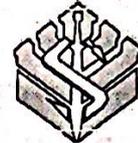


Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Estudio de Postgrado
Especialidad en Cirugía General y Laparoscopia
Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera”
Servicio Cirugía “B”

**IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA “B” DE LA CIUDAD
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”**

AUTOR: Wilmary Miranda
TUTOR: Dr. Marcos Guerra

VALENCIA, ENERO 2022



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID19 EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA "B" DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA", SEGÚN VARIACIÓN 2019-2020.

Presentado para optar al grado de **Especialista en Cirugía General** por el (la) aspirante:

MIRANDA B., WILMARY M.
C.I. V – 25111117

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Marcos Guerra C.I. 15529471, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **19/05/2022**

Prof. Isabel Varela (Pdte)

C.I. 11.361.123

Fecha 19/5/22

Prof. Marcos Guerra

C.I. 15529471

Fecha 19/05/2022

Prof. Francisco Sosa Cabeza

C.I. 8839486

Fecha 19-5-22

TG:07-22

TG-CS: 07-22

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

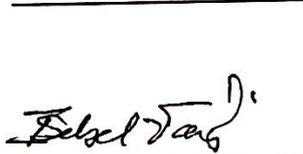
"IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID19 EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA "B" DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA", SEGÚN VARIACIÓN 2019-2020."

Presentado por el (la) ciudadano (a): **MIRANDA B., WILMARY M.** titular de la cédula de identidad N° **V-25111117**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 12/05/22 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 19/05/22.

RESOLUCIÓN

Aprobado: X Fecha: 19/5/22. *Reprobado: _____ Fecha: _____.

Observación: _____



Presidente del Jurado

Nombre: Isabel Varela

C.I. 11.261.123



Miembro del Jurado

Nombre: MARCOS QUEIMA

C.I. 15529471



Miembro del Jurado

Nombre: FRANCISCO SOSA

C.I. 8839486

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

Resumen

El cáncer es un problema de salud pública, por su elevada mortalidad y aumento continuo de la incidencia. En vista de que el diagnóstico e inicio temprano del tratamiento, son condiciones asociadas con la supervivencia del paciente, se establece como tiempo ideal entre la búsqueda de diagnóstico y la cirugía, no más de seis a ocho semanas, lo cual depende de varios factores, entre estos la accesibilidad a los servicios de salud, aspecto que se ha visto afectado por las medidas de confinamiento y distanciamiento social a causa de la pandemia COVID-19. En ese orden de ideas, se ha establecido como objetivo general analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, según variación 2019-2020 bajo un diseño de investigación analítico retrospectivo. Estableciendo un total de 160 cirugías oncológicas electivas durante el período 2019-2020 en el servicio de cirugía B, 95 pacientes (59,37%) en el 2019 y 65 (40,62%) en el 2020, representando una disminución de 30 pacientes porcentuados en un 31,57% de los casos totales, representados principalmente por las cirugías de estatificación de ovario y cáncer de cuello uterino e intervenciones colorrectales. La mayoría de los pacientes estuvieron en el tiempo ideal entre la búsqueda de diagnóstico y la cirugía, seis a ocho semanas, aunque en el 2020 14 pacientes que representan 21,52% de los casos excedió el tiempo ideal para la realización de la cirugía con fines curativos, en contraposición al 1% en el 2019. No se encontró diferencias proporcionales entre los estadios ni en las quimioterapias neoadyuvantes encontradas en ambos años.

Indice

Introducción	1
Materiales y Métodos	10
Resultados de la Investigación.....	10
Discusión de Resultados	12
Conclusión	15
Referencia Bibliográfica	15
Anexo 1 Tabla y Gráfica de Resultados.	23
Anexo 2 Variables del Estudio	35
Anexo 3 Instrumento de Recolección de Información	37

Introducción

El cáncer es un problema de salud pública¹, por su elevada mortalidad y aumento continuo de la incidencia, ubicándose entre las primeras 5 causas de muertes por enfermedades no trasmisibles, a nivel mundial ². De ahí la motivación de generar el conocimiento científico y la tecnología necesaria para mejorar el tratamiento, procurando la remisión y curación del cáncer, propósito conformador de un reto mundial, ante la tasa anual de morbimortalidad, que para el 2018 se estimaba en 18,1 millones de casos y 9,6 millones de muertes, considerando 36 tipos de cáncer y 185 países^{3- 4}.

En ese mismo contexto, diferentes estudios de tendencia calculan que el número de casos nuevos de cáncer alcanzará los 20 millones para el año 2030, de los cuales el 66 % ocurrirán en los países menos desarrollados, debido al aumento del envejecimiento⁵⁻⁶. Entre estos países, se encuentra los de la Región de América Latina, donde el cáncer ocupa la segunda causa de mortalidad, con un 19 % de las muertes en promedio, previéndose que aumentara en 106 % para el año 2035⁷.

Esta caracterización epidemiológica del cáncer a nivel mundial y en América Latina, devela la magnitud de la problemática a enfrentar por parte de los sistemas de salud, comprometidos en el desarrollo de programas contra el cáncer, en respuesta al riesgo de la población de padecer esta enfermedad, riesgo poseído desde la concepción hasta la muerte, sin distingo de nacionalidad, género o condición social⁸⁻⁹⁻¹⁰. Aunque, el factor económico es determinante en la accesibilidad a los servicios de salud cuya limitación está asociada al aumento de la mortalidad, disminución de la supervivencia y pérdida de la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad¹¹.

Este factor económico tiene particular influencia en países donde el riesgo es alto y la inversión en salud pública es deficiente¹², entre estos Venezuela, donde hay baja inversión fiscal¹³, a pesar que desde la década pasada, ya se estimaba que *una de cada cuatro personas, si alcanza la edad de 74 años, puede padecer alguna de sus variedades y una de cada siete tiene el riesgo de morir por cáncer*¹⁴. Estimaciones que se evidenciaron en el año 2017, habiéndose registrado 26.510 muertes por cáncer, es decir 84,34 defunciones por 100.000 habitantes, con una incidencia de casos estimada en 168,16 por 100.000 habitantes ¹⁵.

Adicionalmente, según estudios de tendencias, las localizaciones más frecuentes de cáncer en Venezuela, en el 2017, para ambos géneros fueron, el pulmón (15.28), colon-recto (12.69) y estomago (8.36), mientras que, la próstata es la localización masculina de mayor incidencia y la mama (31.82) y el cuello uterino (24.04), las más frecuente en las mujeres¹⁴. Sin duda, en este marco epidemiológico se define claramente la problemática del cáncer en Venezuela de acuerdo a las principales localizaciones¹⁶.

Ha de agregarse que, la demanda de atención del paciente con cáncer al sistema de salud, se extiende desde el diagnóstico hasta el final de la vida, pues implica la atención durante la supervivencia, tiempo que depende de la localización y extensión de la enfermedad¹⁷⁻¹⁸. Aunque, se ha estimado una tasa estándar de 5 años, calculándose una supervivencia a los 5 años del 65% para todos los tipos de cáncer, y por encima del 70% para las localizaciones de mama, próstata, colorrectal, melanoma, cérvix, útero, testículo, Hodgkin, vejiga y tiroides¹⁹.

Al respecto, en Venezuela no hay publicaciones recientes de tasas de supervivencia, pero el aumento de la mortalidad por cáncer, permite inferir que el tiempo pudiera estar por debajo del estándar, debido a la compleja situación económica del país, caracterizada por efectos adversos en el sector salud, debido a la baja prioridad fiscal, ya señalada¹³⁻²⁰. Esta baja inversión, conlleva a un contexto de limitaciones en la prestación de los servicios de oncología, advirtiéndose que mientras los países de ingresos altos han disminuido el 21 % de las muertes tempranas por cáncer, adoptando los programas recomendados, los países de ingresos bajos solo la han reducido el 6%²¹.

A este panorama crítico, se suma la disminución de al menos 50 % de las intervenciones quirúrgicas electivas en los servicios de cirugía oncológica de los hospitales públicos del país, debido a las precarias condiciones hospitalarias, el deterioro de las infraestructuras y la obsolescencia de los equipos e instrumentos²². Esta deficiencia, repercute significativamente en el tratamiento oncológico de las neoplasias sólidas, ya que, mediante la resección en estadios tempranos, posibilita el control local de dichas neoplasias, una condición fundamental para la remisión y curación del cáncer²³.

Es de hacer notar que, las limitaciones del sistema de salud en materia de atención oncológica, incluyendo cirugía, se refleja en un indicador de relación entre mortalidad e incidencia por cáncer en Venezuela (RMI), que para el 2017 se establecía en 0,58, considerado elevado²². Y

es ahí donde la cirugía oncológica cumple un papel fundamental, porque la resección quirúrgica produce el 62% de las curaciones²³.

Al respecto, se sostiene que, en ausencia de enfermedad sistémica, la cirugía *“es el tratamiento más eficaz de las neoplasias sólidas. Incluso en casos muy seleccionados con enfermedad metastásica, la cirugía podría controlar el tumor primario y obtener curaciones al lograr la resección de enfermedad metastásica limitada”*²³. Lógicamente, el éxito de la cirugía oncológica en la curación del cáncer, está asociado al diagnóstico e inicio temprano del tratamiento.

En relación con este último aspecto, son condiciones asociadas con la supervivencia del paciente con cáncer²⁴. Llegándose a establecer como tiempo ideal entre la búsqueda de diagnóstico y la cirugía, no más de seis a ocho semanas²⁵. Específicamente, entre el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, cérvix, próstata, estómago, el tiempo de atención estándar del tiempo de tratamiento sería 60 días, el tiempo de diagnóstico de 30 días y el tiempo de referencia de 45 días²⁶.

Desde luego, este tiempo estándar depende de factores personales del paciente demandante del servicio, así como del sistema ofertante, lo que explicaría el aumento de mortalidad por cáncer en Venezuela, ya que según la OMS, los países en desarrollo no cuentan con la capacidad para cumplir, con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento en materia de cáncer, debido a que menos del 15 % de estos países informaron disponer de sistemas integrales de tratamiento para el cáncer en el sistema de salud pública²¹⁻²⁷.

