



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA  
ONCOLÓGICA.

**“INFLUENCIA DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE LA PRIMERA CONSULTA Y EL  
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA SOBREVIVENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER  
DE ESTÓMAGO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES  
NEOPLÁSICAS ENTRE LOS AÑOS 2011 Y 2015”**

Nombre del Autor: MR. CHRISTIAN LACHIRA PANTA.

Nombre del Asesor: Dr. IVAN KLEVER CHAVEZ PASSIURI.

LIMA – PERÚ

2020

## **1. RESUMEN:**

De acuerdo a las estimaciones, en el año 2018 el cáncer de estómago se encuentra dentro de los cinco primeros tumores a nivel mundial. El estudio diagnóstico de elección ante el indicio de neoplasia gástrica es la endoscopia digestiva alta sumado a la biopsia. Para el diagnóstico precoz debe existir alta de sospecha por parte del examinador además de una consulta rápida por parte del paciente, no obstante, en gran parte esto no ocurre. Se han descrito tres periodos de demora: inicio de síntomas hasta la primera consulta, días transcurridos desde la primera consulta hasta el diagnóstico patológico y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el primer tratamiento. Por lo que el siguiente estudio tiene como objetivo determinar la supervivencia (sobrevida libre de enfermedad y supervida global) entre el tiempo de diagnóstico y la cirugía, de los pacientes con Neoplasia de estómago del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Palabras clave: cáncer gástrico, diagnóstico, supervida libre de enfermedad, supervida global

## **1. INTRODUCCION:**

La tendencia en aumento de la expectativa de vida en el mundo, la modificación en los estilos de vida y el manejo de las enfermedades infecciosas, ha inclinado de igual forma la dirección epidemiológica, emergiendo en las últimas décadas la inquietud por enfrentar a los nuevos desafíos en salud, principalmente por las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. Dentro de este agregado encontramos a los tumores malignos como uno de los motivos más importantes de morbilidad y mortalidad de la población.

La mayor frecuencia de esta enfermedad está fuertemente asociada al envejecimiento poblacional, asimismo, van alcanzando mayor valor en la medida en que los países avanzan en la transición demográfica. De acuerdo a las estimaciones internacionales, en el año 2018 el cáncer gástrico se ubicaba entre las principales cinco neoplasias malignas en incidencia, tanto en mujeres como en hombres. También ocupa el tercer lugar en frecuencia como causa de mortalidad entre las neoplasias malignas.

Los padecimientos neoplásicos debido a su alta mortalidad y recurrencia son de gran trascendencia a nivel mundial (1). En Perú el 14.7% de los fallecimientos son a causa de padecimientos neoplásicos, las que en conjunto ocupan el segundo lugar como causa de defunción en el país. La inclinación de la tasa de mortalidad por tumores malignos ha sido progresivo en las últimas décadas, contexto que disiente con la tendencia declinante de las otras grandes causas de fallecimiento en el país, como ocurre con las muertes de origen circulatorio o traumática. Siendo el riesgo de morir por neoplasia más elevado para el sexo masculino (2).

La conjetura de la enfermedad no es aventurada, sino que reconoce a un número significativo de variables. Dentro de las más importantes esta la localización y el tipo histológico del tumor, la etapa clínica en el momento del diagnóstico y el tratamiento recibido.

Dada la importancia de la mortalidad por cáncer gástrico hallada en el país y no habiéndose publicado ninguna investigación de análisis de sobrevida recientemente, es necesario conocer los factores pronósticos que tienen alto impacto en la mejora de la sobrevida de los pacientes con cáncer gástrico, a fin de conocer el efecto de nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento que se establezcan para esta enfermedad.

Uno de los factores que influyen en el éxito del control del cáncer gástrico es el acortamiento de los tiempos (oportunidad) en las fases de interacción entre el paciente y el sistema de salud.

Existe un periodo desde el inicio de los primeros síntomas hasta que el paciente demande una atención de salud en un primer nivel de atención; posteriormente si se sospecha de cáncer gástrico se referirá a un especialista (oncólogo, gastroenterólogo) para confirmar el diagnóstico.

