = 10). Mortalidad: 57,89% (n = 11).

**Cáncer de mama (n = 12)**

Edad media 44,0 años (DE 9,02; IC95% 39,10–50,51; IQR 41–50,5; rango reportado 50–69). Distribución geográfica: rural = urbana; no se registraron casos masculinos. Histología: carcinoma ductal (75,00%), carcinoma lobulillar (16,67%) y carcinoma inflamatorio (8,33%). Mayor número de casos en 2023 (50,00%, n = 6). Mortalidad: 83,33% (n = 10).

**Citar como:**

García-Agudelo L, Monroy-Naranjo DP, Holguín-Barrera ML. Neoplasias frecuentes en un hospital de Colombia (2021–2023): estudio descriptivo de biopsias y mortalidad. Rev Hisp Cienc Salud. 2025; 11(2): 88-94. DOI: 10.56239/rhcs.2025.112.967



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1. Hospital Regional de Orinoquía. Casanare, Colombia.
- a. Médico Cirujano, Especialista en Epidemiología

**Recibido:** 30/01/2025

**Aprobado:** 10/04/2025

**Correspondencia:**

Lorena García-Agudelo

**Email:**

[dr.lorenagarcia29@gmail.com](mailto:dr.lorenagarcia29@gmail.com)

**ORCID:** 0000-0001-9557-0900

**Citar como:**

García-Agudelo L, Monroy-Naranjo DP, Holguín-Barrera ML. Neoplasias frecuentes en un hospital de Colombia (2021–2023): estudio descriptivo de biopsias y mortalidad. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2025; 11(2): 88-94. DOI: [10.56239/rhcs.2025.112.967](https://doi.org/10.56239/rhcs.2025.112.967)



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## Discusión

### Cáncer de cuello uterino

El cáncer cervicouterino continúa entre las neoplasias más prevalentes en Colombia; dentro de Latinoamérica, el país se ubica entre aquellos con menor incidencia anual, solo superado por Chile y Brasil (4,5). En 2023, se estimaron ≈3.800 casos con una incidencia de 17,4 por 100.000 mujeres, cifras concordantes con nuestros hallazgos (5,6). La mayor carga en países de ingresos bajos y medianos explica su heterogeneidad territorial, tal como señalan estudios de incidencia y prevalencia (7,8). Entre los factores de riesgo se incluyen el inicio sexual temprano, múltiples parejas, alta paridad, tabaquismo, infecciones de transmisión sexual, uso prolongado de anticonceptivos orales, lesiones cervicales previas y condiciones de vulnerabilidad socioeconómica (9). La infección por VPH está presente en la mayoría de casos; los genotipos 16 y 18 son los más oncogénicos (≈50 % y ≈10 %, respectivamente), seguidos por 31, 33 y 45 (≈5 %) (8–11). En nuestra serie no se dispuso de genotipificación, lo que limita comparaciones etiológicas directas.

### Cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal ocupa el tercer lugar en frecuencia y mortalidad en Colombia y constituye un problema de salud pública (12). El riesgo aumenta en hombres y >50 años (12–14). En nuestra cohorte, sin embargo, se observó mayor frecuencia en mujeres y presencia en edades jóvenes (rango 26–89), lo que refleja el perfil de referencia de la institución y el tamaño muestral, más que una tendencia poblacional. Los factores no modificables

incluyen edad, enfermedad inflamatoria intestinal, radiación previa y predisposición genética (15–18); entre los modificables destacan tabaquismo, obesidad, consumo elevado de alcohol, carnes rojas y alimentos procesados (17).

### Cáncer de mama

Colombia presenta riesgo intermedio de cáncer de mama (incidencia estandarizada por edad: 50,2/100.000 en 2022) (19). Pese a ser uno de los tumores con mayor tamización (mamografía y examen clínico en mujeres de 50–69 años), la reducción de mortalidad sigue siendo un desafío, en parte por baja participación en tamizaje, calidad heterogénea de la mamografía y barreras de acceso para diagnóstico y tratamiento oportunos (19–22). Esto se refleja en nuestros resultados: fue el menos diagnosticado entre los positivos, pero con alto porcentaje de presentación avanzada y mortalidad elevada (10/12).

### Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es la neoplasia sólida más común en varones y la segunda causa de muerte oncológica; cerca del 15 % de los tumores masculinos se diagnostican entre los 60–70 años (23). Aunque nuestra serie mostró menor ocurrencia absoluta, la distribución etaria fue consistente con lo descrito (23).

## Conclusiones

Nuestros hallazgos sugieren brechas persistentes en detección temprana, con especial impacto en mama y colorrectal. Es prioritario fortalecer los programas de tamizaje, mejorar su cobertura y calidad, y reducir barreras de acceso para

1. Hospital Regional de Orinoquía. Casanare, Colombia.
- a. Médico Cirujano, Especialista en Epidemiología

**Recibido:** 30/01/2025

**Aprobado:** 10/04/2025

**Correspondencia:**

Lorena García-Agudelo

**Email:**

[dr.lorenagarcia29@gmail.com](mailto:dr.lorenagarcia29@gmail.com)

**ORCID:** 0000-0001-9557-0900

**Citar como:**

García-Agudelo L, Monroy-Naranjo DP, Holguín-Barrera ML. Neoplasias frecuentes en un hospital de Colombia (2021–2023): estudio descriptivo de biopsias y mortalidad. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2025; 11(2): 88-94. DOI: [10.56239/rhcs.2025.112.967](https://doi.org/10.56239/rhcs.2025.112.967)



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

confirmación diagnóstica y tratamiento integral. La educación en salud y la gestión de rutas rápidas deben ser ejes transversales para disminuir la mortalidad y mejorar los resultados clínicos en estas cuatro localizaciones.

### Financiamiento

Autofinanciado

### Conflictos de interés

Los autores niegan tener conflictos de interés.

### Referencias Bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Protocolo de vigilancia en salud pública: cáncer de mama y cuello. Bogotá: INS; 2023.
2. Ceballos-García GY, Giraldo-Mora CV. Autobarreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Aquichan*. 2011;11(2):140-57.
3. Hashim D, Boffetta P, La Vecchia C, Rota M, Bertuccio P, Malvezzi M, et al. La disminución global de la mortalidad por cáncer: tendencias y disparidades. *Ann Oncol*. 2016;27(5):926-33.
4. Solano-Dazzarola PA, Grilló GA, López JA, Montoya-Cobo E. Panorama colombiano del cáncer de mama, cérvix y próstata. *Salutem Scientia Spiritus*. 2023;9(1):28-35.
5. Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(3):305-13.
6. International Agency for Research on Cancer; American Cancer Society. Nuevo informe sobre la carga mundial del cáncer en 2022 por región y nivel de desarrollo humano. Lyon/Atlanta: IARC; ACS; 2024.
7. Arenas-Aponte R, Henríquez-Romero D, González-Blanco M. Cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2011;71(4):252-64.
8. Johnson CA, James D, Marzan A, Armaos M. Cervical cancer: an overview of pathophysiology and management. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2019;35(2):166-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2019.02.003>
9. Aragona A, Soderini A, Moschen H, Bonavia E, Garrido R, Cuneo N. Elevada mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres jóvenes del área metropolitana de Buenos Aires. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2018;78(4):234-42. [citado 30 jul 2024].
10. Perkins RB, Wentzensen N, Guido RS, Schiffman M. Detección del cáncer de cuello uterino: una revisión. *JAMA*. 2023;330(6):547-58. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.13174>
11. Bedell SL, Goldstein LS, Goldstein AR, Goldstein AT. Cervical cancer screening: past, present, and future. *Sex Med Rev*. 2020;8(1):28-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.09.005>
12. Márquez-Ustariz A, Guerrero-Macías S, Burgos-Sánchez R, Campillo-Pardo J, Bustos-Guerrero A, García-Mora M, et al. Actualización en la tamización del cáncer colorrectal. *Rev Colomb Cancerol*. 2023;27(Suppl 3):291-300. Disponible en: <https://doi.org/10.35509/01239015.931>
13. Biller LH, Schrag D. Diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal metastásico: una revisión. *JAMA*. 2021;325(7):669-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.0106>
14. Baidoun F, Elshiyw K, Elkeraie Y, Merjaneh Z, Khoudari G, Sarmini MT, et al. Colorectal cancer epidemiology: recent trends and impact on outcomes. *Curr Drug Targets*. 2021;22(9):998-1009.