Por otra parte, aun cuando el sistema de salud oferte los programas de atención al paciente con cáncer, el paciente demandante, deberá enfrentar un vínculo determinante, la accesibilidad²⁸. Obviamente, para hacer uso del servicio de salud, no es suficiente la sola existencia del establecimiento, sino que influyen una serie de factores para que acuda al centro a solicitar el servicio, entre estos: económicos (posibilidad de costear los gastos); socio-demográficos (edad, género, nivel educativo); geográficos (distancia física y relieve), seguridad (acceso libre de riesgos) y organizacionales (administración y gestión de servicios)²⁹⁻³⁰⁻³¹.

En síntesis, la conjugación de estos define la accesibilidad del servicio, a manera de ejemplo se cita el caso de cáncer de mama, cuyos estudios muestran que la edad y el nivel socioeconómico, influyen en el uso de los servicios de salud preventiva³². Adicionalmente,

estos estudios concluyen que las mujeres menores de 50 años, utilizan más los servicios sanitarios, y quienes reportan un nivel social menos favorecido, realizan menos controles mamográficos y clínicos, razón por la cual, la edad y el nivel socioeducativo, se consideran barreras para la accesibilidad a los servicios de tamizaje del cáncer de mama³³⁻³⁴.

En el mismo orden de ideas, se ha determinado que los pacientes acuden a las consultas médicas, dependiendo de la cercanía al establecimiento de salud, además de considerar otros aspectos como la percepción de buena atención, confianza y gratuidad³⁵⁻³⁶. De ahí que, la accesibilidad es un componente clave del sistema de salud, donde interactúan diversos factores personales, sociales e institucionales, determinantes en la búsqueda de atención para el diagnóstico y tratamiento temprano del cáncer.

En consideración con los factores institucionales que influyen en la accesibilidad, están referidos a la disponibilidad de recursos, calidad y cobertura del servicio, aspectos que pudieran resultar críticos en Venezuela, dada a la situación atravesada por el Sistema de Salud, caracterizada por la decadencia de la infraestructura, la disminución del número de profesionales de salud y la escasez de insumos, y medicamentos³⁷⁻³⁸. Precisamente, estos *“elementos contribuyen con las insuficiencias de cobertura y de acceso efectivo a los servicios públicos de salud de los hogares venezolanos, cuyos presupuestos han sido cargados con una parcela creciente de gastos en salud”*¹³.

De la descripción, se desprende con claridad que el Sistema de Salud Pública viene presentando dificultades para responder a las demandas del sector, y en consecuencia la accesibilidad está sujeta a la disponibilidad económica del paciente, es decir gasto de bolsillo, debiendo disponer de sus propios recursos para comprar insumos y medicamentos, incluso en algunas instituciones o unidades de atención deben alquilar equipo, pagar servicio de laboratorio, servicio de imagenología y anatomía patológica, costo sumado al ya decadente presupuesto familiar³⁹⁻⁴⁰⁻⁴¹.

Sumado a esta situación crítica, a inicios del año 2020, se presenta la pandemia COVID-19, producida por coronavirus el SARS-CoV-2, un virus con predilección por el árbol respiratorio, que al ingresar al organismo provoca una respuesta inmune anormal, de tipo inflamatorio, con incremento de citoquinas, causando daño multiorgánico³⁷⁻⁴². Esta pandemia ha generado una severa crisis económica y social, con graves repercusiones en los sistemas de salud, sin

precedentes⁴³⁻⁴⁴. Habiéndose iniciado en China a fines de diciembre 2019, en la provincia de Hubei (ciudad Wuhan), se expandió por numerosos países, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS), la declara en 2020 pandemia⁴⁵.

La atención del COVID-19 ha afectado la accesibilidad al sistema de salud, particularmente los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles, entre estas el Cáncer⁴⁶. Tal afectación es de mayor magnitud en Venezuela, considerando tres situaciones particulares del país, primeramente, el número de médicos y enfermeros, es menor a 1 profesional por 1000 habitantes, segundo, mientras se espera un mínimo de 2,1 camas por 1000 habitantes, se tiene menos de 1 por 1000 habitantes y tercero la cuarentena ha tenido efectos adversos en la movilización de los pacientes hacia los centros de salud⁴⁷⁻⁴⁸.

Bajo estas situaciones enumeradas, el personal debe dar respuesta oportuna y efectiva a la atención de los pacientes COVID-19, y hacer frente simultáneamente a las demandas de los pacientes de las diferentes unidades de atención, lo cual es una experiencia inédita, que exige al equipo de salud responder a la doble carga epidemiológica. Esta doble carga implica dar continuación al desarrollo de los programas de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, cuyas tasas de incidencia y prevalencia se mantienen, e incluso han aumentado durante la pandemia⁴⁹.

Aunada a la situación descrita del sistema de salud, surge las medidas de control mediante el distanciamiento social y confinamiento, consideradas epidemiológicamente necesaria, ya que el virus SARS-CoV-2 es muy contagioso, de transmisión rápida de persona a persona a través de la tos, secreciones respiratorias y contactos cercanos⁵⁰⁻⁵¹. La capacidad de contagio del virus SARS-CoV-2 implica el uso de medidas de control de contactos con el paciente, en consecuencia, la OMS insta a los países a implementar el distanciamiento social y confinamiento, con el propósito de lograr la disminución de la incidencia del COVID-19⁵²⁻⁵³.

Consecuentemente, el 13 de marzo del 2020, en Venezuela se decreta el estado de Alarma Nacional, donde se ordena a la población y entes públicos privados una serie de medidas de prevención y control del COVID-19, incluyendo el distanciamiento social y la cuarentena⁵⁴. Estas medidas han tenido un impacto económico adverso en Venezuela, empeorando su ya colapsada economía y repercutiendo en los ingresos familiares, causando inseguridad alimentaria y mayor vulnerabilidad a las enfermedades⁵⁵⁻⁵⁶.

Bajo esta situación de condiciones de vida complejas e inéditas, las familias sin recursos para adquirir alimentos, se arriesgan a desafiar la paralización de las fuerzas laborales y el confinamiento, saliendo a las calles a realizar cualquier actividad generadora del sustento, exponiéndose al contagio⁵⁷. Por lo que, a pesar de las medidas, se contagian un número considerable de casos de enfermos COVID-19, colapsando los sistemas de salud.

En respuesta a este colapso, los centros hospitalarios, asignados de centinelas, para brindar tratamiento a los enfermos COVID-19, con sintomatología moderada, grave y crítica, diseñaron planes de contingencia, limitando la atención de pacientes con otras enfermedades, solamente en condiciones de emergencias⁵⁸. Particularmente, en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET), se inició la implementación de un plan de contingencia, asegurando la atención a los pacientes en situación de emergencia, acondicionando espacios físicos y organizando guardias médicas especiales⁵⁹.

En este plan de contingencia, para asegurar la prestación de servicio de cirugía, se procedió a priorizar la atención de pacientes en situación de emergencia, entre estos, el abdomen agudo quirúrgico, heridas, quemaduras y neoplasias solidas en estadios quirúrgicos⁶⁰. Ahora bien, una vez iniciado el plan se observan el ingreso de pacientes con patologías quirúrgicas de emergencia, coherentes a la demanda estimada⁶¹. No obstante, las demandas de intervenciones quirúrgicas por neoplasias, se muestra inferior a la estimada.

Sumado a la aparente disminución de demanda de cirugías electivas por neoplasias, se observa aumento de cirugías oncológicas de emergencia, con diagnósticos quirúrgicos de estadios avanzados⁶²⁻⁶³. Tal situación problemática posiblemente esté relacionada al confinamiento social establecido por la pandemia COVID-19, porque disminuye la asistencia de los pacientes a los servicios de salud y el funcionamiento de los programas de diagnóstico precoz del cáncer⁴⁶⁻⁶⁴.

Desde el panorama descrito, el investigador se plantea las interrogantes conductoras a la búsqueda de analizar metodológicamente el impacto de la pandemia COVID-19 en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con cáncer. De ahí que se persigue determinar el efecto de la pandemia sobre el proceso de diagnóstico clínico presuntivo, en relación al tiempo entre el inicio de los síntomas del paciente, la asistencia a la consulta médica, y la realización de la evaluación de laboratorio e imagenología⁶⁵. Igualmente es importante identificar el

tiempo del diagnóstico confirmatorio o de certeza, considerando los lapsos entre la primera consulta médica y la toma de la muestra de la biopsia, y el informe de la biopsia⁶⁶⁻⁶⁷.

En el mismo orden, se hace imprescindible en el estudio profundizar acerca de las consecuencias de la pandemia en el proceso quirúrgico, en cuanto a estadio clínico y quirúrgico de la neoplasia, tiempo desde la fecha de informe de la biopsia, el término del tratamiento neoadyuvante y la cirugía y el propósito de la resección de tejidos realizada según hallazgos, con respecto a su clasificación: radical, conservadora, reductora, paliativa o reparadora⁶⁸⁻⁶⁹⁻⁷⁰⁻⁷¹.

Finalmente, cabe destacar que la investigación se enmarca en dos áreas de interés social, cáncer y COVID-19, ambas comprometedoras de la salud y la vida de la población y causantes de alto costo de inversión pública⁷²⁻⁷³. Sin duda, el estudio de los efectos de la pandemia en el paciente con cáncer, es de interés epidemiológico en la medida que promueve la búsqueda de alternativas de aseguramiento de continuidad de los programas de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los pacientes con cáncer, durante y después de la pandemia, sobre todo por tratarse de un grupo de alto riesgo, cuya tasa de letalidad es mayor con respecto a las personas sin cáncer, con una diferencia de 28,6 % a 2,3 %⁷⁴.

