

**EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL CÁNCER GÁSTRICO EN
UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA. POPAYÁN, 2018.**

**INVESTIGADORES:
GERMAN GUTIÉRREZ NARVÁEZ.
LIZETH NATHALIA DUEÑAS MOSQUERA.
ASTRID CAROLINA CASTILLO TORRES.
YESSICA PAOLA GAVIRIA SARRIA.
VALENTINA ACOSTA BERMÚDEZ.
ALEXANDRA GUTIÉRREZ PAZOS.**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
INVESTIGACIÓN III
POPAYAN
2019**

**EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL CÁNCER GÁSTRICO EN
UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA. POPAYÁN, 2018.**

INVESTIGADORES:

**GERMAN GUTIÉRREZ NARVÁEZ.
LIZETH NATHALIA DUEÑAS MOSQUERA.
ASTRID CAROLINA CASTILLO TORRES.
YESSICA PAOLA GAVIRIA SARRIA.
VALENTINA ACOSTA BERMÚDEZ.
ALEXANDRA GUTIÉRREZ PAZOS.**

DIRECTOR:

ENF. ESP. MCS. ADRIANA CASTRO MAÑUNGA.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
INVESTIGACIÓN III
POPAYÁN
2019**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	4
OBJETIVOS	5
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	5
JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
MARCO REFERENCIAL.....	10
MARCO CONCEPTUAL.	10
MARCO TEÓRICO.	27
MARCO LEGAL.....	29
METODOLOGÍA.....	31
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.	40
PRESUPUESTO	44
RESULTADOS	45
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.	52

RESUMEN

TÍTULO: Evaluación de la atención en salud del cáncer gástrico en una institución hospitalaria. Popayán, 2018^{*}. Autores: Adriana Castro Mañunga^{**}, Lizeth Nathalia Dueñas Mosquera^{***}, Yessica Paola Gaviria Sarria^{***}, Astrid Carolina Castillo Torres^{***}, Valentina Acosta Bermudez^{***}, Ruby Alexandra Gutiérrez Pazos^{***}, German Gutierrez Narvaez^{***}. **Objetivo principal:** Establecer la calidad y pertinencia de la atención en salud de personas con lesiones gástricas pre y neoplásicas, de acuerdo a la GPC actual para Colombia. **Metodología:** Estudio transversal, muestra de 151 registros clínicos (RC) de pacientes con diagnóstico de interés. Se revisó el cumplimiento a las preguntas de la GPC para Ca gástrico. **Resultados:** El 47% de la muestra tenía edades entre 46 a 65 años. Los diagnósticos más prevalentes fueron EAP y tumor maligno gástrico. Se evidenció aproximadamente un 42% de ausencia de registros clínicos. En el cumplimiento frente a las 9 preguntas de la guía se encontró un cumplimiento que oscilaba entre 2% y 80%, éste último solo para una de las preguntas. **Conclusión:** Se pudo observar un bajo a moderado cumplimiento de la GPC, mostrando brechas en la atención oportuna y adecuada a los pacientes con y en riesgo de Ca gástrico.

TITLE: Evaluation of gastric cancer health care in a hospital institution. Popayán, 2018. **Main objective:** To establish the quality and relevance of health care for people with pre and neoplastic gastric lesions, according to the current CPG for Colombia. **Methodology:** Cross-sectional study, sample of 151 clinical records (RC) of patients with a diagnosis of interest. Compliance with the questions of the CPG for Gastric Ca was reviewed. **Results:** 47% of the sample was between 46 and 65 years old. The most prevalent diagnoses were PAD and gastric malignant tumor. Approximately 42% absence of clinical records was evidenced. In compliance with the 9 questions in the guide, a compliance was found that ranged between 2% and 80%, the latter only for one of the questions. **Conclusion:** We observed a low to moderate compliance of the CPG, showing gaps in timely and adequate care for patients with and at risk of gastric Ca.

* Artículo de investigación realizado en el Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca.

** Docente del programa de enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca. Correo: adrianaCastro@unicauca.edu.co.

*** Estudiante del programa de enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la atención en salud del cáncer gástrico en los registros hospitalarios a partir de la Guía de Práctica Clínica (GPC) actual, en una institución hospitalaria de III nivel de complejidad, Popayán, 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir las características socio demográficas de la población de estudio.
- Identificar el proceso de detección temprana y protección específica, en pacientes con lesiones gástricas, según la GPC.
- Describir la oportunidad en el proceso de diagnóstico de pacientes con lesiones gástricas.
- Determinar la frecuencia de pacientes que alcanzan el objetivo del tratamiento definido por las Guías de práctica clínica (GPC).
- Evidenciar la calidad en los registros clínicos en pacientes con lesiones a nivel gástrico.

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

PREGUNTA PROBLEMA:Cuál es el estado actual de la atención en salud del cáncer gástrico frente a la GPC para Colombia, en cuanto a la detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento, evidenciada por registros clínicos en una institución hospitalaria de III nivel de Popayán?

El cáncer es una enfermedad no transmisible, crónica de larga duración y por lo general evoluciona lentamente, éste en particular, es la principal causa de muerte en todo el mundo. Según la OMS en 2015 se le atribuyeron 8,8 millones de defunciones. El cáncer se constituye como una problemática en constante crecimiento, en el mundo cada año se esperan cerca de 14 millones de casos nuevos y 8 millones de muertes por cáncer¹. El cáncer gástrico pertenece a los 5 tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos en el mundo con 754.000 defunciones².

En Colombia se establece cómo la tercera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres. Se presentan cerca de 71.000 casos nuevos anuales y las proyecciones para el año 2035 estiman que habrá cerca de 150.000 casos nuevos por año³. La situación en Colombia se define también de acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo para el año 2015 donde el CA gástrico es una patología que afecta a 6.028 pacientes y está dentro del grupo de cánceres invasivos más prevalentes en la población colombiana, ocupando el puesto número 9. La prevalencia país fue de 12.5 por 100.000 habitantes, la incidencia país fue de 3.2

¹FERLAY J, y SOERJOMATARAM I, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. 2013. International Agency for Research on Cancer. 15-1-2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25220842> fecha de acceso: Marzo 2016

²NOTA DESCRIPTIVA DE LA OMS. Cáncer. Febrero de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>. Fecha de acceso 01/03/2017.

³MURILLO. Raúl. Et al. Modelo de cuidado del paciente con cáncer. Pág. 11. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/modelo> Fecha de acceso: marzo 2016

por 100.000 habitantes y el número de pacientes fallecidos con cáncer gástrico fue de 1.696, con una mortalidad país de 3.5 por 100.000 habitantes⁴.

Las enfermedades crónicas del sistema gastrointestinal superior, entre las que se encuentran la gastritis, la úlcera péptica, el reflujo gastroesofágico y el cáncer gástrico, son una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en el mundo⁵, el cáncer gástrico, en Colombia prevalece significativamente en departamentos como Cauca, Nariño, Boyacá, Cundinamarca, Norte de Santander, Santander y Antioquia (3), de acuerdo con lo anterior, según la Dirección Departamental de salud del Cauca, la primera causa de muerte por cáncer y la cuarta causa de mortalidad en general es el cáncer gástrico⁶.

En el departamento del Cauca el cáncer gástrico es una de las principales enfermedades causantes de mortalidad en la población según la dirección departamental de salud. En sus estadísticas se observa que la tasa de mortalidad en el Cauca es elevada y no tiene unas variaciones grandes en los últimos años, además que el sexo masculino tiene una tasa de mortalidad mayor respecto a la del sexo femenino⁷. Además existe una tasa de incidencia de cáncer de 726 casos en hombres y 795 casos en mujeres al año por la totalidad de la población⁸.

En los datos de la Cuenta de Alto Costo en Colombia el cáncer es un problema de salud pública en aumento, así lo afirma también la ley 1384 de 2010 la cual declara al cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y de prioridad

⁴FONDO COLOMBIANO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. Consenso basado en evidencia: Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia. Autor: Cuenta de Alto Costo (CAC) 2017. Disponible en:

https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC_CO_2017_02_21_LIBRO_CONSENSO_CANCERCOLONRE_CTO_PDF_V_0_A9.pdf . Fecha de acceso: 01/03/2017.

⁵DIAZ PEREZ. Julio Et al. Evaluación de la visualización por endoscopia en la identificación de lesiones gástricas premalignas en una población colombiana con prueba de referencia histopatológica. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708000188> Fecha de acceso: Marzo 2016

⁶ADRADA, Juan C. Et al. Características sociodemográficas y clínicas en una población con cáncer gástrico en el Cauca, Colombia. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-99572008000400004 . Fecha de acceso: Marzo 2016.

⁷ SECRETARIA DE SALUD. Gobernación del Cauca. Análisis de la situación en salud. Disponible en: <https://www.saludcauca.gov.co/index.php/analisis-de-la-situacion-en-salud-asis> . Fecha de acceso: 01/03/2017.

⁸RAMOS, Constanza p. Ricardo C.Duarte. Incidencia mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 207-2011. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/incidencia1.pdf> . Fecha de acceso: Marzo 2016.

nacional, determinando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; Por otro lado el Observatorio nacional de cáncer define que este problema representa grandes repercusiones psicoactivas, sociales y económicas imponiendo un reto para el sistema de salud por lo cual se considera importante establecer medidas de control⁹.

A nivel nacional existe el Plan nacional de control de cáncer vigente para el año 2012 – 2020 el cual lo establece el Ministerio de salud y Protección Social y tiene como objetivo reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para cáncer además de reducir las muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de la detección temprana y la calidad de atención, partiendo de estos objetivos el plan establece unas metas y acciones por líneas estratégicas, la primer línea habla específicamente de la gestión del riesgo y la prevención primaria que se encuentra inmersa en este, la segunda línea aborda la detección temprana de la enfermedad; Este plan que aún se encuentra en vigencia está en concordancia con la Política Nacional de Atención Integral en Salud la cual busca mejorar la atención en salud y alentar la prevención de la enfermedad, es decir si se trabaja desde el fortalecimiento de la prevención, más específicamente la secundaria donde hay un diagnóstico precoz de la enfermedad se puede lograr disminuir los altos niveles de prevalencia en cáncer a nivel nacional¹⁰.

También existen las Guías de Práctica Clínica (GPC), según el PDSP vigente existe diferentes patologías que por ser de importancia en salud pública se clasifican en grupos de riesgo y cada una de las enfermedades tiene una GPC a desarrollar, estas deben ser implementadas por cada Empresa Promotora de

⁹ OSPINA, Marta y Huertas, Jancy. Et al. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. En: Repositorio institucional digital del Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/observatorio-nacional-cancer-colombia-ospina-huertas-montano-rivillas.pdf>. Fecha de acceso: 4/03/2017.

¹⁰ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan nacional de control de cáncer 2012 – 2020. En: Repositorio institucional digital del Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf> Fecha de acceso: 2/03/2017.

Servicios de Salud (EPS) y también por las Instituciones Prestadora de Servicios de Salud (IPS), las cuales se deben adherir totalmente a este tipo de protocolos.