1. Hospital Regional de Orinoquía. Casanare, Colombia.
- a. Médico Cirujano, Especialista en Epidemiología

**Recibido:** 30/01/2025

**Aprobado:** 10/04/2025

**Correspondencia:**

Lorena García-Agudelo

**Email:**

[dr.lorenagarcia29@gmail.com](mailto:dr.lorenagarcia29@gmail.com)

**ORCID:** 0000-0001-9557-0900

**Citar como:**

García-Agudelo L, Monroy-Naranjo DP, Holguín-Barrera ML. Neoplasias frecuentes en un hospital de Colombia (2021–2023): estudio descriptivo de biopsias y mortalidad. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2025; 11(2): 88-94. DOI: [10.56239/rhcs.2025.112.967](https://doi.org/10.56239/rhcs.2025.112.967)

- Disponible en:  
<https://doi.org/10.2174/1389450121999201117115717>
15. Moore JS, Aulet TH. Colorectal cancer screening. *Surg Clin North Am.* 2017;97(3):487-502. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1016/j.suc.2017.01.001>
16. U.S. Preventive Services Task Force. Detección del cáncer colorrectal: declaración de recomendación. *JAMA.* 2016;315(23):2564-75. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1001/jama.2016.5989>
17. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet.* 2019;394(10207):1467-80. Disponible en:  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32319-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32319-0)
18. Jurado Fajardo DM, Bravo Goyes LM, Prieto Sánchez R. Supervivencia de pacientes con cáncer colorrectal en el municipio de Pasto, 2004–2008. *Univ Salud.* 2011;13(2):19-30.
19. Wiesner-Ceballos C, Puerto D, Díaz-Casas S, Sánchez O, Hernando-Murillo R, Bravo LE. Políticas basadas en evidencia: el control del cáncer de mama en Colombia. *Rev Colomb Cancerol.* 2020;24(3):98-107. Disponible en:  
<https://doi.org/10.35509/01239015.261>
20. Instituto Nacional de Cancerología; Ministerio de Salud y Protección Social; Murillo R, Piñeros M, Wiesner C, Rivera D. Plan Decenal para el Control del Cáncer. Bogotá: INC; 2012.
21. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Cancerología; Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Bogotá: Minsalud/INC/IGAC; 2017.
22. Ministerio de Salud y Protección Social; Colciencias; Instituto Nacional de Cancerología; Fedesalud. Guía de práctica clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Bogotá: Minsalud; 2013.
23. Matiz JLP, Reyes NJA, Becerra MPS, Almendrales FPD. Evolución de la mortalidad por cáncer de próstata en Colombia: estudio ecológico. *Rev Urol Colomb.* 2014;23(1):3-10. Disponible en:  
[https://doi.org/10.1016/S0120-789X\(14\)50001-9](https://doi.org/10.1016/S0120-789X(14)50001-9) Peter Lang; 1996.



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

latindex  
catálogo 2.0

REDIB  
Red Iberoamericana  
de Innovación y Conocimiento Científico

Crossref

IMBIOMED

Scilit  
Scientific Literature

Dialnet

Google  
scholar

BASE  
Bielefeld Academic Search Engine

REBIUN  
RED DE BIBLIOTECAS