Atendiendo el planteamiento expuesto se propone la presente investigación con el objetivo general de analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, según variación 2019-2020.

Los objetivos específicos establecidos son: identificar las características demográficas de los pacientes con cáncer atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante los años 2019 y 2020; establecer el efecto del brote epidémico del virus SARS-CoV-2, en el proceso de diagnóstico clínico de los pacientes con cáncer atendidos en el Servicio de Cirugía B de la CHET, comparando los años 2019-2020 y precisar el efecto del brote epidémico del virus SARS-CoV-2 en el proceso de intervención quirúrgica de los pacientes con cáncer atendidos en el Servicio de Cirugía B de la CHET, comparando los años 2019-2020.

Siguiendo los objetivos expuestos, se revisaron los antecedentes de estudios, entre esto se cita la investigación de Rosales, Rodríguez y Ameriso (2020)⁷⁵, titulada: Efecto de la pandemia

COVID-19 y la cuarentena en el número de consultas, subtipos y tratamiento del accidente cerebrovascular en un centro neurológico de Argentina. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, mediante revisión de historias clínicas, con el objetivo de evaluar el total de consultas ambulatorias e internaciones, escala NIHSS, al ingreso, tipo de enfermedad cerebrovascular y uso de terapias de revascularización. Para un total de 197 pacientes en 2019 y 150 en 2020.

Los resultados indicaron que en 2019 ingresaron 197 pacientes, con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular y 150 pacientes en 2020, lo que representa un descenso de 24%, el mayor descenso se produjo en el mes de abril con 28%. Se realizaron 3466 consultas ambulatorias entre el 1 de marzo y el 31 de julio de 2019 y 1160 consultas en 2020, representando una caída del 67% entre ambos períodos.

Cote, Torres, Loera, Campos, Zamora y Cerda (2020)⁷⁶, publicaron el estudio titulado: Impacto de la pandemia COVID-19 en la práctica de Cirugía General en México, el objetivo fue recolectar y analizar datos relacionados con algunas condiciones de la práctica del cirujano general y el efecto causado por la pandemia COVID-19, se trató de un estudio observacional descriptivo, aplicando una encuesta anónima utilizando la herramienta Survey Monkey®, respondida por 723 cirujanos generales.

Los resultados confirman que, el 44,20% mantuvo las cirugías electivas y el 55.80% no; los hospitales donde se realizaron el 5.57% lo hicieron de manera habitual, el 12, 78% con reducción de menos de 30%, el 9, 28 reducción de 31-59%, el 14,64% reducción de 60-80% y el 10,52% reducción del 81-100%. El 47,2 % sólo se realiza cirugía de urgencias.

En el mismo sentido, Maldonado, Caula, Planellas, Rodríguez, López, Delisau y Codina (2021)⁷⁷ realizaron el estudio: Estudio del impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la práctica quirúrgica urgente y electiva en un hospital de tercer nivel. El objetivo fue evaluar la evolución de las cirugías programadas y urgentes en el periodo comprendido entre el 14 de marzo y el 11 de mayo del 2020. Se realizó una recogida prospectiva de datos correspondientes a los pacientes ingresados en el servicio de cirugía general, durante los meses de febrero a mayo del año 2020.

Durante el periodo de pre alarma, se operaron 113 pacientes de forma electiva y 55 pacientes de forma urgentes, durante el segundo periodo, el centro sufrió su ocupación pico, la cirugía

electiva y urgente se redujo a 7 y 15 pacientes operados, respectivamente. En el tercer periodo, la ocupación de las camas descendió, se incrementó el número de pacientes operados electivamente a tan solo 20 (menos de uno al día) y la cirugía urgente fue el doble del periodo anterior (32 pacientes).

Recientemente, Barriga, Camacho, Román, Retamal, Cádiz, Gallegos y Carvajal (2021)⁷⁸ publicaron la investigación: Evaluación del impacto de la pandemia COVID-19 en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer de mama tratadas en Clínica Alemana de Santiago. El objetivo fue evaluar efectos de la pandemia en pacientes de Clínica Alemana de Santiago con diagnóstico reciente de cáncer de mama, comparadas con igual periodo año 2019. Estudio cuantitativo, retrospectivo, tipo descriptivo, comparando el período 1 de abril - 31 de julio de 2020 con igual periodo de año 2019.

El total de pacientes tratadas en estos periodos fue 156, 70 (44,87%) consultaron en el periodo señalado del año 2020 y 86 (55,13%) en 2019 ($p = 0,1$). A pesar de que el p no es significativo, sí es sugerente de significación el haber tratado menos pacientes durante el período de la pandemia. En relación al motivo de consulta no hubo diferencia si fue por nódulo palpable en la mama, tampoco por lesión palpable en la axila, ni por cambio de piel, secreción por el pezón, ni dolor. Sí hubo diferencias en pacientes que consultaron por antecedentes familiares de cáncer de mama, época pandemia 0 y 6 en no pandemia, como también en pacientes con antecedente personal de cáncer de mama, 6 año 2019 y 0 año 2020.

En la evaluación por estadios al momento del diagnóstico, no hubo diferencia entre el periodo 2020 y 2019, siendo la mayoría de las pacientes con cánceres en estadios precoces. En relación con el tratamiento indicado, vimos que la cirugía el año 2020 fue realizada en 49 pacientes y año 2019 de 71, a pesar de no ser significativo, es sugerente de significación el haber operado menos pacientes durante la pandemia. No hubo diferencia en las indicaciones de quimioterapias neoadyuvantes, 11 en periodo de pandemia y 12 en el periodo año 2019.

Así mismo, Pisula y et al (2021)⁷⁹, realizaron el estudio titulado: Estudio cualitativo sobre los adultos mayores y la accesibilidad a los servicios de salud durante el confinamiento por COVID-19 en Buenos Aires, Argentina - parte Se realizó un estudio cualitativo exploratorio convocando a participantes mayores de 60 años de edad. Mediante un muestreo en bola de nieve. El objetivo estaba referido a explorar las experiencias de los adultos mayores con

relación al cuidado de su salud durante el confinamiento por COVID-19, los problemas en la accesibilidad al sistema de salud y las adaptaciones emergentes. El diseño fue de abordaje cualitativo, con 60 participantes adultos mayores de 60 años, se utilizó el muestreo en bola de nieve y entrevista semi estructurada.

Los resultados mostraron que los participantes tuvieron dificultades para conseguir un turno con sus médicos habituales de forma presencial. Ante esta imposibilidad que les fueron impuestas, las tecnologías de información y comunicación ayudaron a los participantes a acceder de forma remota a las consultas. Los participantes refirieron sentirse más seguros evitando salir a buscar la receta o la medicación, en expresiones donde se evidencia la cautela ante el riesgo de contagio, y quizás acoplada con miedo o ansiedad.

Materiales y Métodos

La investigación seguirá un diseño analítico retrospectivo, estudiando el universo, conformado por los pacientes hospitalizados en los años 2019 y 2020, en el Servicio de Cirugía “B” de la CHET, con diagnóstico de cáncer, incluyendo todas las localizaciones. Para la recolección de datos se utilizarán como fuente secundaria las historias clínicas, mediante una Ficha de Registro de Información, diseñada para los efectos del estudio. Los datos serán analizados mediante estadística descriptiva. Para determinar el impacto de la pandemia COVID-19 en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, se utilizarán indicadores de impacto, definidos en términos de los lapsos del tiempo de los procesos diagnóstico y de y tratamiento, determinando la diferencia proporcional estadísticamente, comparando 2019 y 2020.

Resultados de la Investigación

La investigación realizada permitió describir a los pacientes sujetos de estudio, los mismo estuvieron caracterizados por 129 pacientes del género femenino (Tabla N° 1), un total de 80,62% en el período 2019-2020, alcanzando 79 pacientes (83,15%) en el 2019 y 50 pacientes (80,62%) en el 2020. El 76,24% de la edad predominante de los pacientes (Tabla N° 2) estuvo comprendida entre 40 a 69 años durante el período 2019-2020, mostrando una proporción similar en el 2019 y el 2020, de 77,89% y 73,99 %, respectivamente. Otra característica a resaltar son las comorbilidades (Tabla N° 3), resultando que 46 pacientes tenían diagnóstico de Hipertensión arterial (28,75%) y 15 pacientes de Diabetes Mellitus Tipo 2 (17,50%) siendo los antecedentes más comúnmente reportados.

Sobre el diagnóstico clínico (Tabla N° 4), el cáncer de mama (adenocarcinoma y carcinoma) es el diagnóstico clínico más frecuente, tanto en el 2019 con 39 pacientes (51,56%) como en el 2020 con 31 pacientes (49,19%), para un total de 70 pacientes (49,99%) en ambos años. Estas cifras estuvieron seguidas cáncer colorrectal, que durante el 2019 represento el 14,72% con 8 pacientes y 16,91% con 7 pacientes en el 2020, para un total de 15 pacientes (15,69%). En relación al cáncer de cuello uterino y endometrio, en el 2019 resultó de 8 pacientes (14,73%), aunque en el 2020 decreció 4,6% es decir, 2 pacientes. Otros diagnósticos clínicos relevante fueron: Cistoadenocarcinoma de ovario en 9 pacientes (5,62%) y adenocarcinoma de estómago en 7 pacientes (4,37%), cifras totales de ambos años.

Referente a los tiempos utilizados para obtener la atención, la mayoría de los pacientes a quien se les indicó o presentaron estudios imagenológicos (Tabla N°5), lo hicieron en menos de 1 mes, luego de la consulta médica, tanto en el 2019 48 pacientes (50,52%), como en el 2020 35 pacientes (53,84%). Por su parte, el tiempo utilizado entre la primera consulta médica y el informe de la biopsia (Tabla N°6), fue predominantemente de 3 meses en el año 2019 48 pacientes (50,52%) y en el 2020, 33 pacientes (50,76%). En cuanto al tiempo tomado entre la consulta médica y la cirugía (Tabla N°7), un total de 54 pacientes (56,82%) tardó menos de 4 meses en el 2019, tardando un máximo de 9 meses para la cirugía, mientras que, en el 2020, a los 4 meses solo el 39,98% (con una frecuencia absoluta de 26) de los pacientes fueron intervenidos, tardando hasta 11 meses para la cirugía.