Según datos de la secretaria de salud departamental del Cauca, se conoce que unos de los problemas en salud que está actualmente en aumento, es el cáncer gástrico cuya mortalidad es elevada, por lo anterior se considera que es necesario evaluar la calidad de la atención de los pacientes con CA gástrico y la adherencia a las guías de práctica clínica (GPC), los lineamientos de diagnóstico y tratamiento que proporciona el Plan Decenal de Cáncer.

Para esto se hace necesario realizar un proceso de revisión de la atención en salud de los pacientes con o en riesgo de cáncer gástrico, en las instituciones hospitalarias, razón por la cual se desea enfocar este proyecto de investigación a la identificación de la eficacia, prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes de una institución hospitalaria de mediana complejidad de Popayán. Este proyecto pretende establecer la calidad y pertinencia de la atención en salud de personas con lesiones gástricas pre neoplásicas y el posible desarrollo del cáncer gástrico identificando así las brechas en la atención que permitan construir mejoras.

MARCO REFERENCIAL.

MARCO CONCEPTUAL.

CÁNCER:

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana. OMS¹¹

CÁNCER GÁSTRICO:

El cáncer gástrico es el carcinoma que se origina en la mucosa del estómago, debido a múltiples factores, dentro de ellos: el tipo de alimentación, los alimentos con alto contenido en nitrosaminas (comidas ahumadas), la infección por la bacteria del *Helicobacter Pylori*, el nivel socioeconómico bajo, y factores de tipo genético, etc.¹²

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Se conocen como lesiones precursoras a las alteraciones histológicas asociadas con mayor riesgo de cáncer y como condiciones precursoras, a aquellos factores que crean un ambiente favorable para la génesis del cáncer.

¹¹ TEMAS DE SALUD. Cáncer. OMS. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>. Fecha de acceso: 27/03/2017.

¹² GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA 2010. Departamento de oncología. Hospital "Santa Rosa". Disponible en: http://www.hsr.gob.pe/transparencia/pdf/guiasclinicas/oncologia/guia_cancer_gastrico.pdf Fecha de acceso: 27/03/2017

Lesiones precursoras: Gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal, adenomas gástricos, Enfermedad de Ménétrier. Condiciones precursoras: Infección por *Helicobacter pylori*, úlcera péptica gástrica, antecedentes de gastrectomía parcial, anemia perniciosa.¹³

Se han identificado numerosos factores de riesgo asociados a este cáncer, la mayoría de ellos de baja magnitud, entre los que se considera factores nutricionales como la dieta baja en proteínas y rica en sal, nitratos o consumo alto de carbohidratos complejos; factores ambientales como la preparación inadecuada de los alimentos, escaso tiempo de refrigeración de los mismos, ingesta de agua no potable y el tabaquismo; factores genéticos como la anemia perniciosa, antecedentes familiares de cáncer gástrico, cáncer de colon hereditario no asociado a pólipos y el síndrome de Li-Fraumeni; además existen las lesiones precancerosas dentro de las que se incluye la gastritis crónica atrófica, los pólipos adenomatosos, la displasia gástrica, la enfermedad de Menetrier, la metaplasia intestinal y el antecedente de gastrectomía parcial por lo menos con 15 años de anterioridad. Estos estilos de vida asociados a los hábitos alimentarios del individuo más la susceptibilidad genética y las alteraciones moleculares adquiridas con el paso del tiempo son la base del proceso carcinogénico. Sin embargo la asociación más fuerte con respecto a su etiología y la más estudiada corresponde a la infección por la bacteria *Helicobacter pylori*, estimándose que alrededor de 500 000 casos anualmente son producidos por esta infección. Se propuso la cascada precancerosa postulando que el avance de un estado a otro depende del proceso inflamatorio en la mucosa gástrica que puede evolucionar hacia la gastritis no atrófica la cual no está relacionada con el cáncer o en su defecto a la gastritis atrófica acompañada de metaplasia intestinal.

Es de mencionar que el alto consumo de sal y de alimentos ahumados está asociados positivamente como factor de riesgo. La ingesta de sal en altas

¹³ GUÍAS DE MANEJO EN CIRUGÍA. Asociación Colombiana de Cirugía. Autores: Comité de cirugía gastrointestinal. Bogotá D.C. Junio 2009. Disponible en: <http://www.ascolcirugia.org/guiasCirugia/cancer%20gastrico.pdf>. Fecha de acceso: 12/03/2017

concentraciones causa gastritis y puede destruir la barrera de moco estomacal, promover la inflamación y el daño de la mucosa así como la erosión difusa y la degeneración, además de aumentar el riesgo de infección por *Helicobacter pylori* y de gastritis atrófica. El **efecto protector** de las verduras y las frutas es valedero si el consumo es al menos tres veces por semana y en especial aquellas que son de color verde o amarillo ricas en vitamina C, la cual se ha demostrado como factor protector en diversos estudios muy probablemente debido a la inhibición del crecimiento celular, bloqueando la acción de los compuestos nitrosos, disminuyendo la actividad de la ureasa y reduciendo la concentración de nitritos.¹⁴

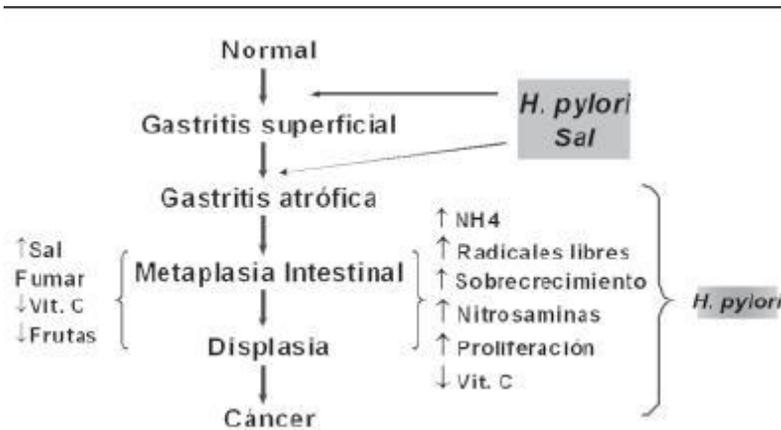
EPIDEMIOLOGIA:

El cáncer gástrico es una enfermedad agresiva de gran impacto en salud pública debido a su alta letalidad y baja supervivencia. Esta neoplasia ocupa el segundo lugar como el cáncer que más muertes causa en el mundo. Norteamérica y específicamente EEUU ha disminuido sustancialmente la carga por cáncer gástrico, por lo que actualmente esta patología ocupa el lugar número 15 en neoplasias malignas con una incidencia de 3.5 a 7.8 por 100.000 habitantes. Centro y Sudamérica aportan el 7% de la carga mundial de cáncer gástrico, que es de 2 a 3 veces más común en hombres que en mujeres, en Colombia en el año 2015, de acuerdo con los datos de la CAC, se encontró una razón de 1.3 hombres por cada mujer afectada. La fisiopatología del cáncer gástrico involucra al *Helicobacter pylori*, el cual juega un rol importante en el desarrollo de esta neoplasia, infiltrándose en la mucosa gástrica. El estómago está conformado por: la pared del estómago que está hecha de 3 capas de tejido, la capa mucosa, la muscular, y la serosa. El cáncer gástrico inicia en el revestimiento de la capa mucosa, y se disemina a través de las capas más externas¹⁵.

¹⁴ BLANCO FERNÁNDEZ, Olga. Et al. Enfoque actual del cáncer gástrico. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/3655> Fecha de acceso: 28/03/2017

¹⁵ FONDO COLOMBIANO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. Consenso basado en evidencia: Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia. Cuenta de Alto Costo (CAC)

FISIOPATOLOGÍA ¹⁶



MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Clínicamente el cáncer gástrico temprano no presenta síntomas ni hallazgos al examen físico. Síntomas inespecíficos semejantes a los de enfermedades gastrointestinales benignas, tales como dolor epigástrico, náuseas, vómitos, pérdida de peso y anorexia, están asociados a cáncer gástrico avanzado, pero se pueden encontrar en aproximadamente un 20% de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico temprano.

Morlock y Hartman manifestaban textualmente: "Los síntomas del carcinoma gástrico no siempre son típicos o definidos, como ha afirmado con razón MacCarty, el carcinoma precoz del estómago no presenta signos o síntomas de un libro de texto, y cuanto antes se aprecie esta verdad, más pronto se tratará el problema de un modo inteligente y con éxito, pues el cáncer gástrico comienza como una lesión pequeña curable e incumbe al clínico la responsabilidad de reconocer dicha lesión como lo que real-mente es". Se debe tener en cuenta que

2017. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC_CO_2017_02_21_LIBRO_CONSENSO_CANCERCOLONRE_CTO_PDF_V_0_A9.pdf. Fecha de acceso: 01/03/2017.

¹⁶ OTERO REGINO, William. Et al. Carcinogénesis gástrica. Rev Col Gastroenterol vol.24 no.3 Bogotá July/Sept. 2009. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572009000300014#figura2 Fecha de acceso: 05/03/2017

[Escriba texto]

la gastritis, especialmente en sus formas severas, acompaña a las lesiones malignas, considerándosele como un precursor o más bien como una condición importante para el desarrollo de la enfermedad.

Las úlceras gástricas constituyen un reto para el clínico, porque suscitan el delicado problema de establecer una decisión exacta sobre si son benignas o malignas, haciendo más difícil el diagnóstico, pues dichas lesiones pueden responder fácilmente al peligroso "tratamiento de prueba" con respuesta favorable al comienzo, cuando se ha tratado el denominado componente ulceroso, demostrándose más tarde que fueron lesiones malignas desde su inicio o "úlceras cancerificadas".

DIAGNÓSTICO.

Aunque el diagnóstico en los pacientes con enfermedad temprana es muy difícil, se debe elaborar una excelente historia clínica que incluya la ocupación del paciente, su procedencia, los hábitos alimentarios, los antecedentes de enfermedades digestivas y la historia personal y familiar de cáncer. En algunos países como Japón y Chile, donde los estudios de tamizaje están establecidos, es posible detectar la enfermedad en estadios más tempranos con el consecuente mejor pronóstico.

El diagnóstico de este tipo de cáncer fundamentalmente se ha hecho sobre la base del estudio endoscópico con comprobación anatomo-patológica siguiendo los criterios japoneses. En Japón se señala que el carcinoma gástrico es diagnosticado sobre criterios de alteraciones nucleares y estructurales glandulares, aun cuando la invasión está ausente, interpretación contraria al punto de vista occidental. Este hecho, puede contribuir junto con otros, a la alta incidencia y al mejor pronóstico de cáncer en el Japón. En Japón más del 60% de los cánceres gástricos son detectados en estadios tempranos, sin embargo en países occidentales, éstos constituyen del 10 al 20% de los cánceres gástricos.⁶A

[Escriba texto]

pesar de que la endoscopia es el mejor método para el diagnóstico del cáncer gástrico, tiene una alta variabilidad entre observadores.

La medición de marcadores tumorales, como Ca19-9, Ca72-4 o el antígeno carcinoembrionario, tienen valor limitado para ayudar con el diagnóstico, de igual forma los marcadores desarrollados a partir de estudios biológicos moleculares en la carcinogénesis del cáncer gástrico (p.ej la E-Caderina), no presentan una adecuada sensibilidad y especificidad que permitan un diagnóstico temprano.