Hay un tiempo para realizar la biopsia y otro para emitir el resultado patológico. Si el diagnóstico es una neoplasia maligna de estómago, continúan los exámenes para evaluar la resecabilidad del tumor (3).

En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) se realizan administrativamente dos formas de ingreso de los usuarios: pacientes referidos (externamente) o por interconsulta procedente de algún servicio (patología, imágenes, otros departamentos). La mayoría de pacientes que vienen por admisión lo hacen ya con el diagnóstico definitivo (una biopsia tomada mediante una endoscopia digestiva alta, EDA). Según disponibilidad de atención por consultorio se le cita para la primera consulta hasta en un rango máximo de 20 a 30 días calendario. Posterior a la primera consulta por el especialista de abdomen, se solicita al usuario exámenes y reevaluación con resultados, llegando hasta un promedio de 30 a 60 días para la reevaluación:

- Usuarios con resultados de otra institución de EDA + biopsia, se solicita revisión láminas que tienen un tiempo de espera no menor a 10 días por el Servicio de Patología, además de estudio de extensión como tomografías de abdomen y tórax el cual llega a demorar hasta 30 a 60 días para la toma de dicho examen, por ser un nivel de atención con alta demanda de usuarios.
- Usuarios que se les solicita EDA + Biopsia + Estudios de extensión (tomografías de abdomen y tórax). Que son derivados al servicio de Gastroenterología llegando hasta un máximo de 30 a 45 días entre la primera evaluación del Gastroenterólogo, programación para el procedimiento EDA y resultado patológico.

Otro grupo son los usuarios inestables referidos de otras regiones o de otros hospitales que ingresan con soporte vital al Servicio de Emergencia, la atención es más rápida, llegando a un diagnóstico anatomopatológico e imágenes de 3 a 5 días.

En el contexto internacional se estima que el tiempo transcurrido entre el diagnóstico definitivo y el primer tratamiento tiene una mediana de 15 días, la mejora de la lista de espera ha sido el factor detonante de la variación experimentada en la medida de este intervalo. Se han observado variaciones entre la mayoría de los trabajos publicados, además de cambios seculares en este indicador (3).

No obstante, sería deseable acciones de políticas de salud en cuanto a la prevención, capacitación a personal de salud y educación a la población que la presencia de los factores de riesgo podría ser un indicio para que la persona acudiera al médico de atención primaria, quien representa un importante papel en la detección precoz de las neoplasias (4).

La supervivencia global de la neoplasia gástrica a los 5 años es del 27%. Sin tratamiento, la expectativa de vida para pacientes con metástasis hepáticas es de 4-6 meses y de 4-6 semanas para aquellos con afectación peritoneal. En la actualidad se utiliza la clasificación TNM así como la clasificación de la AJCC (American Joint Committee on Cancer), para diferenciar el padecimiento en estadios clínicos que pueden predecir el pronóstico de los pacientes con una adecuada exactitud y homogeneidad, así como plantear el tratamiento más adecuado (cirugía o quimioterapia) (5). La información de supervivencia notificada en estudios japoneses es mejor que los obtenidos en países occidentales, debido quizá a que en Japón suelen optar por una linfadenectomía extendida o tienden a «infraestadificar» los tumores menos que en los países occidentales. Hay información que indican que los tumores grandes (mayores de 5 cm) están asociados de forma independiente a una menor supervivencia, independientemente de la extensión linfática o del estadio del tumor (6).

Atendiendo los antecedentes mencionados, y añadido al hecho que el pronóstico del cáncer gástrico mejora esencialmente si el tratamiento es proporcionado, en forma efectiva y oportuna, se propone realizar el actual trabajo que tiene como objeto conocer la influencia del tiempo transcurrido entre la primera consulta (en la especialidad de cirugía oncológica abdominal) y el tratamiento quirúrgico.

### **3. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la influencia del tiempo transcurrido entre la primera consulta especializada y el tratamiento quirúrgico en la sobrevida de pacientes con cáncer de estómago atendidos en el INEN entre los años 2011 y 2015.