La estadificación del cáncer de los pacientes estudiados (Tabla N°8), se ubicó mayoritariamente en los estadios IIA, IIB y III B; en el año 2019, los estadios IIA y IIB, se encontraron en 37 pacientes (38,94%) y 24 pacientes en estadio IIIB (25,26%); mientras tanto en el 2020, los porcentajes para los estadios IIA y IIB fueron 33,84% (22 pacientes), y para el IIIB se encontraron 14 pacientes (21,53%). En el mismo orden en la Tabla N° 9, se observa que 32 pacientes (33,68%) de los pacientes oncológicos atendidos en el 2019, recibieron neoadyuvante, entretanto, el porcentaje de los atendidos en el 2020 llegó al 38,46% (25 pacientes). Estos pacientes recibieron de 6 a 8 ciclos de quimioterapia, tanto en el 2019 como en el 2020, sin embargo, en el 2020, 2 pacientes recibieron 10 ciclos y 1 recibió 12 (Tabla N° 10).

Al detenerse en la Tabla N° 11, detectamos que el procedimiento quirúrgico realizado con mayor frecuencia en ambos años, fue la mastectomía radical modificada, con un total de 47 pacientes en el 2019 (49,47%) y 29 pacientes en el 2020 (44,61%) respectivamente. No obstante, en el 2019 la cirugía estatificadora de ovario y cáncer de cuello uterino, alcanzó el 13,68% con 13 pacientes, contra 3 pacientes (4,61%) obtenido en el 2020. La laparotomía no terapéutica se mantuvo en 6 pacientes (6,31%) en el 2019 y 4 pacientes (6,15%) en el 2020, aumentando ese año la resección local de 1,05% (1 paciente) en el 2019 a 7,69% (5 pacientes) en el 2020. Contrariamente, la colostomía y hemicolectomía pasaron de 4,21% (4 pacientes) y 7,36% (7 pacientes) en el 2019, a 0 y 4,61% (3 pacientes) en el 2020.

Adicionalmente, en la Tabla N° 12, se aprecia que, durante los años 2019 y 2020 se realizaron 85 cirugías curativas (53,12%) y 75 paliativas (46,87%), efectuándose en el 2019 53,68% cirugías curativas (51) y 46,31% paliativas (44), en el 2020 el 52,30% fueron cirugías curativas (34) y 47,69% paliativas (31).

Discusión de Resultados

El contexto de la discusión de los resultados está constituido por los diagnósticos clínicos más frecuentes identificados en los pacientes sujetos de estudio, entre lo que se destacaron el cáncer de mama, seguidos del cáncer colorrectal, cuello uterino y endometrio, frecuencia que se corresponde con las tasas de incidencias publicadas por la Sociedad Anticancerosa de Venezuela, en el boletín del año 2019¹⁵.

En consecuencia, se entiende que la marcada prevalencia el género femenino encontrada en el estudio, responde tanto al perfil epidemiológico del cáncer¹⁴, como al funcionamiento propio del Servicio de Cirugía “B” de la CHET, caracterizado por atender pacientes con cáncer de mama y cuello uterino. Contrariamente, el ingreso de pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata, ni de pulmón, de mayor prevalencia en el género masculino, son atendidos en servicios distintos.

En cuanto a la edad, el predominio entre los 40 a 69 años, es concerniente a las localizaciones de cáncer determinadas en el estudio y las tasas de incidencias según edad, de acuerdo a lo señalado por la Sociedad Anticancerosa de Venezuela¹⁵. En ese sentido, entre los 55-64 años el mayor número de casos es de cáncer de colon-recto en hombres, mientras que la mayor incidencia para el cáncer de mama y colon-recto, ambos sexos, es entre 45-54 años; y el mayor

número de nuevos casos para el cáncer de cuello uterino, es en la edad comprendida entre 35-54 años.

La presentación de HTA encontrada en los pacientes, es compatible con las tasas de morbimortalidad de Venezuela, sumado a que, en las diferentes fuentes bibliográficas consultadas, se sostienen que la HTA es la comorbilidad más frecuente entre los pacientes con diagnóstico de cáncer, aumentando el riesgo de mortalidad por cáncer en ese grupo de pacientes. Igualmente se afirma que, la prevalencia de HTA en pacientes oncológicos es 40% mayor que en el resto de la población, porque comparten varios factores de riesgo, tales como tabaco, dieta inadecuada, obesidad y sedentarismo⁸⁰.

Por otra parte, los pacientes estudiados presentaron Diabetes Mellitus Tipo 2, conforme a lo expuesto en varios estudios epidemiológicos, observacionales y de metanálisis a gran escala, que han mostrado un aumento constante en la incidencia de cáncer en sitios específicos entre pacientes con DM2, incluyendo un 20% en el riesgo de cáncer de mama, dos veces más en el riesgo de cáncer de endometrio y 50% de mayor incidencia de cáncer colorrectal. Riesgo que es mayor en los primeros meses de diagnóstico de DM2, pues los estudios sugieren que la hiperinsulinemia, en lugar de la hiperglucemia, se asocia con un mayor riesgo de cáncer, además de relacionarse con la progresión, recurrencia y mortalidad del cáncer colorrectal y de mama⁸¹.

Sobre los tiempos entre a consulta médica, el estudio imagenológico, la biopsia y la cirugía, la mayoría de los pacientes estuvieron entre el tiempo de atención estándar del lapso diagnóstico de 30 días y 45 días²⁶. Igualmente, la mayoría estuvo en el tiempo ideal entre la búsqueda de diagnóstico y la cirugía, no más de seis a ocho semanas²⁵. Sin embargo, se aprecia que, en el 2019 solo el 1% de los pacientes excedió el tiempo a más de 8 meses, mientras que en el 2020 este grupo representó el 21,52% del total de pacientes, variación que puede explicarse con los hallazgos de Pisula y et al (2021)⁷⁹, referido a la dificultad de los pacientes a asistir a consultas presenciales, tipo de consulta no reemplazable por medios electrónicos, ya que la especialidad de cirugía es esencialmente presencial.

Otro indicador de la variable donde no se evidenció diferencia, fue en los estadios de cáncer diagnosticados en el 2019 y 2020, coincidiendo con la investigación de Barriga, Camacho, Román, Retamal, Cádiz, Gallegos y Carvajal (2021)⁷⁸. Este hallazgo es indicativo que aun

cuando la pandemia COVID-19, y el consecuente aislamiento social y confinamiento, incidió en la accesibilidad de los servicios de salud de la región, debido al plan de contingencia, también la accesibilidad se conjuga con factores personales, como la necesidad de atención y la autopercepción de la enfermedad y su gravedad, pudiendo ser determinantemente en la búsqueda de atención médica.

De la misma forma, no se detectó diferencia en las indicaciones de quimioterapias neoadyuvantes en el año 2019 y 2020, en correspondencia con la similitud de localizaciones y estadios del cáncer de los años estudiados, coincidiendo con los resultados de la investigación de Barriga, Camacho, Román, Retamal, Cádiz, Gallegos y Carvajal (2021)⁷⁸. Igual explicación aplica para los ciclos de quimioterapia aplicados, entre 6 y 8, en ambos años de estudio, acorde con las indicaciones estándar.

La revisión de los procedimientos quirúrgicos más realizados, lleva a detenerse en el número de intervenciones practicadas, las cuales en los dos años sumaron un total de 160 cirugías, ocupando la mastectomía radical modificada, la cirugía estadificadora de ovario y cáncer de cuello uterino la laparotomía no terapéutica, la resección local. la colostomía y hemicolectomía, cónsonas con los diagnósticos clínicos y estadios encontrados. Llamando la atención que en el 2019 se realizaron 95 cirugías oncológicas, es decir el 59,37% del total de las cirugías electivas, mientras que, en el 2020, se practicaron 65 (40, 62%), representando una disminución de 31,57%.

Las disminuciones de cirugías electivas también fueron encontradas en las investigaciones de Maldonado, Caula, Planellas, Rodríguez, López, Delisau y Codina (2021)⁷⁷ y Cote, Torres, Loera, Campos, Zamora y Cerda (2020)⁷⁶ y Rosales, Rodríguez y Ameriso (2020)⁷⁵, este último estudio encontró disminución similar en términos porcentuales. No obstante, las cirugías de estadificadora de ovario y cáncer de cuello uterino e intervenciones colorrectales disminuyeron en el 2020, con respecto al 2019, no así la mastectomía radical modificada.

Esta particularidad diferente entre la mastectomía y otras cirugías durante la pandemia COVID-19, puede que responda al supuesto que los pacientes oncológicos durante el confinamiento, acudieron en búsqueda de atención medica impulsados por la autopercepción de la enfermedad, lo cual es más propicio en el cáncer de mama, no solo por ser un órgano

externo, sino por las campañas publicitarias mas preponderantes, en comparación con el cáncer de ovario, cuello uterino y colorrectal.

Por último, la comparación de proporciones de tipo de cirugía realizada, curativa y paliativa, los resultados en ambos años, fueron iguales, lo que obedece a que el propósito de la cirugía depende principalmente del estadio neoplásico, factor que debe ser considerado por los profesionales de la salud para concientizar sobre la urgencia de desarrollar acciones requeridas para promover la detección y tratamiento del cáncer en estadios tempranos, favoreciendo el aumento de las cirugías curativas, asociada a menor mortalidad y deterioro de la calidad de vida, así como mayor años de sobrevivencia, ya que se realizan resecciones menos extensa y más precisas, y procura la conservación de órganos y funciones⁷⁰.