Con el desarrollo de técnicas innovadoras tales como el análisis de proteomas (término descrito por Wilkins y Williams en 1995 que se refiere al perfil proteico de una célula, un organelo celular, un tejido, un órgano, los fluidos corporales, el plasma o el suero) que persigue la determinación cuantitativa de la expresión proteica y sus cambios en situaciones de enfermedad o de algún tratamiento farmacológico, hacen ver con un enorme potencial a esta prueba como pilar para un diagnóstico no invasivo del cáncer gástrico, principalmente en poblaciones de alto riesgo.

Se ha utilizado la radiología como un estudio diagnóstico en los programas de tamizaje pregonados por Japón y seguidos con algún éxito por Chile, con las diversas técnicas de llenado, doble contraste y compresión, útiles en la detección temprana del cáncer gástrico. Actualmente, su uso no es rutinario ni de primera elección.

La ecoendoscopia, técnica que combina la endoscopia y la ecosonografía, es de gran aceptación en la actualidad para el estudio del cáncer gástrico y en la diferenciación del estadio clínico, después de que existe la confirmación histopatológica, mostrando superioridad frente a la tomografía axial computarizada. Es fundamental para establecer con gran certeza si el compromiso

[Escriba texto]

sólo llega hasta la submucosa, si existe compromiso de órganos vecinos o la existencia de adenopatías metastásicas a distancia.¹⁷

CLASIFICACIÓN

Cáncer incipiente: Clasificación japonesa

- I: Elevado
- IIa: Levemente elevado
- IIb: Plano
- IIc: Deprimido
- III: Excavado o ulcerado En los tipos mixtos se coloca primero el que tiene mayor diámetro.

Cáncer avanzado: Clasificación de Borman

- Tipo I: Lesión tipo pólipo, de base ancha y bien demarcada de la mucosa alrededor
- Tipo II: Similar a la anterior con ulceración central
- Tipo III: Ulcerado sin límites definidos, con infiltración de la mucosa alrededor
- Tipo IV: Con infiltración difusa o linitis plástica
- Tipo V: No asimilable a los anteriores¹⁸

Estadificación (American Joint Commission on Cancer, 1997)¹⁹

(T) Tumor primario	(N) Ganglios linfáticos regionales	(M) Metástasis
--------------------	------------------------------------	----------------

¹⁷ REVISIÓN DE LITERATURA. Cáncer Gástrico Temprano o Precoz. Septiembre 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032011000300017. Fecha de acceso: 30/03/2017

¹⁸ REVISIÓN DE LITERATURA. Cáncer Gástrico Temprano o Precoz. Septiembre 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032011000300017. Fecha de acceso: 30/03/2017

¹⁹ ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA. Guías de manejo en cirugía. Comité de cirugía gastrointestinal. Bogotá D.C. Junio 2009. Disponible en: <http://www.ascolcirugia.org/guiasCirugia/cancer%20gastrico.pdf>. Fecha de acceso: 12/03/2017

<p>TX: tumor primario, no se puede evaluar.</p> <p>T0: sin evidencia de tumor primario</p> <p>Tis: carcinoma in situ: tumor intraepitelial sin invasión de la lámina propia</p> <p>T1: el tumor invade la lámina propia o la submucosa.</p> <p>T2: el tumor invade la muscularis propia o la subserosa*.</p> <p>T2a: el tumor invade la muscularis propia.</p> <p>T2b: el tumor invade la subserosa.</p> <p>T3: el tumor penetra la serosa (peritoneo visceral) sin invadir las estructuras adyacentes**, ***.</p> <p>T4: el tumor invade las estructuras adyacentes*</p>	<p>NX: no pueden evaluarse los ganglios linfáticos.</p> <p>N0: sin metástasis a los ganglios linfáticos regionales</p> <p>N1: metástasis en 1 a 6 ganglios linfáticos regionales</p> <p>N2: metástasis en 7 a 15 ganglios linfáticos regionales</p> <p>N3: metástasis en más de 15 ganglios linfáticos regionales</p>	<p>MX: no pueden evaluarse las metástasis.</p> <p>M0: sin metástasis</p> <p>M1: con metástasis</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

TRATAMIENTO.

Hasta hace alrededor de dos décadas el tratamiento estándar para esta enfermedad era la resección quirúrgica en pacientes que no tuvieran

[Escriba texto]

contraindicaciones. Hoy se dispone de nuevas y variadas alternativas, que como se ha mencionado, son de análisis y decisión multidisciplinaria para cada caso en particular. El objetivo buscado es la erradicación completa de la enfermedad o tratamiento curativo ante la enfermedad localizada. La forma en que este objetivo se puede cumplir depende del grado de avance o estadio del CG al momento del diagnóstico. Por otra parte, hay pacientes de edad avanzada y/o con comorbilidades graves, en quienes la indicación de un procedimiento mayor o incluso de un eventual tratamiento no quirúrgico, con quimio o radioterapia, está fuera de alcance. Ocasionalmente estas patologías pueden compensarse y acercar al paciente al tratamiento necesario. Si el tumor ha comprometido el estado general y nutritivo del paciente también es posible hoy la recuperación de sus condiciones generales para proceder al tratamiento con menos riesgo.

El otro factor determinante es el estadio clínico de la enfermedad, mencionado anteriormente. Dependiendo de este, se elabora el plan terapéutico y existen incluso nomogramas que son capaces de predecir el pronóstico para cada caso, aun cuando el sistema TNM ya ofrece una aproximación valiosa.

Tratamiento endoscópico.

Para tumores con invasión limitada a la mucosa, de preferencia del tipo intestinal bien diferenciado el tratamiento endoscópico adecuadamente indicado ofrece excelentes resultados. En la actualidad la técnica de elección es la Disección Submucosa Endoscópica (DSE) cuyas indicaciones se presentan en la siguiente tabla. Esta técnica ha desplazado prácticamente a la resección mucosa y permite la resección completa del tumor, lo que se debe confirmar mediante un estudio anatómo patológico completo de la pieza. En caso de compromiso de alguno de los bordes o de compromiso en profundidad debe procederse en segunda instancia a la resección quirúrgica, dado que el riesgo de recurrencia o de metástasis ganglionares linfáticas que comprometan el carácter curativo o R0 del tratamiento es alto. De igual manera, este tratamiento obliga al seguimiento

[Escriba texto]

endoscópico periódico para el diagnóstico oportuno de un segundo primario en el estómago o una recurrencia. En todo caso, si se respetan las indicaciones y el seguimiento, los resultados para estos pacientes no difieren de los de la cirugía abierta y se elimina el riesgo propio de una cirugía mayor.

Tabla. Criterios para el tratamiento endoscópico del cáncer gástrico

1. Tumor T1a (compromiso de mucosa).
2. Tumor diferenciado.
3. Tumor no ulcerado.
4. Diámetro menor de 2 cms.

Criterios extendidos

5. Tumor diferenciado, no ulcerado, mayor de 2 cms.
6. Tumor diferenciado, ulcerado y menor a 3 cms.
7. Indiferenciado, no ulcerado y menor de 2 cms.

Tratamiento Quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico-resección del tumor y del territorio linfático potencialmente comprometido sigue siendo la única alternativa terapéutica capaz de curar al paciente, y en lo posible debe hacerse siempre con este objetivo, buscando la cirugía R0 (sin tumor residual).

La cirugía que no consigue este objetivo se cataloga como R1 o R2 pasando a ser de carácter paliativo con recurrencia prácticamente asegurada en el tiempo.

La resección gástrica se ajusta a la localización del tumor en el estómago: para tumores distales (antro o mitad distal del cuerpo), la operación de preferencia continúa siendo la gastrectomía subtotal distal, siempre que se asegure un borde proximal negativo para tumor. Para esto se recurre a la biopsia contemporánea. En algunos casos de cáncer difuso, generalmente en pacientes jóvenes, la indicación de gastrectomía total es necesaria de entrada. Esto se debe a que asegurar un margen negativo puede ser imposible aun con biopsia intraoperatoria. Nuestra preferencia para la reconstrucción del tránsito en la gastrectomía subtotal es la gastroyeyunostomía, que también puede hacerse con asa desfuncionalizada

(En Y de Roux) con excelentes resultados funcionales. En la gastrectomía total mantiene plena vigencia la esófago-yeyunostomía en asa desfuncionalizada en Y de Roux, aun cuando existe una variedad de técnicas para este propósito que son de preferencia del cirujano o del protocolo de trabajo de cada centro. El atractivo de la técnica en Y de Roux es su simpleza.

El éxito del tratamiento quirúrgico depende además de la extirpación de los ganglios linfáticos potencialmente comprometidos por tumor (metástasis ganglionares linfáticas). Junto a la profundidad de la invasión tumoral, el compromiso linfático es determinante del pronóstico del paciente. Existe controversia en la magnitud de la disección ganglionar que debe hacerse y comprobar su beneficio en occidente ha sido difícil. En Japón la disección completa de la segunda barrera (D2) es rutinaria y se denomina “gastrectomía estándar”. En occidente este procedimiento se ha establecido progresivamente. En todo caso, hoy existe consenso que la pancreatectomía y/o la esplenectomía asociadas, que antiguamente eran rutinarias, se indican solo ante la invasión directa de esos órganos y ya no como parte de la disección ganglionar. En tumores incipientes (T1b) se puede restringir la disección a los ganglios perigástricos y a los de la arteria gástrica izquierda, hepática y tronco celíaco (D1 +) sin comprometer el pronóstico del paciente. En tumores más avanzados operados con intención curativa, como se mencionó, la disección hasta la segunda barrera (D2) se ha transformado en el procedimiento habitual.

Se ha demostrado además que disecciones más extensas tipo D3 (territorio retroperitoneal, periaórtico) no se asocian con una mejor sobrevida por lo que su uso no está recomendado. La resección R0 (sin residuo tumoral) es otro factor pronóstico determinante y debe buscarse siempre que sea posible. Para tumores de etapas intermedias (T2 y 3), con cirugía R0, la sobrevida alcanza a cifras que fluctúan entre el 30 y hasta 50% a 5 años, dependiendo de diversos factores. Los protocolos de tratamiento complementario buscan mejorar estas cifras. El tratamiento quirúrgico puede hacerse por vía clásica o laparoscópica, incluso para

[Escriba texto]

el cáncer avanzado, como se ha demostrado en el extranjero, lo que está promoviendo un uso progresivo de esta vía. Se ha visto que la técnica laparoscópica favorece la disección ganglionar por la excelente exposición retroperitoneal que se obtiene y por la disección metódica y hemostática que se consigue con los recursos actuales. Es posible que en el futuro ésta pase a ser la vía habitual para tratar estos tumores. Probablemente también sea aconsejable iniciar la experiencia con casos de estadios más bajos, como aquellos casos de cáncer incipiente no tratables por vía endoscópica o para aquellos en que el tumor no compromete la serosa.