#### **OBJETIVO ESPECIFICOS:**

- Determinar la sobrevida a los cinco años de los pacientes con cáncer de estómago sometidos a tratamiento quirúrgico en el INEN entre los años 2011 y 2015 (sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global).
- Calcular el tiempo transcurrido entre la primera consulta de cirugía oncológica de abdomen y la fecha de tratamiento quirúrgico (gastrectomía) en los pacientes con cáncer de estómago sometidos a tratamiento quirúrgico en el INEN entre los años 2011 y 2015.
- Calcular el punto de corte del tiempo que genere diferencias significativas en la sobrevida a cinco años.
- Describir las características sociodemográficas y clínicas (estadio del tumor - TNM, segmento del estómago comprometido, tipo histológico, tipo de cirugía) en los pacientes con cáncer de estómago sometidos a tratamiento quirúrgico en el INEN entre los años 2011 y 2015.
- Determinar las características sociodemográficas y clínicas (estadio del tumor, segmento del estómago comprometido, tipo histológico, tipo de cirugía) que determinen la sobrevida en los pacientes con cáncer de estómago sometidos a tratamiento quirúrgico en el INEN entre los años 2011 y 2015.

#### 4. MATERIAL Y MÉTODOS

##### a) **Diseño del estudio:**

Trabajo descriptivo, de cohorte retrospectiva.

##### **Población:**

Pacientes con diagnóstico definitivo de carcinoma de estómago admitidos en el INEN desde el 01 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2015.

##### • **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes con endoscopia digestiva alta (EDA) y diagnóstico histológico de carcinoma de estómago realizado o revisado en el Servicio de Patología del INEN.
2. Pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico (gastrectomía) con intención curativa para manejo del cáncer de estómago.
3. Pacientes con seguimiento de al menos 60 meses posterior a la gastrectomía.
4. Pacientes mayores de 18 años

##### • **Criterios de exclusión**

1. Se excluirán los casos de pacientes con resultado histológico de neoplasia maligna de otras instituciones que no tengan revisión por el Servicio de Patología del INEN.
2. Los casos en los que los datos de la Historia Clínica sean incompletos o no se ubique la Historia Clínica.

c) **Muestra:** No se requiere una muestra debido a que se estudiara a todos los casos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

**d) Definición Operacional de Variables**

- Edad: Tipo de variable: cuantitativa.
- Sexo: Tipo de variable: cualitativa dicotómica
- Lugar de origen (Ubigeo del distrito de residencia)
- Fecha de la primera consulta
- Fecha de la cirugía
- Método diagnóstico inicial (EDA, laparoscopia, incidental).
- Estadio clínico de neoplasia (Clasificación TNM)
- Lugar de la metástasis a distancia al momento de diagnóstico
- Segmento de estómago comprometido
- Sub tipo histológico del carcinoma (7)
- Comorbilidades
- Tipo de cirugía
- Fecha de recurrencia de la enfermedad
- Fecha de ultimo control en el INEN
- Fecha de consulta en RENIEC
- Fecha de fallecimiento