Conclusión

Se realizaron un total de 160 cirugías oncológicas electivas durante el período 2019-2020, 59,37% en el 2019 y 40,62% en el 2020, representando una disminución de 31,57%, particularmente en las cirugías de estadificadora de ovario y cáncer de cuello uterino, e intervenciones colorrectales. La mayoría de los pacientes estuvieron en el tiempo ideal entre la búsqueda de diagnóstico y la cirugía, seis a ocho semanas, aunque en el 2020 el 21,52% excedió el tiempo, en contraposición al 1% en el 2019. No se encontró diferencias proporcionales entre los estadios ni en las quimioterapias neoadyuvantes.

Referencia Bibliográfica

1. Wiesner, C. Salud Pública y Epidemiología del Cáncer en Colombia. Colombia Médica. 2018 [Consultado 25 de Octubre 2020]; 49 (1) Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v49n1/es1657-9534-cm-49-01-00013.pdf>
2. Sánchez, J; A. Cabrera; A. Pérez y J. Merino. Estudio de las Principales Causas de Muerte en Guanajay en el año. Medisur. 2015 [Consultado el 25 de octubre 2020]; 13 (3) Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000300008.
3. De la Garza, J. y P. Juárez. El Cáncer. México: Ediciones Universidad Autónoma de Nuevo León; 2014
4. OMS. Latest Global Cancer Data: Cancer Burden Rises To 18.1 Million New Cases And 9.6 Million Cancer Deaths In 2018. Press Release No 263 International Agency for Research on Cancer. [Consultado el 12 de octubre 2020] Disponible en https://iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf
5. Barrios E y M Garau. Cáncer: Magnitud del Problema en el Mundo y en Uruguay, Aspectos Epidemiológicos. Anales de la Facultad de Medicina. 2017 [Consultado el 25 de octubre 2020]; 4 (1). Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_serial&pid=2301-1254&lng=es&nrm=iso.
6. Lence, J. y R Camacho. Cáncer y Transición Demográfica en América Latina y el Caribe. Revista Cubana de Salud Pública. 2006 [Consultado 4 de Noviembre 2020]; 32 (3) Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext &pid=s0864-34662006000300010
7. Kielstra, P. (2017) Control del Cáncer, Acceso y Desigualdad en América Latina. Una Historia de Luces y Sombras. The Economist Intelligence Unit. 2017 [Consultado 14 de Octubre de 2020] Disponible en: www.alatro.org/images/archivos/Cancer-control-access-LatinAmerica-SPANISH.pdf+&cd=6&hl=es&ct=clnk&gl=ve.
8. Barrios, E. y M. Garau (2017) Cáncer: Magnitud del Problema en el Mundo y en Uruguay, Aspectos Epidemiológicos. Anales de la Facultad de Medicina. 2017 [Consultado 4 de Noviembre de 2020]; 4 (1). Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542017000100007
9. Villalobos, P; F Hasen; C Izquierdo y S Santander (2020) Nuevos Retos para la Planificación en Salud: el Plan Nacional de Cáncer en Chile. Revista Panamericana de Salud Pública. 2020 [Consultado el 4 de Noviembre 2020]; 44 (e6) Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6956687/>
10. Sanz, B; M. Prieto; L. Otero; A. Abt-Sacks; M. Bernal y N. Cambas. Percepción de los Factores de Riesgo de Cáncer por la Población Española. Gaceta Sanitaria. 2014 [Consultado 4 de noviembre 2020]; 28 (2). Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000200008
11. Arias, S. Inequidad y Cáncer: una Revisión Conceptual. Revista Facultad nacional de Salud Pública. 2009 [Consultado 25 de Octubre 2020]; 27 (3) Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000300012.

12. Solidoro, A (2010) *Pobreza, Inequidad y Cáncer*. **Acta Médica Peruana**. Volumen 27 Numero 3, Perú. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000300009. Consultado el 25 de octubre 2020
13. Carrillo, A. Sistema de Salud en Venezuela: ¿un Paciente sin Remedio? Cuaderno de Salud Pública. 2018 [Consultado 15 de octubre 2020]; 34 (3). Disponible en <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n3/e00058517/> p. 12
14. Capote, L. Aspectos Epidemiológicos del Cáncer en Venezuela Revista Venezolana de Oncología. 2006 [Consultado el 25 de octubre de 2020]; 18 (4) p. 1. Disponible en [e.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822006000400011](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822006000400011)
15. Castillo, A; C. Miranda; D. Villalta; A. Sajo y P. Ovalles. Boletín de Incidencia y Mortalidad del Cáncer 2019. Sociedad Anticancerosa de Venezuela. 2019 [Consultado 13 de octubre 2020]. Disponible en <https://www.cancervenezuela.org/descargas/boletin-incidencia-mortalidad-cancer-informe-pronosticos-mortalidad-venezuela-2017.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ve&client=firefox-b-a>.
16. Avilán, J. Morbilidad y Mortalidad por Cáncer en Venezuela. Gaceta Médica de Caracas. 2004 [Consultado el 25 de Octubre 2020]; 112 (3). Disponible en http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-7622004000300010.
17. Torrens, R (2010) Atención al Paciente Oncológico desde la Perspectiva de Enfermería. 2010 [Consultado el 8 de noviembre 2020]. España: Ediciones Fundación Dr. Antonio Esteben. Disponible en https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/elibros/atencion_paciente_oncologico_enfermeria.pdf
18. Pardo, C. y E. Vries. Supervivencia global de pacientes con cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología (INC). Revista Colombiana de Cancerología. 2017 [Consultado el 8 de noviembre de 2020]; 21 (1):12-18 Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v21n1/0123-9015-rcc-21-01-00012.pdf>
19. Brozos, E.; F. Vásquez; J. Cueva y F. Barón. Supervivientes al Cáncer de España: Situación Actual. Largos Sobrevivientes del Cáncer. Monografía. Sociedad Española de Oncología Médica. 2013 [Consultado el 25 de Octubre de 2020] Disponible en https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOGRAFICO_SEOM_LARGOS_SUPERVIVIENTES_I.pdf
20. Echarte, M.; M. Martínez y O. Zambrano. Un análisis de la Crisis Económica de Venezuela desde los Postulados de la Escuela Austríaca de Economía. Revista Lasallista de Investigación. 2018 [Consultado el 25 de Octubre 2020]; 15 (2) Disponible en www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-44492018000200068+&cd=7&hl=es&ct=clnk&gl=ve&client=firefox-b
21. OMS. Informe de la OMS sobre el Cáncer: Establecimiento de Prioridades, Inversión Inteligente y Atención para Todos. 2020 [Consultado el 25 de Octubre de 2020] Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>.
22. Observatorio Venezolano de Salud (2018) ¿Qué Sucede con el Programa Nacional de Cáncer en Venezuela? Publicaciones de Salud. Centro de Estudio del Desarrollo. UCV. 2018 [Consultado el 12 de octubre del 2020]. Disponible en <https://www.ovsalud.org/publicaciones/salud/que-sucede-con-el-programa-nacional-de-cancer-envenezuela/>

23. Granados, M; O. Arrieta y A. Meneses. *Cáncer en Tratamiento del Cáncer: Oncología Médica, Quirúrgica y Radioterapia*. En M. Granados.; O. Arrieta y J. Hinojosa (Editores). México: Editorial Manual Moderno, 2016
24. OMS. *El diagnóstico Temprano del Cáncer Salva Vidas y Reduce los Costos de Tratamiento*. 2017 [Consultado el 7 de noviembre de 2020]. Disponible en w.who.int/es/news/item/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs
25. Dalla, T.; R. Turrini y V. Brito. Factores que Intervienen en el Inicio de Tratamiento de los Pacientes con Cáncer de Estómago y Colorrectal. *Revista Latinoamérica de Enfermería*. 2017 [Consultado el 14 de Octubre 2020]; 25 (287) Disponible en https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2879.pdf.
26. Díaz, C. y R. Peña (2012) Factores Pronóstico de Sobrevida de los Cánceres Prioritarios en el Seguro Social de Salud Lambayeque Perú. *Revista Venezolana de Oncología*. 2012 [Consultado 25 de octubre 2020]; 24 (3):202-216. Disponible [http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/03._diaz_c_\(202-216\).pdf](http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/03._diaz_c_(202-216).pdf)
27. Bernal, M; F. Gómez y G. Gómez. Tiempos de Demora en el Diagnóstico del Cáncer. Atención Primaria. 2001 [Consultado el 8 de Noviembre de 2020]; 27 (2):79-85 Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/82722811.pdf>
28. Flores, G. Gestión de la Accesibilidad y Derecho a la Salud (2012) *Acta Médica. Costarricense*. 2012 [Consultado el 8 de Noviembre 2021]; 54:3 Disponible en https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000300010#:~:text=En%20tanto%20se%20define%20a,los%20servicios%20con%20relaci%C3%B3n%20al
29. Figueroa, D. y G. Calvacanti. Accesibilidad a los Servicios Públicos de Salud: la Visión de los Usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*. 2014 [Consultado el 9 de noviembre de 2020]; 13 (33) Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100013
30. Sevilla, A.; M. González y I. Ramos. Accesibilidad Geográfica y Social en un Servicio de Salud de Especialidad. Acapulco, Guerrero, México, año 2011. *Revista Terra*. 2013 [Consultado 9 de Noviembre 2020]; 29 (46) Disponible en http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-70892013000200005
31. Sánchez, D. Accesibilidad a los Servicios de Salud: Debate Teórico sobre Determinantes e Implicaciones en la Política Pública de Salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2016 [Consultado el 15 de Octubre 2020]; 201/55 (1):82-99 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf>.
32. Rocha, A. Barreras para la Detección Oportuna del Cáncer Cervico-uterino en Colombia: Una Revisión Narrativa. *Investigaciones Andinas*. 2016 [Consultado el 15 de Octubre 2020]; 18 (33): 1647-1663 Disponible <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239053104004.pdf>
33. Puigpinos, R; A. Castillo; A. Romero; M. Aller; X. Castells y M. Salas Determinantes Sociales y Clínicos del Uso de Servicios Sanitarios en Mujeres con Cáncer de Mama (Cohorte DAMA). *Gaceta Sanitaria*. 2019 [Consultado el 9 de Noviembre de 2021] 33 (5):434-441 Disponible en <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911118301110?token=6E2E260F2B0CF342D6A5179DC784>