El obstáculo mayor está dado por tumores avanzados con sospecha de compromiso esofágico o aquellos que llegan hasta el píloro. Para estos casos, hay que asegurar bordes negativos y no comprometer por esta razón el carácter R0 de esta operación. Las anastomosis se pueden hacer según sea la experiencia y preferencia del cirujano con sutura manual o mecánica. Existe evidencia de que por esta vía se reduce el dolor, se acelera la recuperación y no se compromete la sobrevida.

Tratamiento Adyuvante o Neoadyuvante.

La evidencia actual indica que los resultados obtenidos con la cirugía en términos de curación y sobrevida se benefician si se incorporan al tratamiento protocolos de adyuvancia o de neo adyuvancia. En todo caso, la decisión frente al paciente en particular se debe tomar en comité multidisciplinario, lo que abre sitio para distintos protocolos cuyos resultados deben estar en permanente revisión. A manera de ejemplo, en Japón, la adyuvancia con S1, agente que se administra por vía oral es de uso habitual, con resultados que no se han podido reproducir en Occidente, donde se privilegian esquemas con combinación de drogas. La neoadyuvancia tiene por objeto reducir en el preoperatorio la carga tumoral, especialmente ante la evidencia de metástasis linfáticas o de tumores avanzados, con compromiso de serosa, facilitando así la operación de carácter R0 y puede,

[Escriba texto]

según protocolo, complementarse con quimioterapia en el postoperatorio). Un paciente con un tumor avanzado, resecado, también puede beneficiarse con quimioterapia o con una combinación de quimio y radioterapia para lo cual existe hoy buena evidencia. Sin embargo, la indicación de estos tratamientos no debe hacerse a costa de sacrificar la calidad de la cirugía como ha sido criticado en algunos trabajos. En síntesis, los tumores de menor estadio son de indicación primaria de resección, y eventual adyuvancia postoperatoria según los hallazgos de anatomía patológica, en tanto que aquellos de estadio más avanzado especialmente si hay evidencia preoperatoria de compromiso ganglionar linfático se tratan con distintos esquemas de neoadyuvancia para aumentar la probabilidad de una resección de tipo R0 seguidos de cirugía.

Tratamiento Paliativo.

Esta modalidad tiene por objeto paliar o atenuar los síntomas en pacientes incurables o fuera de alcance terapéutico. En ocasiones esto ocurre porque la edad del paciente, sus condiciones generales o sus co-morbilidades impiden cualquier acción terapéutica de intención curativa.

Hoy en día no existen límites fijos de edad para contraindicar la cirugía. En esta decisión influye más la condición del paciente que su edad cronológica.

Así también es de importancia central la voluntad que el paciente manifieste luego de ser informado de su enfermedad. El tratante debe complementar los conocimientos técnicos con el reconocimiento de la situación que está viviendo el paciente con su familia.

En otras oportunidades la decisión de paliación pasa por la enfermedad diseminada al peritoneo o a otros órganos. Nuevamente debe considerarse el potencial beneficio de alguna terapia contra el deterioro en la calidad de vida que esta puede significar. La información no sesgada contribuye a facilitar la decisión.

En ocasiones la paliación consiste en aliviar una obstrucción o un sangrado para lo cual existen recursos que deben indicarse caso a caso y que pueden incluir una

intervención quirúrgica sin pretensión curativa. Su buena indicación puede prolongar y aliviar la sobrevida.²⁰

PREVENCIÓN

Las personas con riesgo elevado de cáncer gástrico son los pacientes de edad avanzada con gastritis atrófica o anemia perniciosa, los pacientes con adenomas gástricos esporádicos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer de colon sin poliposis hereditario, y las poblaciones étnicas de inmigrantes de países con tasas altas de carcinoma gástrico. Los trabajadores de las industrias del caucho y del carbón también tienen un riesgo más alto.

Los factores de riesgo del cáncer gástrico comprenden la presencia de afecciones precursoras, como la gastritis atrófica crónica y la metaplasia intestinal, la anemia perniciosa, y los pólipos adenomatosos gástricos. Los factores genéticos abarcan los antecedentes familiares de cáncer gástrico, el síndrome de Li Fraumeni. Los factores ambientales son el consumo escaso de frutas y vegetales, la ingesta de alimentos salados, ahumados o conservados en condiciones precarias, el consumo de cigarrillo y la exposición a la radiación.

Hay pruebas congruentes de que la infección por *Helicobacter pylori*, también conocida como infección gástrica por *H. pylori* tiene una relación estrecha con el inicio y el desarrollo del carcinoma del cuerpo y del antro del estómago, y del linfoma gástrico. La International Agency for Research on Cancer clasifica la infección por *H. pylori* como causa del carcinoma gástrico que fuera del cardias y del linfoma gástrico de tejido linfático asociado a las mucosas (TLAM) de células B, de grado bajo (por ejemplo, carcinógeno humano de grupo 1).

En comparación con la población general, las personas con enfermedad de úlcera duodenal pueden tener un riesgo más bajo de cáncer gástrico.

Intervenciones para la reducción del riesgo de cáncer gástrico.

²⁰ GUZMÁN, Sergio. Y NORERO Enrique. Cáncer gástrico.2013. Fecha de acceso: 28/03/2017

Cese del hábito de fumar

Con base en pruebas sólidas, el tabaquismo se relaciona con un riesgo mayor de cáncer de estómago. En el informe del Director General de Sanidad de 2004, se identifica el tabaquismo como una causa de cáncer de estómago, con un riesgo relativo (RR) promedio de 1,2 en antiguos fumadores y de 1,6 en fumadores actuales. [The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Ga: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004. Also available online. Last accessed February 9, 2017.] En comparación con los fumadores consuetudinarios, el riesgo de cáncer de estómago se reduce entre los antiguos fumadores conforme pase el tiempo desde que dejaron de fumar. Según este patrón de observaciones, es razonable deducir que la prevención del tabaquismo o el cese de fumar disminuirían el riesgo de cáncer gástrico.

Magnitud del efecto: En una revisión sistemática y un metanálisis se mostró un aumento de 60 % de cáncer gástrico en los hombres fumadores y de 20 % en las mujeres fumadoras en comparación con quienes no fumaban. [Ladeiras-Lopes R, Pereira AK, Nogueira A, et al.: Smoking and gastric cancer: systematic review and metaanalysis of cohort studies. Cancer Causes Control 19 (7): 689-701, 2008. [PUBMED Abstract]]. Diseño del estudio: pruebas obtenidas de estudios de casos y controles, y de cohortes.

La prevalencia de tabaco en adultos colombianos para 1993 fue de 21,4% en ambos sexos (26) y en 1998 de 18,9% (27). El Estudio Nacional de Salud 2007, encontró que el 12,8% de la población colombiana entre 18 y 69 años ha fumado 100 cigarrillos o más en la vida y 60% fuma en la actualidad (28).

Eliminación de la infección por H. pylori

[Escriba texto]

Con base en pruebas sólidas, la infección por *H. pylori* se relaciona con un riesgo mayor de cáncer gástrico. En un metanálisis de siete estudios aleatorizados realizados en áreas de riesgo alto de cáncer gástrico en Asia (a excepción de una), se indica que el tratamiento de la *H. pylori* puede reducir el riesgo de cáncer gástrico (de 1,7 a 1,1 %; RR = 0,65; intervalo de confianza 95%, 0,43–0,98). [Fuccio L, Zagari RM, Eusebi LH, et al.: Meta-analysis: can Helicobacter pylori eradication treatment reduce the risk for gastric cancer? Ann Intern Med 151 (2): 121-8, 2009. [PUBMED Abstract]] Solo en dos estudios se evaluó la incidencia del cáncer gástrico como el resultado principal del estudio y dos estudios diferentes tuvieron un diseño con enmascaramiento doble. No está claro si los resultados se puedan generalizar a la población de América del Norte.

En un informe inicial de un ensayo clínico, se dio seguimiento a 3365 pacientes seleccionados al azar como parte de un análisis por intención de tratar. Se mostró que el tratamiento a corto plazo con amoxicilina y omeprazol redujo la incidencia de cáncer gástrico en 39 %, en un período de 15 años posteriores a la aleatorización con reducciones similares, pero no estadísticamente significativas, de la mortalidad por cáncer gástrico. [Ma JL, Zhang L, Brown LM, et al.: Fifteen year effects of Helicobacter pylori, garlic, and vitamin treatments on gastric cancer incidence and mortality. J Natl Cancer Inst 104 (6): 488-92, 2012. [PUBMED Abstract]]

Intervenciones con pruebas insuficientes de reducción del riesgo de cáncer de gástrico: Alimentación

En un estudio analítico, se mostró que la ingesta excesiva de sal y el consumo insuficiente de frutas y vegetales frescos se relacionan con un riesgo mayor de cáncer gástrico. El consumo alimentario de vitamina C proveniente de vegetales, frutas y otros alimentos de origen vegetal, se relaciona con un riesgo menor de cáncer gástrico. Las dietas abundantes en cereales integrales, carotenoides, compuestos de Allium y té verde también se relacionan con un riesgo menor de este tipo de cáncer. Sin embargo, no está claro si cambiar la alimentación para

[Escriba texto]

incluir más vegetales, frutas y granos integrales reduciría el riesgo de cáncer gástrico.²¹

Antecedentes relacionados con la **ingesta de frutas, verduras** y otros productos alimenticios en Colombia, arrojaron los siguientes datos:

- Se identificó en el 2010 dentro de las prácticas alimentarias colombianas, que 1 de cada 3 colombianos (33,2%) entre 5 y 64 años no consume frutas diariamente. Las edades en las que se encuentra menor frecuencia de consumo son los adultos de 31 a 64 años (38%).
- 5 de cada 7 colombianos (71,9%) entre 5 y 64 años, no consumen hortalizas o verduras diariamente, siendo los adultos entre 51 y 64 años (22,9%) los que registran el menor consumo diario de carnes o huevos .
- El consumo de comidas rápidas es mayor en las áreas urbanas. Este factor incrementa al aumentar el nivel, la edad y el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBÉN). Además, en relación con los productos de paquete se encontró que el 71,8% de los colombianos incorporó estos productos en su alimentación diaria o semanal. Este consumo es mayor en los hombres que en las mujeres.

ENFERMEDAD DE ALTO COSTO:

Se usó como definición de condición de alto costo, los pacientes que en un periodo superaron el costo por encima de un umbral. La identificación de patologías de alto costo se orienta a lograr la gestión del riesgo por medio de guías de práctica clínica, modelos de atención, normas técnicas, entre otros; Para neutralizar el efecto de la selección de riesgos entre aseguradoras y desincentivar

²¹ INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER NIH. Prevención del cáncer de estómago (gástrico) (PDQ®)–Versión para profesionales de salud. Actualización: 17 de marzo de 2017. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/pro/prevencion-estomago-pdq>. Fecha de acceso: 03/04/2017

la selección o discriminación de los pacientes con patologías de alto costo se incorporó al sistema un ajuste de riesgo²²

RESOLUCION 3974 DE 2009 (octubre 21) Artículo 1°. Enfermedades de Alto Costo son las siguientes: Cáncer de cérvix, cáncer de mama, cáncer de estómago (Tumor epitelial maligno de la mucosa del estómago con diferenciación glandular. Su etiología es multifactorial; la mayoría se desarrolla después de un largo período de gastritis atrófica), cáncer de colon y recto, cáncer de próstata, leucemia linfocítica aguda, leucemia mieloide aguda, linfoma hodgkin, linfoma no hodgkin, epilepsia, artritis reumatoidea, infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).²³

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA:

Es un documento informativo que incluye recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud. Su objetivo principal es recomendar lo que se debe (y lo que no se debe) hacer desde el punto de vista preventivo, diagnóstico o terapéutico para una determinada condición clínica.²⁴

MARCO TEÓRICO.

El Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) en su conjunto (ECNT más las lesiones) explican más del 60% de las muertes y se espera que para el 2020 la cifra ascienda al 75%. El incremento es mayor en países en desarrollo y provocan

²² CRITERIOS PARA IDENTIFICAR PATOLOGIAS DE ALTO COSTO EN COLOMBIA. Autor: Colombia. Cuenta de Alto Costo. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/ALTO_COSTO_FINAL_070911.pdf. Fecha de acceso: 12/04/2017

²³ Resolución 3974 de 2009.Octubre 21. Autor: Colombia. Ministerio de Salud y Protección social. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_3974_de_2009.pdf. Fecha de acceso 12/04/2017

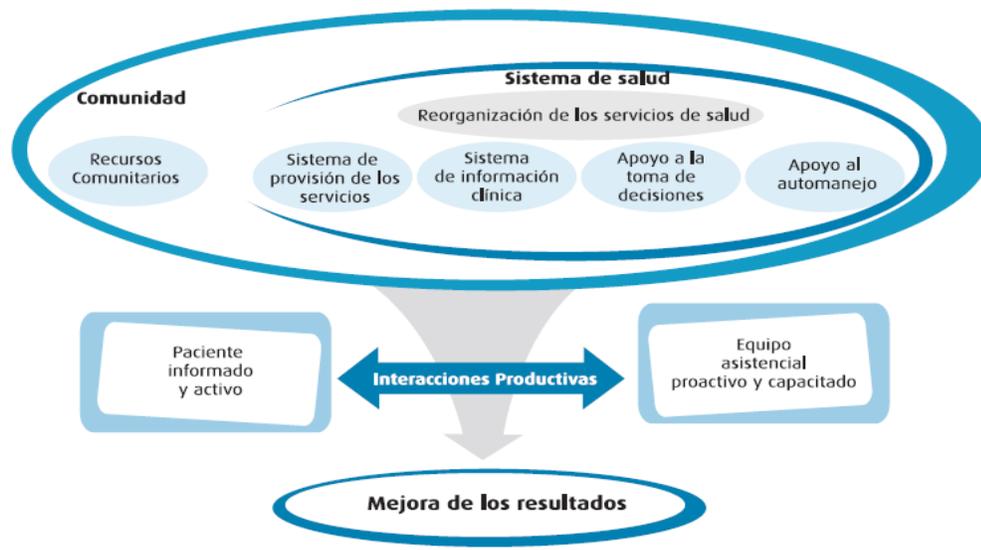
²⁴ Información general de GPC. Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/gpc_info_1.aspx. Fecha de acceso: 28/03/20017.

un aumento progresivo en el gasto sanitario. Cifras aportadas por un estudio de carga de enfermedad conducido por el programa FESP (Funciones Esenciales de Salud Pública) del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2008, indican que las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables del 39 % de los años potenciales de vida perdidos (APVP).

La atención de personas con enfermedades crónicas requiere pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo pro activo y planificado, centrado en la persona y su contexto. Un modelo que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento longitudinal, favorezca la participación activa de la persona con enfermedad crónica y promueva la adherencia al tratamiento por lo se diseña el modelo de atención de procesos CRÓNICOS.

Los países han elaborado sus propias estrategias de acuerdo con sus sistemas de salud y han surgido diferentes modelos de atención a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, basados en el Modelo de Atención a Crónicos (CCM) desarrollado por Edward Wagner. Este trata de introducir un programa de calidad que mejore la atención ambulatoria en 6 áreas:

1. Autoayuda para el paciente con estas afecciones (participación de este y de su familia en el seguimiento global).
2. Soporte a la decisión profesional (guías clínicas y otros métodos).
3. Mejoras en la atención clínica (reparto de tareas y responsabilidades según necesidades del paciente).
4. Sistemas de información electrónica (para el seguimiento, la atención y la evaluación).
5. Cambios en la organización (por ejemplo, incentivos para mejorar).



Con el CCM se pretende cambiar la estructura y el proceso de la atención habitual sin contar con programas ajenos o ayudas externas específicas para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

Este modelo ha sido implementado en numerosos escenarios. De hecho, ahora la mayoría de las políticas sobre estas afecciones en las naciones desarrolladas lo utilizan.

Una adaptación popular del CCM es el modelo marco Cuidado Innovador para Enfermedades Crónicas, que añade una perspectiva de política sanitaria. Uno de sus aspectos clave es el énfasis que pone en la necesidad de optimizar el uso de los recursos sanitarios disponibles dentro de un contexto geográfico y demográfico específico. Tal enfoque es crucial en muchos países de ingresos medios y bajos donde coexisten infraestructuras de múltiples proveedores, con evidentes solapamientos y un uso no óptimo de los servicios. (Latinoamérica).

MARCO LEGAL.

Resolución 1383 DE 2013 (2 MAYO 2013)

Por el cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021.

[Escriba texto]

Artículo 1. Plan Decenal para el Control del Cáncer. Adóptese el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021.²⁵

Artículo 2. Obligatoriedad. El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021, a que alude el artículo 10 de la presente Resolución, será de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

Plan decenal de cáncer en Colombia

Plan nacional contra el cáncer → Recientemente, se expidieron la Ley 1384 de 2010 mediante la cual se establecen acciones para la atención integral del cáncer y la Ley 1388 de 2010 por el derecho a la vida de los niños con cáncer. Estos estatutos se relacionan particularmente con el objetivo de mejorar la organización y prestación de los servicios oncológicos.

Resolución 0256 febrero 5 del 2016: por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

- LEY 1384 /2010: Acciones para la **atención integral** del cáncer.
- RESOLUCION 4496/2012: **SINCan** y se crea el **ONC**.
- RESOLUCION 1419/ 2013: Organización y gestión integral de las redes de prestación de servicios oncológicos y las unidades funcionales.
- RESOLUCION 247 DEL 3 DE FEBRERO / 2014: Registro de pacientes con cáncer.
- RESOLUCION 2003/ 2014: Habilitación de servicios de salud.

²⁵ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan decenal para el control de cáncer 2012-2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf>
Fecha de acceso: 2/04/2017

METODOLOGÍA.

Línea de investigación: Ciencias de la salud, enfermedades crónicas no transmisibles.

Tipo de investigación: Observacional, descriptivo ambiespectivo.

Área de estudio: Institución hospitalaria de mediana complejidad.

Población objetivo: Pacientes médico y quirúrgico atendidos en la institución hospitalaria de mediana complejidad.

Población estudio: Pacientes con diagnóstico clínico de tumor maligno gástrico superior, tumor maligno gástrico medio, tumor maligno gástrico inferior, tumor maligno gástrico no especificado, enfermedad ácido péptico inflamatorias y enfermedad ácido péptico ulcerativas.

Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidos en la institución hospitalaria de mediana complejidad entre 2016-2017.
- Pacientes mayores de 35 años de ambos sexos.
- Pacientes con diagnóstico clínico de tumor maligno gástrico superior, tumor maligno gástrico medio, tumor maligno gástrico inferior, tumor maligno gástrico no especificado, enfermedad ácido péptico inflamatorias y enfermedad ácido péptico ulcerativas.

Criterios de exclusión:

- Pacientes diagnosticados con cáncer gástrico antes del 2016.
- El cáncer no debe ser secundario a otro tipo de cáncer (metástasis).

Muestra:

[Escriba texto]

- **Unidad de análisis:** Pacientes mayores de 35 años atendidos en una institución hospitalaria de mediana complejidad entre 2016-2017 con diagnóstico clínico de tumor maligno gástrico superior, tumor maligno gástrico medio, tumor maligno gástrico inferior, tumor maligno gástrico no especificado, enfermedad ácido péptico inflamatorias y enfermedad ácido péptico ulcerativas.
- **Diseño de muestreo:** Probabilístico aleatorio simple. Se generará una tabla de números al azar dentro de la población objetivo.
- **Tamaño de la muestra:** Es según la prevalencia país del cáncer gástrico en Colombia la cual es 12.5 por 100.000 habitantes sacada del Consenso basado en evidencia: Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia para el cuál su autor es el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.

$$Z=1,96$$

$$P=12,5\%=0.125$$

$$Q=1-P=1-0,125=0,875$$

$$d=5\%$$

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

CALCULADORA PARA OBTENER EL TAMAÑO DE UNA MUESTRA							
¿Qué porcentaje de error quiere aceptar? 5% es lo más común	5 %	Es el monto de error que usted puede tolerar. Una manera de verlo es pensar en las encuestas de opinión, este porcentaje se refiere al margen de error que el resultado que obtenga debería tener, mientras más bajo por cierto es mejor y más exacto.					
¿Qué nivel de confianza desea? Las elecciones comunes son 90%, 95%, o 99%	95 %	El nivel de confianza es el monto de incertidumbre que usted está dispuesto a tolerar. Por lo tanto mientras mayor sea el nivel de certeza más alto deberá ser este número, por ejemplo 99%, y por tanto más alta será la muestra requerida					
¿Cual es el tamaño de la población? Si no lo sabe use 20.000	1244	¿Cual es la población a la que desea testear? El tamaño de la muestra no se altera significativamente para poblaciones mayores de 20,000.					
¿Cual es la distribución de las respuestas ? La elección más conservadora es 50%	12.5 %	Este es un término estadístico un poco más sofisticado, si no lo conoce use siempre 50% que es el que provee una muestra más exacta.					
La muestra recomendada es de	149	Este es el monto mínimo de personas a testear para obtener una muestra con el nivel de confianza deseada y el nivel de error deseado. Abajo se entregan escenarios alternativos para su comparación					
Escenarios alternativos para su muestra							
Con una muestra de	100	200	300	Con un nivel de confianza de	90	95	99
Su margen de error sería	6.22%	4.20%	3.26%	Su muestra debería ser de	109	149	236

Los datos fueron recolectados en el periodo comprendido entre Noviembre y Diciembre de 2017, por medio de la revisión y análisis de historias clínicas. Para el análisis de datos, utilizamos el programa IBM SPSS Statistic para la descripción de las variables estudiadas. Las variables sociodemográficas y clínicas serán presentadas en tablas de frecuencia, en forma de proporciones y se utilizarán medidas de tendencia central como la media.

Variables:

- **Sociodemográficas:** género, pertenencia étnica, edad, procedencia, nivel educativo, estado civil, ocupación, SGSSS, pertenencia étnica, antecedentes personales, consumo de alcohol, consumo de tabaco.
- **Clínicas:** Diagnostico actual, preguntas de intervención de la GPC para cáncer gástrico en Colombia.