**Tabla de Operacionalización de variables:**

Variable	Definición	Tipo	Indicador	Escala de medición	Categorías	Escala de Categorías	Verificación
Edad	Años de vida cumplidos al momento del diagnóstico de Cáncer de estomago	Cuantitativa	Años	Razón	Edad individual	Grupos de edad por decenios	Historia Clínica y Cuestionario
Sexo	Sexo biológico	Cualitativo	Sexo biológico	Nominal	Masculino; Femenino	No Aplica	Historia Clínica y Cuestionario
Distrito de domicilio	Distrito de residencia habitual del paciente (mínimo seis meses antes del diagnóstico)	Cualitativo	Código UBIGEO	Nominal	Código UBIGEO	Agrupación por Provincia, Departamento, o Macro Regiones	Historia Clínica
Fecha de primera consulta	Fecha de la primera consulta en la especialidad de Cirugía Oncológica de Abdomen	Cuantitativo	Fecha	Razón	Valor individual de cada día	No aplica	Historia Clínica
Fecha de la cirugía	Fecha de la gastrectomía	Cuantitativo	Fecha	Razón	Valor individual de cada día	No aplica	Historia Clínica
Método de diagnóstico inicial	Examen de ayuda al diagnóstico utilizado para definir el caso	Cualitativo	Tipo de procedimiento	Nominal	1. EDA 2. Laparoscopia 3. Incidental quirúrgico	No aplica	Historia Clínica
Estadio Clínico	Estadio Clínico de acuerdo a la clasificación TNM	Cualitativo	Estadio	Ordinal	1. I 2. IIa 3. IIb 4. IIIa 5. IIIb	EC I EC II EC III	Historia Clínica
Metástasis	Órgano comprometido por metástasis al momento del diagnóstico	Cualitativo	Órgano anatómico	Nominal	1. Hígado 2. Pulmón 3. Cerebro 4. Peritoneo 5. Sistema óseo	No aplica	Historia Clínica
Segmento	Segmento anatómico del estómago donde apareció el tumor	Cualitativo	Sub clasificación anatómica al interior del estomago	Nominal	1. Antro 2. Cardias 3. Curvatura menor 4. Curvatura mayor	No aplica	Historia Clínica

Tipo histológico	Sub clasificación del carcinoma de estomago	Cualitativo	Sub clasificación histológica del carcinoma diagnosticado	Nominal	1. Adenocarcinoma 2. Adenocarcinoma escirroso 3. Adenocarcinoma tubular 4. Linitis plástica 5. Adenocarcinoma, tipo intestinal 6. Adenocarcinoma tipo anillo de sello	1. Adenocarcinoma difuso 2. Adenocarcinoma, tipo intestinal	Reporte de Anatomía Patológica
Comorbilidad	Enfermedad previa o actual, que es motivo de complicación operatoria	Cualitativo	Enfermedad	Nominal	1. Anemia 2. Diabetes 3. HTA 4. Cardiopatías	No aplica	Historia Clínica
Tipo de cirugía	Extensión de la cirugía realizada de acuerdo a los estudios pre operatorios	Cualitativo	Tipo de cirugía gástrica	Nominal	1. Gastrectomía total 2. Gastrectomía parcial 3. Gastrectomía radical	No aplica	Reporte quirúrgico
Fecha de Recurrencia	Fecha en la que se diagnostica que la enfermedad ha vuelto a aparecer luego de la cirugía	Cuantitativo	Fecha	Razón	Valor individual de cada día	No aplica	Historia Clínica
Fecha de ultimo control	Es la fecha en la que el paciente acudió por última vez al INEN	Cuantitativo	Fecha	Razón	Valor individual de cada día	No aplica	Historia Clínica
Fecha de consulta a RENIEC	Es la fecha en que se realiza la consulta al sistema de RENIEC para conocer si el paciente ha fallecido	Cuantitativo	Fecha	Razón	Valor individual de cada día	No aplica	RENIEC
Fecha de fallecimiento	Es la fecha en que el paciente dejo de existir por progresión del cáncer de estómago o por cualquier otra causa	Cuantitativo	Fecha	Razón	Valor individual de cada día	No aplica	Historia Clínica. RENEIC

#### e) Procedimientos y Técnicas:

En coordinación con el Departamento de Epidemiología y Estadística del INEN se obtendrá la lista de historias clínicas del total de pacientes con diagnóstico de neoplasia de

estómago que fueron admitidos entre los años 2011 hasta 2015. Se seleccionará las historias con casos que hayan sido sometidos a tratamiento quirúrgico y que cumplan los otros criterios de inclusión.

Dicha información será ingresada en una hoja de cálculo de Excel, donde serán organizados de acuerdo con el número de la historia clínica. Una vez organizada dicha información se procederá al estudio de las historias clínicas y el registro de los datos en las fichas de recolección diseñada para el estudio. El seguimiento final se realizará accediendo a los datos del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) para definir si el paciente sigue vivo o falleció.