[A0774A42166A6EA82C48412A3BC007CAC98DF7F07E8E0FA4D4D379BDC17F5B4E1720](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.11.001)

34. Hirmas, M; L. Poffald; A. Jasmen; X. Aguilera; I. Delgado y J. Vega. Barreras y Facilitadores de Acceso a la Atención de Salud: una Revisión Sistemática Cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013 [Consultado el 6 de Noviembre de 2020]; 33 (3):223-229 Disponible en <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n3/223-229/es/>
35. Restrepo, J; C. Silva; F. Andrade y R. Dover. Acceso a Servicios de Salud: Análisis de Barreras y Estrategias en el Caso de Medellín, Colombia. *Revista de Gerencia Política de Salud*. 2014 [Consultado el 8 de Noviembre 2020]; 13 (27): 242-265 Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>
36. Llanos, L; C. Contreras; J. Velásquez y J. Peinado Factores Asociados a la Demanda de Salud en Cinco Provincias de Cajamarca. *Revista Médica Herediana*. 2004 [Consultado 9 de Noviembre 2021]; 15 (1) Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2004000100004&script=sci_abstract
37. Fajardo, G; J. Gutiérrez y S. García. Acceso Efectivo a los Servicios de Salud: Operacionalizando la Cobertura Universal en Salud. *Salud Pública de México*. 2015 [Consultado el 8 de Noviembre 2020]; 57 (2) Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014
38. Carrillo, A. Sistema de Salud en Venezuela: ¿Un Paciente sin Remedio? *Cuaderno de Salud Pública*. 2018 [Consultado el 8 de Noviembre de 2020]; 34 (3): 1-15 Disponible en <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00058517.pdf>
39. Pedraza, C. y L. Prieto. El Gasto de Bolsillo en Salud: el Caso de Chile, 1997 y 2007. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012 [Consultado el 7 de Noviembre de 2020]; 31 (4):310-316 Disponible en <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n4/310-316/>
40. González, G. La Crisis del Sistema de Salud en Venezuela. *Revista Salus*. 2018 [Consultado el 9 de Noviembre de 2020]; 22 (1): 6-7 Disponible en <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3759/375956270002/html/index.html>
41. Echarte, M; M. Martínez y O. Zambrano Un Análisis de la Crisis Económica de Venezuela desde los Postulados de la Escuela Austríaca de Economía. *Revista Lasallista de Investigación*. 2018 [Consultado el 7 de Noviembre de 2020]; 15 (2a5) Disponible en <https://www.redalyc.org/jatsRepo/695/69559233006/html/index.html>
42. Pacora, L. COVID-19, la Pandemia por el Coronavirus: Enfrentando un Enemigo Invisible. eBook, Google, Perú, 2020
43. Jumbo, D; J. Campuzano y A. Luna. Crisis Económicas y COVID-19 en Ecuador: Impacto en las Exportaciones. *Universidad y Sociedad*. 2020 [Consultado 3 de Enero de 2021]; 12 (6) Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000600103&lng=es&nrm=iso&tlng=es
44. Benjamín, G. Asegurar la Equidad en la Salud durante la Pandemia de COVID-19: el Papel de la Infraestructura de Salud Pública *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2020 [Consultado el 5 de Enero 2021] 44 (70) Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52233>

45. Maguiña, C; R. Gástelo y A. Tequen El Nuevo Coronavirus y la Pandemia del COVID-19 Revista Médica Herediana. 2020 [Consultado 15 de Octubre 2020]; 31 (2) Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2020000200125&script=sci_arttext.
46. OMS. Hacer Frente a las Enfermedades no Transmisibles Durante la Pandemia de COVID-19 y Después de Ella. 2020 [Consultado el 7 de Enero 2021] Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335827/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Policy_brief-2020.1-spa.pdf
47. OCDE/The World Bank. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. OCDE Publishing. París. 2020 [Consultado 16 de Octubre 2020] Disponible en <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.
48. CEPAL. La Educación en Tiempos de la Pandemia de COVID-19. Editorial CEPAL/UNESCO. 2020 [Consultado 7 de Enero 2021] Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45904-la-educacion-tiempos-la-pandemia-covid-19>
49. Espinosa, A; P. Ordoñez; A. Espinosa y A. Morejón. Enfermedades Crónicas No Transmisibles y COVID-19: La Convergencia de dos Crisis Globales. 2020 [Consultado el 7 de enero 2021]. Disponible en <file:///C:/Users/wilfredo/Downloads/1387-Preprint%20Text-2280-2-10-20201020.pdf>
50. Sánchez, A. y V. De La Fuente COVID-19: Cuarentena, Aislamiento, Distanciamiento social y Confinamiento, ¿Son lo Mismo? Anales de Pediatría. 2020 [Consultado el 7 de Enero 2021]; 93 (1):73-74 Disponible en <https://www.analesdepediatría.org/es-covid-19-cuarentena-aislamiento-distanciamiento-social-articulo-S1695403320301776>
51. OMS. Transmisión del SARS -CoV-2: Repercusiones sobre las Precauciones en Materia de Prevención de Infecciones. Reseña Científica. 2020 [Consultado 25 de Octubre 2020] Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333390/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-spa.pdf.
52. Trilla, A. Un Mundo, una Salud: la Epidemia por el Nuevo Coronavirus COVID-19. Medicina Clínica. 2020 [Consultado el 7 de Enero de 2021]; 154 (5): 175-177 Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-S002577532030141X>
53. OMS Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades Segunda Edición Revisada. Unidad 6: Control de Enfermedades en la Población. Washington. 2011 [Consultado 15 de Octubre 2020] Disponible en https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pubicaciones-ops-oms-colombia&alias=858-mopece6&Itemid=688.
54. República Bolivariana de Venezuela. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela* Numero 6529 Extraordinaria Año CXLVII - Mes VI. Caracas, 13 de marzo de 2020. [Consultado 12 de octubre 2020]. Disponible en <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/ven194367.pdf>.
55. Castellano, A. Efectos del COVID 19 en la Colapsada Economía Venezolana del Siglo XXI. Revista Venezolana de Gerencia. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad del Zulia. 2020 [Consultado 16 de octubre 2020]; 25 (9). Disponible en <https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/rvg/article/view/33165/34819>

56. Pérez, G. y Q. Silva. Enfoques y Factores Asociados a la Inseguridad Alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 2019 [Consultado 13 de octubre 2020] 18 (1). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86239>
57. Lauda, Z; B. Milz; I. Matheus; P. Henríquez y P. Roberto. La Época COVID-19: Investigación Interdisciplinaria y una Nueva Ética Sostenible y Justa. *Revista Ambiente y Sociedad*. 2020 [Consultado 16 de octubre 2020]; 23 (3). Disponible en https://www.scielo.br/pdf/asoc/v23/es_1809-4422-asoc-23-e00003.pdf
58. Terceiro, D. y V. Vietto COVID-19: Presentación Clínica en Adultos. Evidencia, Actualización en la Práctica Clínica. 2020 [Consultado el 7 de Enero de 2021]; 23 (2) Disponible en <http://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/4290>
59. Gutiérrez, P. Estructura de Plan de Continuidad Operativa Bajo el Enfoque de la Gestión de Riesgo de Desastres en Empresas de Saneamiento de Agua. *Revista Ciencia & Trabajo*. 2018 [Consultado el 7 de Enero 2021]; 20 (63) Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492018000300169
60. Aranda, J. y et al. Atención de la Urgencia Quirúrgica Durante la Pandemia COVID-19. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos. *Cirugía Especial*. 2020 [Consultado 7 de enero 2021]; 98 (8): 433–441. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7188641/>
61. Becerra, A. Estimación de un Modelo de Demanda de Servicios de Salud en Uruguay. ¿Por qué se llenan los consultorios de urgencias? Cuaderno de Economía. 2007 [Consultado el 7 de Enero 2021]; (2): 107-122 Disponible en <file:///C:/Users/wilfredo/Downloads/482-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1898-1-10-20151015.pdf>
62. Valdespino, V; J. López; J. González y V. Valdespino. Atención de las Emergencias y Urgencias Médico-quirúrgicas en un Hospital Oncológico. *Cirugía y Cirujano*. 2006 [Consultado el 7 de enero de 2021]; 74 (5):359-368 Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/662/66274509.pdf>
63. Greene, F. TNM: Nuestro Lenguaje del Cáncer. *CA Cáncer J Clin*. 2004 [Consultado el 7 de Enero 2021]; 54 (3):129-130 Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15195787/&prev=search&pto=au>
64. Garrido, G. y G. ¿La Pandemia de COVID-19 y las Medidas de Confinamiento Aumentan el Riesgo de Violencia Hacia Niños/as y Adolescentes? *Archivo de Pediatría de Uruguay*. 2020 [Consultado el 8 de enero 2021]; 91 (4) Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492020000400194&script=sci_arttext&tlng=es
65. Capurro, D. y G. Rada. El Proceso Diagnóstico. *Revista Médica de Chile*. 2007 [Consultado 8 de enero 2021]; 135 (4):534-538. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887200700040001
66. Alfonso, J; C. Hernández y J. Mondejar. Método Clínico Frente a las Nuevas Tecnologías. *Revista Médica*. 2014 [Consultado el 8 de Enero 2021]; 36 (4): 499-511 Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n4/rme120414.pdf>
67. Dalla, T; R Teresa y V. de Brito. Factores que Intervienen en el Inicio de Tratamiento de los Pacientes con Cáncer de Estómago y Colorrectal. *Revista Latinoamericana de*