	<u>Variable.</u>	<u>Definición operacional.</u>	<u>Tipo de variable</u>	<u>Escala de medición</u>	<u>Indicador</u>
Sociodemográficas.	Edad.	Tiempo vivido medido en años, meses, semanas, días y horas.	Cuantitativa.	Razón.	35 – 45 años. 46 – 55 años. 56 – 65 años. 66 – 75 años. 76 – 85 años. 85 años y más.
	Género.	Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres	Cualitativo.	Nominal dicotómico.	Masculino / Femenino.
	Procedencia.	El origen de algo o el principio de donde nace o deriva.	Cualitativo.	Nominal politómico.	Urbana Rural Centro poblado
	Nivel educativo.	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	Cualitativo.	Nominal politómico.	Sin enseñanza educacional. Enseñanza básica incompleta. Enseñanza básica completa. Enseñanza media incompleta. Enseñanza media completa. Enseñanza superior. No existe registro.
	Estado civil.	Situación civil.	Cualitativo.	Nominal politómico.	a. Soltero b. Casado c. Viudo d. Separado e. Unión libre
	Ocupación.	Tipo de trabajo que desempeña y que le genera recursos económicos.	Cualitativo.	Nominal politómico.	• Ama de casa. • Estudiante. • Trabajador

[Escriba texto]

					independiente. <ul style="list-style-type: none"> • Desempleado. • Trabajador asalariado. • Trabajador ocasional. • Persona que no ha declarado su ocupación.
SGSSS.	El Sistema General de Seguridad Social en Salud fue creado en 1993 con la Ley 100. Tiene cuatro componentes: La rectoría, el financiamiento, la prestación de los servicios de salud y la generación de recursos.	Cualitativo.	Nominal	Contributivo. Subsidiado. Especial. Población pobre no afiliada.	
Pertenencia étnica.	Circunstancia de formar una persona o cosa parte de un conjunto étnico.	Cualitativo.	Nominal politómico.	Abierto.	
Antecedentes personales.	Se refieren a antecedentes de diferentes patologías, modo de vida y características del mismo paciente.	Cualitativo.	Nominal dicotómico.	Gastropatías. Otros.	
Consumo de alcohol.	El consumo de alcohol implica beber cerveza, vino o licor fuerte.	Cualitativo.	Nominal politómico.	Sí. No. No existe registro.	
Consumo de tabaco.	El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina. El consumo habitual de tabaco produce enfermedades nocivas.	Cualitativo.	Nominal politómico.	Sí. No. No existe registro.	

[Escriba texto]

Clínicas.	Diagnostico actual.	Lesiones de tipo gástricas.	Cualitativo.	Nominal politómico.	Tumor maligno gástrico superior. Tumor maligno gástrico medio. Tumor maligno gástrico inferior. Tumor maligno gástrico no especificado. Enfermedad ácido péptico inflamatorias. Enfermedad ácido péptico ulcerativas.
	Realización de endoscopia.	Sonda flexible que tiene una cámara y una luz en su extremo y permite observar cavidades internas.	Cualitativo.	Nominal politómico.	Sí. No. No existe registro.
	Profesional que realiza la endoscopia.		Cualitativo.	Nominal politómico.	Gastroenterología. Cx plástica. Endoscopista. Otro profesional. No se ha realizado procedimiento.
	Tamizaje para helicobacter pylori.		Cualitativo.	Nominal politómico.	Sí. No. No existe registro.
	Tratamiento para la erradicación de helicobacter pylori.		Cualitativo.	Nominal politómico.	Sí. No. No existe registro. No presenta la infección.

[Escriba texto]

Respuesta al tratamiento para la erradicación de helicobacter pylori.		Cualitativo.	Nominal politómico.	Erradicación total. Erradicación parcial. No respuesta al tto. No existe resgistro. No presenta la infección.
Control endoscópico y de cultivo posterior al tratamiento para helicobacter pylori.		Cualitativo.	Nominal politómico.	Sí. No. No existe registro. No presenta la infección.
Tratamiento para helicobacter pylori después del diagnóstico de CA gástrico.		Cualitativo.	Nominal dicotómico.	Sí. No. No existe registro. No presenta la infección.
Procedimiento para determinar el estadio del CA gástrico.		Cualitativo.	Nominal politómico.	Sí. No. No existe registro.
Tipo de procedimiento para determinar el estadio.		Cualitativo.	Nominal politómico.	Eco – endoscopia. Biopsia. Otro.

[Escriba texto]

Instrumento:

El siguiente instrumento tiene como objetivo verificar la adherencia de la guía de práctica clínica de cáncer gástrico en pacientes con lesiones pre neoplásicas, neoplásicas, diagnóstico de cáncer gástrico y síntomas asociados tratados en la institución hospitalaria de mediana complejidad.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN										
NOMBRES					APELLIDOS					
IDENTIFICACIÓN				GÉNERO	Masculino	Femenino				
PERTENENCIA ÉTNICA					No existe registro					
ESTADO CIVIL	Soltero	Casado		Viudo	Separado		Unión libre			
EDAD (EN AÑOS)	35 A 45	46 A 55		56 A 65		66 A 75	75 A 85		86 O Más	
OCUPACIÓN	Estudiante			Ama de casa		Trabajador independiente				
Trabajador asalariado				Trabajador ocasional						
Persona que no ha declarado su ocupación							Desempleado			
NIVEL EDUCATIVO	Sin enseñanza educacional				Enseñanza básica incompleta					
Enseñanza básica completa				Enseñanza media incompleta						
Enseñanza media completa				Enseñanza superior						
No existe registro del nivel educativo										
PROCEDENCIA	Zona urbana			Zona rural			Centro poblado			
SGSSS	Subsidiado		Contributivo		Especial			PPNA		
CONSUMO DE ALCOHOL	Si consume			No consume			No existe registro			
CONSUMO DE TABACO	Si consume			No consume			No existe registro			
DIAGNOSTICO ACTUAL	Tumor maligno gástrico superior				Tumor malignos gástrico medio					
Tumor maligno gástrico inferior				Tumor malignos gástrico no especificado						
Enfermedad acido péptica inflamatoria				Enfermedad acido péptica ulcerativa						
ANTECEDENTES PERSONALES	Gastropatías		Otros	Gastropatías y otros			No presenta AP			
PREGUNTA 1. ¿Se le ha realizado endoscopia al paciente con dispepsia no investigada?										
Si se le ha realizado			No se le ha realizado				No existe registro			

[Escriba texto]

PREGUNTA 2. El procedimiento es realizado por un profesional con entrenamiento en:				
Gastroenterólogo y/o Endoscopista		Cirugía plástica		Otro profesional
No se ha realizado el procedimiento			No existe registro	
PREGUNTA 3. ¿Se ha realizado tamizaje para helicobacter pylori?				
Si se le ha realizado		No se ha realizado		
PREGUNTA 4: ¿Se ha realizado al paciente tratamiento para erradicación del HP?				
Si se le ha realizado		No se le ha realizado		No existe registro
No se realiza tratamiento por evento de salud agregado				
PREGUNTA 5: ¿Cual fue la respuesta al tratamiento para el helicobacter pylori?				
Erradicación total		Erradicación parcial		
No existe registro		No presenta la infección		No se realizó
PREGUNTA 6. ¿Se le realizó control endoscópico y de cultivo posterior al tratamiento?				
Si se le ha realizado		No se le ha realizado		
No presenta la infección				No se realizó
PREGUNTA 7: ¿Se ha realizado al paciente tto para erradicación de HP después de cirugía?				
Si se le ha realizado		No se le ha realizado		
No presenta la infección				No aplica
PREGUNTA 8. ¿Al paciente dx con CA gástrico se le realizó algún procedimiento para determinar el estatus de HP?				
Si se le ha realizado		No se le ha realizado		No existe registro
PREGUNTA 9: ¿Qué tipo de procedimiento se realizaron para determinar el estatus de HP?				
Eco – endoscopia		Biopsia		Otro
				No aplica

[Escriba texto]

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

Esta investigación se basa en los principios estipulados en CIOMS/82 del 2002 sobre justificación, ética y validez científica de la investigación biomédica en seres humanos, donde se pone de manifiesto que la justificación ética, radica en la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las persona, desde esta perspectiva la investigadora considera que esta investigación contribuye a sensibilizar al personal de salud médico asistencial y a la comunidad científica en general sobre el impacto negativo de la HGE sobre los resultados clínicos del paciente crítico y en la resolución 008430 de 1993, en la que se establece las conductas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Título II: de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I: de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos: en toda investigación en el que ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar, y en conjunto con el Artículo 11, la investigación se considera de mínimo riesgo; ya que es un estudio ambiespectivo (prospectivo-retrospectivo) que empleará el registro de datos a través de historias clínicas en pacientes médicos y quirúrgicos mayores de 35 años con lesiones pre neoplásicas y neoplásicas a nivel gástrico .

A. A continuación se exponen los principios que se tendrán en cuenta para el desarrollo de la presente investigación:

- **BENEFICENCIA:** se busca a partir de los resultados obtenidos mejorar la calidad de la atención y manejo clínico de las personas con factores de riesgo de tener cáncer gástrico, garantizando la confidencialidad y un manejo adecuado de los datos constatados en cada H.C.
- **NO MALEFICENCIA:** este principio es tomado en cuenta, debido a que con la investigación que se realiza no se causara ningún daño a la integridad de las persona, salvaguardando la información suministrada por las historias clínicas.

- **JUSTICIA:** A partir de los criterios de inclusión, los participantes de la investigación no serán discriminados por su género, raza, procedencia, condición sociopolítica, cultural o económica, por tanto toda la población objeto de esta investigación, tendrá las mismas posibilidades de ser partícipes en el estudio.

Los investigadores no serán responsables de las condiciones injustas del lugar en el que se realiza la investigación ya que no se interviene en el manejo clínico dado, solo se analizan de forma retrospectiva las historias clínicas.

- **CONFIDENCIALIDAD:** en el presente estudio a pesar de no tener contacto directo con las personas involucradas en el estudio, por medio del aval ético de la institución hospitalaria de mediana complejidad habrá un acceso a su historia clínica la cual debe ser manipulada adecuadamente. La recolección de los datos y el uso de estos serán solo con fines académicos.
- **VERACIDAD:** este principio es tomado en cuenta, ya que lo encontrado en cada historia clínica no será alterado y la información obtenida será escrita textualmente.

RAZÓN SOCIAL

El propósito que se tiene con esta investigación es por medio de un estudio retrospectivo-prospectivo del manejo brindado a las personas con lesiones pre neoplásicas y neoplásicas a nivel gástrico, se logre conocer si se está implementando la guía de práctica clínica en cáncer gástrico actualizada y si no es así lograr que el hospital adopte las nuevas actualizaciones para dar un mejor manejo clínico y una atención integral.

OTRAS CONSIDERACIONES:

Pautas éticas CIOMS/78-2002

- **Pauta 2** :Comités de evaluación ética
- **Pauta 3** Evaluación ética de la investigación patrocinada externamente

- **Pauta 18** Protección de la confidencialidad

La investigación debe estar evaluada por el comité de ética de la institución hospitalaria de mediana complejidad ya que esta se centra en la revisión de información privada que le compete al usuario y al hospital. Además se debe reconocer que una de las características principales de la H.C es la confidencialidad.

Min Salud Colombia Res. 8430/93.

ARTÍCULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Así el estudio no tenga contacto directo con las personas se está trabajando con datos personales de los mismos, por lo cual se debe primar los derechos y dignidad de dichas personas. Todo esto dando una adecuada manipulación a los datos.

Para promover la confidencialidad de la información de los instrumentos, se utilizará un sistema de codificación serial aplicado directamente por los investigadores (docente y estudiantes de enfermería de la Universidad del Cauca). Tanto los instrumentos diligenciados, el diario de campo y los demás documentos utilizados en la presente investigación, permanecerán bajo la responsabilidad de la investigadora principal, con el fin de garantizar la confidencialidad de la información, este parámetro obedece a los planteamientos mencionados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que tiene como pilar fundamental de una investigación ética “resguardar la intimidad de la persona y la confidencialidad de su información personal”.

Al finalizar el trabajo de investigación, los resultados serán socializados con las instituciones involucradas y facilitadoras del desarrollo del mismo.

Finalmente, se presentará el protocolo de investigación al Departamento de Enfermería de la Universidad del Cauca para su revisión y respectivo aval (resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud).

Manejo de la confidencialidad de la información

Es casi nula la posibilidad de recibir daño, social, legal o de otro tipo, teniendo en cuenta las garantías de confidencialidad de la información recolectada de los participantes, pues toda la información será guardada en una base de datos, codificando cada participante, en una cadena de custodia bajo la responsabilidad de la Investigadora principal, manteniendo la seguridad de los pacientes incluidos en el estudio ya que no se revelarán nombres, características o situaciones comprometedoras que posibilitaran la identificación de los participantes. La información obtenida tendrá una finalidad exclusivamente académica que permita contribuir al conocimiento y brindar un manejo clínico actualizado.

ANALISIS DE DATOS.

Los métodos estadísticos que se usarán serán de tipo descriptivo, en forma de Tablas de doble entrada para los datos sociodemográficos y clínicos. Luego serán presentados en gráficos que relacionarán estas variables. Se realizará análisis uni y bivariado, haciendo la correlación de variables de interés, se utilizará prueba de chi² o prueba exacta de fisher para este análisis.

En el análisis estadístico las variables numéricas se expresarán como media, mediana, promedios y desviación estándar y las nominales como porcentaje. En todos los casos, un valor de $p < 0.05$ se considerará estadísticamente significativo. Se utilizará, el análisis no paramétrico, con un intervalo de confianza del 95 % o alfa igual a 0.05.

Los cálculos estadísticos serán realizados con el software SPSS 23. Los datos obtenidos alimentarán una base de datos en Excel, para su posterior análisis.

[Escriba texto]

PRESUPUESTO.

	RUBROS	CONTRAPARTIDA UNIVERSIDAD DEL CAUCA		CONTRAPARTIDA ENTIDAD N1		TOTAL
		EFFECTIVO	ESPECIE	EFFECTIVO	ESPECIE	
1	PERSONAL	\$ -	\$ 1.870.113	\$ -	\$ 3.740.225	\$5.610.338
2	EQUIPOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 602.300	\$ 602.300
3	SOFTWARE	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 200.000	\$ 200.000
4	MATERIALES E INSUMOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 136.000	\$ 136.000
5	IMPRESOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 50.000	\$ 50.000
6	PUBLICACIONES Y PATENTES	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
7	BIBLIOGRAFIA	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
8	SERVICIOS TÉCNICOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
9	CAPACITACIÓN	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000
10	VIAJES	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 3.738.000	\$ 3.738.000
11	SALIDAS DE CAMPO	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 31.200	\$ 31.200
12	EVENTOS ACADEMICOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
13	OTROS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
	SUBTOTAL COSTOS DIRECTOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 9.497.725	\$ 11.367.838
14	ADMINISTRACIÓN	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
15	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
	TOTAL	\$ -	\$ 1.870.113	\$ -	\$ 9.497.725	\$ 11.367.838

[Escriba texto]

RESULTADOS.

Se evaluaron 151 historias clínicas de pacientes cuyos diagnósticos se encontraban relacionados con las alteraciones gástricas de interés: tumor maligno gástrico y enfermedades ácido péptico inflamatoria y ulcerativa. Con relación a las variables sociodemográficas se encontró: género, el 49.7% (n=75) de ellas correspondieron a femenino y el 50.3% (n=76) al masculino, lo que señala que no existe brecha significativa entre ambos en la población a estudio. En la muestra se incluyeron historias clínicas de pacientes fueran mayores de 35 años, el 47% (n=71) de ellos presentaba edades comprendidas entre 46 a 65 años. Respecto a la procedencia, el área urbana fue prevalente con un 60.9% (n=92). En cuanto al Sistema General de Seguridad Social en Salud se evidencio que el 57.6% (n=87) pertenecían al régimen subsidiado, 26.5% (n=40) al régimen contributivo, 13.2% (n=20) al régimen especial, 2% (n=3) a Población Pobre No Asegurada (PPNA) y 0.7% (n=1) a particulares. (TABLA 1).

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS			
		N	PORCENTAJE
Género	Femenino	75	49.7 %
	Masculino	76	50.3 %
Edad	35 A 45 Años	22	14.6 %
	46 A 55 Años	36	23.8 %
	56 A 65 Años	35	23.2 %
	66 A 75 Años	28	18.5 %
	76 A 85 Años	23	15.2 %
	86 o mas	7	4.6%
Procedencia	Urbana	92	60.9%
	Rural	12	7.9%
	Centro Poblado	47	31.1%
	Subsidiado	87	57.6 %

[Escriba texto]

SGSSS	Contributivo	40	26,5 %
	Especial	20	13.2 %
	Ppna	3	2.0 %
	Particular	1	0.7 %

Al indagar acerca de los antecedentes, se observó que en la mayoría de historias clínicas revisadas los pacientes presentaban gastropatías y otros tipos de antecedentes sin relación gástrica 56.3% (n=85). Frente a los estilos de vida, como el consumo de alcohol, tuvimos que el 78.1% (n=118) no existen registros sobre éstos aspectos, de igual manera frente al consumo de tabaco, en el 79.5% (n=120) no se registra, esta ausencia, no permitió hacer correlaciones estadísticas posteriores con las alteraciones gástricas. (TABLA 2)

TABLA 2. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ANTECEDENTES PERSONALES			
VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	N	PORCENTAJE
Antecedentes	Gastropatías	29	19.2%
	Gastropatías y otros	85	56.3%
	No presenta antecedentes personales	37	24.5%
Consumo de alcohol	Si consume	7	4.6 %
	No consume	26	17.2 %
	No existe registro	118	78.1 %
Consumo de tabaco	Si consume	8	5.3 %
	No consume	23	15.2 %
	No existe registro	120	79.5 %

[Escriba texto]

TABLA 3. PREVALENCIA DEL DIAGNOSTICO ACTUAL			
VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	N	Porcentaje
Diagnostico actual	Tumor maligno gástrico	53	35,1%
	Enfermedad ácido péptica inflamatoria	86	57,0%
	Enfermedad ácido péptica ulcerativa	12	7,9%

El diagnóstico más prevalente encontrado en la población estudio fue la enfermedad ácido péptica inflamatoria con el 57 % (n= 86), seguido del tumor maligno gástrico con el 35.1 % (n= 53) y por último la enfermedad ácido péptica ulcerativa con el 7.9 % (n= 12). (TABLA 3)

APLICACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO – 2015

Frente a los resultados de la aplicación de la guía actual, se aplicaron 9 preguntas, basadas en los aspectos que contempla la guía, con diferentes opciones de respuesta, las cuales fueron revisadas dentro de los registros clínicos. En la pregunta 1, que indagaba por el diagnóstico temprano, al 80,1 % (n=121) se le había realizado endoscopia al paciente con dispepsia no investigada, en el 17.2% (n=26) no existió registro y al 2.6% (n=4) que no se le había realizado. En la pregunta 2, sobre el profesional que realiza el procedimiento, se evidenció que en el 53.3% (n=79) de las HC, no existía registro del tipo de profesional que realiza el procedimiento, el 45.7% (n=69) lo realizó un especialista en gastroenterología y/o endoscopista y en el 2.6% (n=4) no se realizó el procedimiento. Con respecto a la pregunta 3, acerca de la realización de tamizaje para *Helicobacter Pylori* (HP) en el paciente, el 65.6% (n=99) se lo ha realizado, y el 33.1% (n=50) de las historias clínicas no presentan registro. La respuesta frente al tratamiento para la infección por HP (pregunta 4), se encontró que el 70.8% (n=107) de las historias clínicas no presenta registro y el 18.5% (n=28) no presentaban la infección. La pregunta 5, acerca de la respuesta de los pacientes al tratamiento para HP, en el 76.1% de ellos (n=115) no presenta registro, aunque el 18.5% (n=28) no presenta la infección. En cuanto a la pregunta sobre la realización de control endoscópico y

[Escriba texto]

cultivo posterior al tratamiento (pregunta 6), el 76.1% (n=115) de las historias clínicas no presentaba registro del mismo y el 18.5% (n=28) no presentaba la infección. La pregunta 7, cuestionaba sobre si el paciente se ha realizado o no tratamiento contra el HP posterior al diagnóstico de Ca, en el 31.1% (n=47) no hubo registro de éste aspecto y para el 64.9% (n=98) no aplicaba esta pregunta. El 8° aspecto revisado, hacía relación a si en los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, se les había realizado algún tipo de examen para establecer la estadificación del mismo, encontrándose, que al 22,5% (n=34) si se le realizó, en el 11.9% (n=18), no había registro, en el 0.7% (n=1) no se le realizo y al resto de pacientes de la muestra no aplicaba la pregunta. Finalmente, frente a la pregunta relacionada con el tipo de procedimiento realizado para la estadificación del cáncer gástrico (N° 9), en el 64.9% (n=98) no aplicaba éste ítem, en el 19.9% (n=30) se realizó mediante una biopsia y en el 13.9% (n=21) no se encontró registro clínico. (TABLA 4)

TABLA 4. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA GUIA			
PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN	N	PORCENTAJE
1. ¿Se le ha realizado endoscopia al paciente con dispepsia no investigada?	Si, se le ha realizado	121	80,1%
	No se le ha realizado	4	2,6%
	No existe registro	26	17,2%
2. ¿Qué tipo de profesional es quien realiza el procedimiento?	Gastroenterología y /o endoscopista	69	45,7%
	No se ha realizado el procedimiento	4	2,6%
	No existe registro	78	51,6%
3. ¿Se ha realizado tamizaje para <i>helicobacter pylori</i> ?	Si , se le ha realizado	99	65,6 %
	No se le ha realizado	2	1,3 %
	No existe registro	50	33,1 %
4. ¿Se ha	Si , se le ha realizado	16	10,6 %

realizado al paciente tratamiento para la infección con <i>helicobacter pylori</i> ?	No existe registro	107	70,8 %
	No presenta la infección	28	18,5 %
5. ¿Cuál fue la respuesta frente al tratamiento contra el <i>helicobacter pylori</i> ?	Erradicación total	3	2,0 %
	No respuesta al tratamiento	5	3,3 %
	No existe registro	115	76,1 %
	No presenta la infección	28	18,5 %
6. ¿Se realizó control endoscópico y de cultivo posterior al tratamiento?	Si, se le ha realizado	7	4,6 %
	No se le ha realizado	1	0,7 %
	No existe registro	115	76,1 %
	No presenta la infección	28	18,5 %
7. ¿Se ha realizado al paciente tratamiento para erradicación de hp después de ser diagnosticados con Ca gástrico?	Si, se le ha realizado	1	0,7 %
	No existe registro	47	31,1 %
	No presenta la infección	5	3,3 %
	No aplica	98	64,9 %
8. ¿Al paciente dx con Ca gástrico se le realizó algún procedimiento para determinar su estadio?	Si, se le ha realizado	34	22,5 %
	No se le ha realizado	1	0,7 %
	No existe registro	18	11,9 %
	No aplica	98	64,9 %

[Escriba texto]

9. ¿Qué tipo de procedimiento le realizaron para determinar el estadio?	Biopsia	30	19,9 %
	Otro	2	1,3 %
	No aplica	98	64,9 %
	No existe registro	21	13,9 %

Los resultados anteriores muestran una alta ausencia de aspectos de la guía que no son registrados o indagados por los clínicos que atienden éstos pacientes, lo cual no permitió el análisis correlacional propuesto dentro de los objetivos del estudio.