**f) Aspectos éticos**

Se guardará estricta confidencialidad de los datos recolectados de acuerdo con las normas internacionales de CIOMS la cual protege los datos de las historias clínicas de los pacientes evaluados. Se asignará un código de identificación distinto a la Historia Clínica a los casos incluidos y solo el investigador tendrá conocimiento de la codificación asignada a cada paciente. Asimismo este Proyecto de investigación será presentado al Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas para su aprobación.

**g) Plan de análisis**

Una vez concluido el registro de datos se procederá a verificar que todas las variables hayan sido ingresadas y se hará un control de calidad de los datos. El análisis de sobrevida se realizará con el programa SPSS 22.0 utilizando el método de Kaplan-Meier. Se realizará un análisis descriptivo univariado de todas las variables en estudio, estas se reportarán para las cuantitativas con media, mediana y rango, y para las cualitativas con frecuencias y porcentajes. En las comparaciones se utilizará la prueba U de Mann-Whitney en las variables continuas y la prueba de Chi cuadrado para las variables categóricas. En el análisis de sobrevida las comparaciones de las curvas de Kaplan-Meier serán evaluadas con los modelos de riesgo proporcional de Cox. En todos los casos un valor de  $p < 0.05$  se considerará estadísticamente significativo.

## 5. BIBLIOGRAFIA:

1. Ginebra, Suiza, 12 de septiembre de 2018: los nuevos datos mundiales sobre el cáncer sugieren que la carga mundial del cáncer ha aumentado a 18,1 millones de casos y 9,6 millones de muertes por cáncer. <https://www.uicc.org/news/new-global-cancer-dataglobocan-2018>.
2. [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/091115\\_CANCER%20GAS%20TRICO%20-%20JEMH.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/091115_CANCER%20GAS%20TRICO%20-%20JEMH.pdf)
3. Oberreuter G, Oliva C, Contreras JM, Cardemil F. Análisis de tiempos de espera en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el Hospital San Juan de Dios. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello, 77: 144-9, 2017.  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/orl/v77n2/art04.pdf>.
4. Bernal Perez M et al. Tiempos de demora en el diagnóstico del cáncer. Atención Primaria, 27(2):79-85, 2001. <https://core.ac.uk/download/pdf/82722811.pdf>
5. AJCC Cancer staging manual. 7th ed. New York: Springer; 2017.
6. Zu H, Wang F, Ma Y, Xue Y. Stage-stratified analysis of prognostic significance of tumor size in patients with gastric cancer. PLoS One. 2013; 8:e54502.
7. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. 3ª edición. Washington DC. OPS, 2003.

## PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

### 7.1. Presupuesto

#### 7.1.1. Bienes.

Partida Específica	Nombre del Recurso	Cantidad (unidades)	Costo(S/.)
Material de escritorio y oficina	Papel A4 (millar)	4	100.00
	Bolígrafos	20	20.00
	Lápiz	15	15.00
	Borrador	5	5.00
	Corrector	4	4.00
	Resaltador	5	10.00
	Sobre Manila	12	12.00
	Fólder Manila	5	7.00
Soporte Informático	CDs RW	10	10.00
<b>SUBTOTAL Bienes</b>			<b>173.00</b>

#### 7.1.2. Servicios

Partida Específica	Nombre del Recurso	Costo (S/.)
	Impresión de artículos	150.00
Otros servicios de terceros	Fotocopiado	150.00
	Búsqueda Bibliográfica en Internet	100.00
	<b>SUBTOTAL Servicios</b>	<b>400.00</b>
	Movilidad Local	130.00
<b>SUBTOTAL de viáticos y movilidad local</b>		<b>530.00</b>

**TOTAL:** Subtotal Bienes + Subtotal Servicios + subtotal de viáticos y movilidad local

**TOTAL = S/. 703.00**

## 7.2 Cronograma

	Diciembre 2019	Enero 2020	febrero 2020	Marzo 2020	Abril 2020
Aprobación del proyecto	X	X			
Recolección de datos		X	X		
Proceso de datos y redacción			X	X	
Publicación de resultados				X	X