- Enfermería. 2017 [Consultado 8 de Enero 2021] 25:e2879 Disponible en https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2879.pdf
68. Oberreuter, G; C. Oliva; J. Contreras y F. Cardemil. Análisis de Tiempos de Espera en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello en el Hospital San Juan de Dios. Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2017 [Consultado el 8 de Enero del 2021]; 77:2 Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162017000200004
 69. Zaharia, M. y H. Gómez. La Quimioterapia Neoadyuvante en el Tratamiento del Cáncer de Mama Localmente Avanzado. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013 [Consultado el 8 de Enero del 2021]; 30 (1) Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100015#:~:text=La%20terapia%20neoadyuvante%20permite%20establecer,respuesta%20tumoral%20cl%C3%ADnica%20y%20patol%C3%B3gica.
 70. Arraztoa, J. Cirugía Oncológica el Porqué de una Nueva Especialidad Quirúrgica Derivada de la Cirugía General. Revista Chilena de Cirugía. 2007 [Consultado el 9 de Enero 2021]; 29 (1):84-88 Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0718-40262007000100014>.
 71. Mise, L. Estudio Descriptivo sobre el Proceso de Psicoprofilaxis Quirúrgica. Caso Héctor. Publicación de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2016 [Consultado el 9 de Enero] Disponible en http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/3538/Abstract_Toussaint.pdf?sequence=1
 72. Medina, V; Y. Gómez y D. Medina. Nuevos Tratamientos y Economía: Reto Difícil para la Atención al Cáncer. Medicentro Electrónica. 2018 [Consultado 20 de octubre 020]; 22 (2). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000200015.
 73. Méndez, Y. Financiamiento del Sistema de Salud: Antes, Durante y Después de COVID-19. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. México. 2020 [Consultado 16 de Octubre 2020] Disponible en <https://ciep.mx/financiamiento-del-sistema-de-salud-antes-durante-y-despues-de-covid-19/>
 74. Wiesner, C. Investigación en Cáncer en el Contexto de la Pandemia de la Enfermedad por SARS-CoV-2. Biomédica. 2020 [Consultado 15 de octubre 2020] 40 (29). Disponible en www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572020000200217
 75. Rosales, J; M. Rodríguez y S. Ameriso. Efecto de la pandemia COVID-19 y la cuarentena en el número de consultas, subtipos y tratamiento del accidente cerebrovascular en un centro neurológico de Argentina. Medicina (B. Aires).2020. [Consultado e 13 de agosto de 2021]. 80 (S 6). Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020001000065
 76. Cote, L; R. Torres; M. Loera; F. Campos; J. Zamora y L. Cerda. Impacto de la pandemia COVID-19 en la práctica de Cirugía General en México. Encuesta Nacional. Cir. Gen. 2020 [Consultado el 7 de agosto de 2021];42 (2):149-164. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTI=CULO=95375&id2=>

77. Maldonado, E; C. Caula; P. Planellas; J. Rodríguez; S, López; O. Delisau y A. Codina. Estudio del impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la práctica quirúrgica urgente y electiva en un hospital de tercer nivel. *Cir. Esp.* 2021. [Consultado el 7 de septiembre de 2021]; 99(5): 68–373. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7402232/>
78. Barriga, C; J. Camacho; E. Román; T. Retamal; F. Cádiz; M. Gallegos y D. Carvajal. Evaluación del impacto de la pandemia COVID-19 en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer de mama tratadas en Clínica Alemana de Santiago. *Rev. Cirugía.* 2021. [Consultado 6 de octubre 2021];73(3). Disponible en: <https://www.revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/view/1165>
79. Pisula, P; J. Salas; G. Báez; C. Loza; R. Valverdi; V. Discacciati; M. Granero; X. Pizzorno y J. Ariel. Estudio cualitativo sobre los adultos mayores y la accesibilidad a los servicios de salud durante el confinamiento por COVID-19 en Buenos Aires, Argentina – parte 2. *Medwave* 2021 [8 de octubre 2021];21(4): e8192. Disponible en <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/EstCualit/8192.act>.
80. Vázquez, H. Hipertensión arterial y tratamiento del cáncer. *Rev. Urug. Cardiol.* 2018. [Consultado 7 de enero 2022]; 33: 43-49. Disponible en <http://dx.doi.org/10.29277/cardio.33.1.4>
81. Shlomain, G; B. Neel; D. LeRoith y E. Gallagher. Type 2 Diabetes Mellitus and Cancer: The Role of Pharmacotherapy. *J Clin Oncol.* 2016. [Consultado el 7 de enero de 2022]; 34(35):4261-4269. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5455318/>.

Anexo N° 1 Tablas de Resultados de Investigación.

Tabla N° 1

Distribución de los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, según género. Periodo 2019-2020.

Género	2019		2020		Total	
	F. A	F. R	F. A	F- R	F. A	F. R
Masculino	16	16,84	15	23,03	31	19,37
Femenino	79	83,15	50	76,92	129	80,62
Total	95	100	65	100	160	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N° 2

Distribución de los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, según edad. Periodo 2019-2020.

Edad	2019		2020		Total	
	F. A	F. R	F. A	F. R	F. A	F. R
-20	0	0	1	1,5	1	0,62
21-29	2	2,1	0	0	2	1,25
30-39	15	15,78	11	16,92	26	15,62
40-49	35	36,84	18	27,69	53	33,12
50-59	27	28,42	14	21,53	41	25,62
60-69	12	12,63	16	24,61	28	17,50
70 y más	4	4,21	5	7,69	9	5,62
Total	95	100	65	100	160	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N° 3
 Co-morbilidad de los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la
 Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Periodo 2019-2020.

Co-morbilidad	2019		2020		Total	
	F. A	F. R	F. A	F- R	F. A	F. R
Hipertensión Arterial	29	30,52	17	26,15	46	28,75
Diabetes Mellitus Tipo 2	15	15,78	13	20	28	17,50
Hipertensión Arterial + DM Tipo 2	3	3,15	1	1,53	4	2,50
Trastorno Esquizoide	0	0	1	1,53	1	0,62
No refiere	48	50,52	34	52,30	82	51,25
Total	95	100	65	100	160	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N° 4

Distribución de los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, según diagnóstico clínico. Periodo 2019-2020.

Diagnóstico clínico	2019		2020		Total	
	F. A	F. R	F. A	F. R	F. A	F. R
Adenocarcinoma de Recto	1	1,05	2	3,07	3	1,8
Adenocarcinoma de Estomago	4	4,21	3	4,61	7	4,37
Cistoadenocarcinoma de Ovario	6	6,31	3	4,61	9	5,62
Adenocarcinoma de Páncreas	2	2,10	1	1,53	3	1,8
Adenocarcinoma de Ciego	1	1,05	0	0	1	0,62
Carcinoma Ductal de Mama	31	32,63	17	26,15	48	30
Adenocarcinoma de Ovario	1	1,05	0	0	1	0,62
Adenocarcinoma de Mama	1	1,05	1	1,53	2	1,25
GIST	1	1,05	1	1,53	2	1,25
Carcinoma Endometriode	5	5,26	1	1,53	6	3,75
Adenocarcinoma de Colon	7	7,36	5	7,69	12	7,65
Liposarcoma de Muslo	1	1,05	1	1,53	2	1,25
Carcinoma Epidermoide de Cuello Uterino	4	4,21	0	0	4	2,50
Carcinoma Lobulillar de Mama	4	4,21	2	3,07	6	3,75
Adenocarcinoma de Endometrio	5	5,26	2	3,07	7	4,37
Adenocarcinoma de Sigmoides	5	5,26	4	6,15	9	5,62
Carcinoma Invasor de Mama	3	3,15	2	3,07	5	3,12
Adenocarcinoma ductal de mama	10	10,52	9	13,84	19	11,87
Carcinoma Papilar Intraquístico de mama	0	0	1	1,53	1	0,62
Tumor Carcinoide de estomago	0	0	1	1,53	1	0,62
Carcinoma Epidermoide	3	3,15	1	1,53	4	2,50
Carcinoma de Cuello Cabelludo	0	0	1	1,53	1	0,62
Carcinoma Nasofaríngeo	0	0	1	1,53	1	0,62
Rabdomiosarcoma de Pared Torácica	0	0	1	1,53	1	0,62
Rabdomiosarcoma Retroperitoneal	0	0	1	1,53	1	0,62
Leiomiomasarcoma Retroperitoneal	0	0	1	1,53	1	0,62
Carcinoma Papilar de Tiroides	0	0	1	1,53	1	0,62
Carcinoma Renal	0	0	1	1,53	1	0,62
Carcinoma Hepatocelular	0	0	1	1,53	1	0,62
Total	95	100	65	100	160	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N° 5

Tiempo desde la consulta médica y estudio imagenológico de los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Periodo 2019-2020.

Tiempo en mes	2019		2020	
	F. A	F. R	F. A	F- R
Menos de 1	48	50,52	35	53,84
1-2	12	12,63	9	13,84
Sin estudio	35	36,84	21	32,30
Total	95	100	65	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N° 6

Tiempo entre la consulta médica e Informe de biopsia de los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Periodo 2019-2020.

Tiempo en meses	2019		2020		Total	
	F. A	F. R	F. A	F- R	F. A	F. R
1	26	27,36	9	13,84	35	21,87
2	21	22,10	23	35,38	44	27,50
3	48	50,52	33	50,76	81	50,62
Total	95	100	65	100	160	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N° 7

Tiempo entre la consulta y la cirugía de los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Periodo 2019-2020.

Tiempo en meses	2019		2020		Total	
	F. A	F. R	F. A	F- R	F. A	F. R
1	14	14,73	4	6,15	18	11,25
2	16	16,84	8	12,30	24	15,0
3	11	11,57	8	12,30	19	11,87
4	13	13,68	6	9,23	19	11,87
5	5	5,26	7	10,76	12	7,5
6	6	6,31	5	7,69	11	6,87
7	18	18,94	3	4,61	21	13,12
8	11	11,57	10	15,38	21	13,12
9	1	1,05	11	16,92	12	7,5
10	0	0	2	3,07	2	1,25
11	0	0	1	1,53	1	0,65
Total	95	100	65	100	160	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N°8

Estadio del Cáncer de los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Periodo 2019-2020.

Estadio	2019		2020		Total	
	F. A	F. R	F. A	F. R	F. A	F. R
In situ	2	2,10	0	0	2	1,25
I A	5	5,26	5	7,69	10	6,25
I B	6	6,31	3	4,61	9	5,62
I C	3	3,15	0	9,0	12	7,50
II A	14	14,73	9	13,84	23	14,37
II B	23	24,21	13	20,0	36	22,50
II C	1	1,05	1	1,53	2	1,25
III A	6	6,31	2	3,07	8	5,0
III B	24	25,26	14	21,53	38	23,75
III C	4	4,21	3	4,61	7	4,37
IV A	2	2,10	2	3,07	4	2,50
IV B	0	0	0	0	0	0
IV C	0	0	0	0	0	0
I sin precisar	0	0	1	1,53	1	0,65
II sin precisar	2	2,10	4	6,15	6	3,75
III si precisar	1	1,05	3	4,61	4	2,50
IV sin precisar	1	1,05	1	1,53	2	1,25
Sin registro	1	1,05	3	4,61	4	2,50
	95	100	65	100	160	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N° 9

Terapia Neoadyuvante en los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Periodo 2019-2020.

Neoadyuvante	2019		2020		Total	
	F. A	F. R	F. A	F- R	F. A	F. R
Si	32	33,68	25	38,46	57	35,62
No	63	66,31	40	61,53	103	64,37
Total	95	100	65	100	160	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N° 10

Ciclos de Quimioterapia recibida por los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Periodo 2019-2020.

Ciclos	2019		2020	
	F. A	F. R	F. A	F- R
6	24	25,26	13	20,0
8	8	8,42	10	15,38
10	0	0	2	3,07
12	0	0	1	1,53
Sin terapia	63	66,31	39	60,0
Total	95	100	65	100

Tabla N° 11

Procedimientos Quirúrgicos realizados a los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Periodo 2019-2020.

Procedimientos	2019		2020		Total	
	F. A	F. R	F. A	F. R	F. A	F. R
Resección Abdomino perineal	1	1,05	2	3,07	3	1,87
Cirugía Estatificadora	13	13,68	3	4,61	16	10
Mastectomía Radical Modificada	47	49,47	29	44,61	76	47,5
Resección Local	1	1,05	5	7,69	6	3,75
Laparotomía no Terapéutica	6	6,31	4	6,15	10	6,25
Laparotomía Exploratoria	3	3,15	0	0	3	1,87
Cuadrantectomía	2	2,10	2	3,07	4	2,5
Resección Laparoscópica	1	1,05	1	1,53	2	1,25
Vaciamiento Ganglionar	0	0	2	3,07	2	1,25
Hepatectomía	0	0	1	1,53	1	0,65
Gastrectomía Total	1	1,05	1	1,53	2	1,25
Colostomía	4	4,21	0	0	4	2,5
Coledocotomía	1	1,05	0	0	1	0,65
Sigmoidectomía	1	1,05	1	1,53	2	1,25
Hemicolectomía	7	7,36	3	4,61	10	6,25
Gastrectomía Subtotal	1	1,05	3	4,61	4	2,5
Tiroidectomía Total	0	0	2	3,07	2	1,25
Toma de biopsia	0	0	1	1,53	1	0,65
Nefrectomía Radical	0	0	2	3,07	2	1,25
Colectomía	0	0	1	1,53	1	0,65
Resección Completa	0	0	1	1,53	1	0,65
Pancreatectomía	0	0	1	1,53	1	0,65
Hepatoyeyunoanastomosis	2	2,10	0	0	2	1,25
Histerectomía Extrafascial	1	1,05	0	0	1	0,65
Procedimiento de Hartman	1	1,05	0	0	1	0,65
Exéresis	3	3,15	0	0	3	1,87
Total	95	100	65	100	160	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N° 12

Tipo de Cirugía realizada a los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía “B” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Periodo 2019-2020.

Tipo de Cirugía	2019		2020		Total	
	F. A	F. R	F. A	F- R	F. A	F. R
Curativa	51	53,68	34	52,30	85	53,12
Paliativa	44	46,31	31	47,69	75	46,87
Total	95	100	65	100	160	100

Fuente: Ficha de

Anexo 2

Operacionalización de la Variable.

Definición Operacional de la Variable.

Impacto de la pandemia COVID-19 en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los pacientes con cáncer: está referida al efecto del brote epidémico del virus SARS-CoV-2, sobre el proceso de diagnóstico clínico e intervención quirúrgica de los pacientes con cáncer atendidos en el Servicio de Cirugía B de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), según cambios del período 2019-2020

Objetivo	Categoría	Indicadores	Subindicadores	Ítems
Establecer el efecto del brote epidémico mundial del virus SARS-CoV-2, en el proceso de diagnóstico clínico de los pacientes con cáncer atendidos en el Servicio de Cirugía B de la CHET, basada en las diferencias de los años 2019-2020	Proceso de diagnóstico clínico presuntivo: Incluye el transcurso entre los síntomas del paciente, la consulta médica y las pruebas complementarias.	. -Transcurso entre los síntomas del paciente y la consulta médica: tiempo desde el inicio de los síntomas y la asistencia a la primera consulta médica.	. -Tiempo desde el inicio de los síntomas y la asistencia a la primera consulta médica: *Número de meses entre síntomas y consulta médica	2.1
		. -Transcurso entre la consulta médica y las pruebas complementarias: tiempo desde la primera consulta médica y la realización de exámenes de laboratorio e imagenología.	. -Tiempo en meses desde la primera consulta médica y la realización de exámenes de laboratorio: *Número de meses entre la consulta médica y exámenes de laboratorio. .-Tiempo en meses desde la primera consulta médica y la realización de imagenología: * Número de meses entre la consulta médica e imagenología.	2.2 2.3
	Proceso de diagnóstico clínico confirmatorio: Transcurso entre la consulta médica, la biopsia y la evidencia anatomo-patológica.	.- Transcurso entre la consulta médica y la biopsia: Tiempo desde la primera consulta médica y la toma de la muestra de la biopsia.	.-Tiempo entre la primera consulta médica y la toma de la muestra de biopsia: * Número de meses entre la consulta médica y la toma de muestra de la biopsia	3.1
		.-Transcurso entre la consulta médica y la evidencia anatomo-	.-Tiempo desde la primera consulta médica y el informe	3.2

		patológica: Tiempo desde la primera consulta médica y el informe de la biopsia.	de la biopsia: *Número de meses entre la consulta médica y el resultado de la biopsia	
Objetivo	Categoría	Indicadores	Subindicadores	Ítems
Precisar el efecto del brote epidémico mundial del virus SARS-CoV-2 en el proceso de intervención quirúrgica de los pacientes con cáncer atendidos en el Servicio de Cirugía B de la CHET, basada en las diferencias de los años 2019-2020	Proceso de intervención en fase pre-operatoria: sumario de extensión y diseminación del tumor y transcurso entre la biopsia, el tratamiento neoadyuvante y el abordaje quirúrgico	.- Sumario de extensión y diseminación del tumor: Estadio clínico de la neoplasia	.-Estadio Clínico de la Neoplasia: *Estatificación Clínica según TNM	4.1
		.-Transcurso entre la biopsia y el abordaje quirúrgico: tiempo desde la fecha de informe de la biopsia y la cirugía.	.-Tiempo desde la fecha de informe de la biopsia y la cirugía: *Número de meses entre el resultado de la biopsia y cirugía	4.2
	.-Transcurso entre el tratamiento neoadyuvante y el abordaje quirúrgico: tiempo desde la fecha de término del tratamiento neoadyuvante y la cirugía.	.-Tiempo desde la fecha de término del tratamiento neoadyuvante y la cirugía: *Número de meses entre el término del tratamiento neoadyuvante y la cirugía.	4.3	
	Proceso de intervención en fase transoperatoria: sumario de extensión y diseminación del tumor y tipo de cirugía.	.-Sumario de extensión y diseminación del tumor: estadio quirúrgico de la neoplasia	.-Estadio quirúrgico de la neoplasia: *Estatificación quirúrgica según TNM	5.1
		.-Tipo de Cirugía: propósito de la resección de tejidos según hallazgo	.-Propósito de la resección de tejidos según hallazgos: Intención terapéutica del abordaje (Radical, conservadora, reductora, paliativa, reparadora).	5.2

Anexo 2

Instrumento de Recolección de Datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
1. Datos Demográficos	1.1. Datos Personales
	1.1.1 Edad en Años
	1.1.2 Sexo
	1.1.3. Estado Civil
	1.1.4. Nacionalidad
	1.1.5. Lugar de Residencia
	1.1.6. Ocupación
	1.2.- Datos de Ingreso Institucional.
	1.2.1. Localización de Cáncer
	1.2.2. Comorbilidad
	1.2.3. Tipo de Ingreso
	1.2.4. Complicación
2.- Diagnostico Presuntivo	2.1. Número de meses entre síntomas y consulta
	2.2. Número de meses entre la consulta médica y exámenes de laboratorio
	2.3. Número de meses entre la consulta médica e imagenología.
3.- Diagnostico Confirmatorio	3.1 Número de meses entre la consulta médica y la toma de muestra de la
	3.2 Número de meses entre la consulta médica y el resultado de la biopsia
4.- Fase Pre-operatoria	4.1. Estadificación Clínica según TNM
	4.2. Número de meses entre el resultado de la biopsia y la cirugía
	4.3. Número de meses entre el término del tratamiento neoadyuvante y la cirugía.
5.- Fase Transoperatoria	5.1. Estadificación quirúrgica según TNM
	5.2 Intención terapéutica del abordaje (Radical, conservadora, reductora, paliativa, reparadora)