DISCUSIÓN

El estado actual de la atención en salud del cáncer gástrico frente a la Guía de Práctica Clínica (GPC) para Colombia (2015), en cuanto a la detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento evidenciado por los registros clínicos en una institución hospitalaria de mediana complejidad de Popayán es deficiente, según los hallazgos encontrados en el presente estudio.

Una de las mayores dificultades del estudio para evaluar la calidad de la atención en salud del cáncer gástrico frente a la guía de práctica clínica es la falta de registros en la historia clínica sistematizada del centro hospitalario. Entre los métodos objetivos para valorar la adherencia a las GPC está la revisión de registros médicos, es quizá el método más exhaustivo y confiable, pero su principal inconveniente es la alta dependencia en la calidad de la documentación clínica por parte de los profesionales, como se pudo verificar, lo que está documentado podría no reflejar realmente lo que se ha hecho o no se ha hecho²⁶. Según la investigación “Evaluación de la baja adherencia a guías medicas implementadas en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia en el 2008”, el 100% de los médicos encuestados registran en la historia clínica la respectiva anamnesis de sus pacientes, sin embargo, sólo el 56.3% de los encuestados utiliza los contenidos de las guías para dirigirla²⁷. Por tanto, consideramos que adicional a la deficiencia de la recolección de datos en la anamnesis, el médico debe enfocar el abordaje del paciente, en aspectos relacionados con la patología y la identificación de factores de riesgo.

Considerando que la tasa de cáncer gástrico es el doble en las personas fumadoras según se expresa en el artículo de Mariuska Morales Diaz “Cáncer

²⁶ Tan KB. Clinical practice guidelines: a critical review. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2006. Vol. 19 Issue: 2, pp.195-220. Disponible en: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/09526860610651717> Fecha de acceso: 20/09/2018

²⁷ MÚNERA, Hernán y PIEDRAHITA CALDERON, Manuel. Evaluación de la baja adherencia a guías medicas implementadas en la ESE hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia primer semestre 2008. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” Medellín 2008. Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/431/1/EvaluacionAdherenciaGuiasMedicas.pdf> Fecha de acceso: 20/09/2018.

gástrico: algunas consideraciones sobre factores de riesgo y Helicobacter Pylori” (2018)²⁸, se puede resaltar la importancia de registrar información sobre los estilos de vida en la anamnesis dirigida, ya que notablemente se evidencia que el profesional médico omite éstos datos dentro del registro clínico, aunque quizá indague por ellos. Ésta información, permite la detección oportuna de posibles lesiones pre cancerígenas.

La carencia de información en los registros clínicos, se ve reflejado en las respuestas obtenidas a partir de la aplicación del instrumento, el cual contenía una batería de preguntas, como indicadores de adherencia a partir de las recomendaciones de la guía. El resultado, sobre la pregunta relacionada con la efectividad de la aplicación del tratamiento con antimicrobianos para los pacientes con HP, evidenció un 76.2% de ellos sin registro de éste aspecto y solo se pudo corroborar en un 10.6% de la muestra, mismo que resalta en importancia, el trabajo de Fadia Marval en 2016 sobre “Terapia convencional y secuencial en el tratamiento de Helicobacter pylori en pacientes del estado Carabobo, Venezuela”, quien expone, que luego de cumplidos los esquemas de tratamiento para HP, resultaron curados, sin distinción de género, ni método diagnóstico, el 46% (n= 57) de los pacientes estudiados²⁹.

La ausencia de registros, no permitió evaluar la efectividad del tratamiento contra el HP por medios diagnósticos como la endoscopia y el cultivo, donde prevaleció la inexistencia de documentación en aproximadamente el 81% de los registros revisados y solo verificable en el 2.6%, lo cual se podría considerar una insuficiencia en la continuidad de la atención de éstos pacientes. El artículo “Helicobacter pylori: Resistencia a los antibióticos” de J. M. Pajares García, R. Pajares-Villarroya y J. P. Gisbert (2007), plantea la importancia de la realización

²⁸ MORALES DÍAZ, Mariuska y CORRALES ALONSO, Sahilí. et al. Cáncer gástrico: algunas consideraciones sobre factores de riesgo y Helicobacter pylori. Rev.Med.Electrón. vol.40 no.2 Matanzas mar.-abr. 2018. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200018 fecha de acceso: 20/09/2018.

²⁹ MARVAL, Fadia. et al. Terapia convencional y secuencial en el tratamiento de Helicobacter pylori en pacientes del estado Carabobo, Venezuela. ccm [online]. 2016, vol.20, n.4, pp.729-740. ISSN 1560-4381. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1560-43812016000400011 Fecha de acceso: 20/09/2018.

del seguimiento por medios diagnósticos, para evaluar el éxito o fracaso del tratamiento, ya que han sido detectadas resistencias del HP, igualmente, recomiendan que es preciso llevar a cabo cultivo y antibiograma para revisar la susceptibilidad bacteriana y brindar la atención adecuada³⁰.

Por otro lado, en relación a la realización de endoscopia a pacientes con dispepsia no investigada, se obtuvo como resultado que al 80,1 % se les hizo endoscopia, el 17.2% (n=26) no tiene registro y al 2.6% (n=4) no se le realizó la endoscopia. En este sentido, se pudo evidenciar que una gran proporción de los pacientes con dispepsia no investigada fueron sometidos a endoscopia, permitiendo efectuar un diagnóstico temprano, lo cual se considera de vital importancia para el pronóstico y evolución de la enfermedad, ya que otros estudios como “Cáncer gástrico temprano vs. Avanzado: ¿existen diferencias?” afirman que en pacientes con cáncer gástrico temprano (CGT), los síntomas dispépticos fueron predominantes, con menor proporción de síntomas de alarma, diferente al grupo de pacientes con cáncer gástrico avanzado (CGA) en quienes de forma significativa la mayor parte de los pacientes debutaron con anemia, hemorragia digestiva o pérdida significativa de peso, con una baja proporción de pacientes con dispepsia, estos hallazgos permiten concluir, que el realizar estudios en pacientes con dispepsia, favorece la detección de lesiones tempranas concediendo en estos casos un mejor pronóstico³¹. La mayoría de indicadores basados en la GPC y que fueron revisados en los registros clínicos, no se podían relacionar con otras variables independientes, dada la ausencia de información que debería ser documentada, para el abordaje de los pacientes con o en riesgo de lesiones gástricas pre o malignas, presentándose ésta limitación en los análisis posteriores.

³⁰ PAJARES GARCIA, J. M.; PAJARES-VILLARROYA, R. y GISBERT, J. P.. Helicobacter pylori: resistencia a los antibióticos. *Rev. esp. enferm. dig.* [online]. 2007, vol.99, n.2 disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000200001 Fecha de acceso: 20/09/2018.

³¹ GOMEZ, Martín Alonso; RIVEROS VEGA, Javier Humberto and OTERO, William. Cáncer gástrico temprano vs. avanzado: ¿existen diferencias?. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [online]. 2015, vol.47, n.1 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000100002 Fecha de acceso: 20/09/2018.

De acuerdo al *Manual Metodológico para la Medición y Evaluación de la adherencia sostenible a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (Enero 2017)* del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, la evaluación de la adherencia a las recomendaciones de las GPC estará a cargo de la institución prestadora de servicios de salud³², en este caso de una Institución Hospitalaria de mediana complejidad de la ciudad de Popayán, esta institución al encontrarse en proceso de acreditación debe propender por el desarrollo de los procesos de implementación y adopción de las GPC a nivel local. Por tanto, al evaluar la adherencia se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Es requisito para la evaluación de adherencia de ésta y otras GPC, que la institución hospitalaria de mediana complejidad haya desarrollado un plan de implementación de las recomendaciones de las GPC que son de su interés por las necesidades del contexto, tal es el caso del Cáncer gástrico, que apremia en nuestro perfil epidemiológico regional.
- Tener un sistema de registros médicos sistematizado que permita hacer revisión de caso y reconstrucción de las atenciones en salud, en pacientes con y en riesgo de ésta patología, facilitadas en una línea de tiempo definida por el motivo de consulta y la evolución clínica de los pacientes en el servicio de salud y de los procedimientos que se les realizan.
- Conformar de un equipo multidisciplinario que garantice la incorporación de la metodología propuesta por MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, para la medición y evaluación de la adherencia a GPC, no sólo de éste evento de salud sino de cualquiera que sea de interés en la institución.

La auditoría de registros clínicos, para medir o evaluar la adherencia a las GPC, debería considerarse como una herramienta para mejorar la calidad de la atención

³² MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD. Manual Metodológico Para La Medición Y Evaluación De La Adherencia Sostenible A Las Recomendaciones De Las Guías De Práctica Clínica. Enero de 2017. Disponible en: http://www.iets.org.co/Documents/Manual_30122017.pdf Fecha de acceso: 20/09/2018.

médica y por otros profesionales de la salud, mediante la medición del desempeño de aquellos que proveen esa atención, desempeño relacionado con unos estándares deseados y basados en la evidencia científica, y en procura del mejoramiento de ese beneficio para la institución. Éste tipo de evaluaciones o auditorías clínicas de la aplicación de las GPC, también pueden ser aplicada para asegurar la calidad de las decisiones en la atención de los pacientes con o en riesgo de padecer Ca gástrico, ya que son medidas contrastadas frente a “estándares deseados”, los cuales son esencialmente lo que aportan las GPC.

Así, el principal propósito de éste trabajo en la evaluación de la adherencia a la GPC del Ca gástrico es asegurar la calidad en la atención clínica y no atribuir culpas a los profesionales de la salud por resultados clínicos. La evidencia inicial sugiere una ausencia de adherencia o deficiencias en los registros médicos, éstos resultados pueden conducir a estudios adicionales para determinar las causas principales y refinar las guías de acuerdo a la retroalimentación que los profesionales realicemos.

CONCLUSIONES

A través de la evaluación realizada en una Institución Hospitalaria de mediana complejidad de la ciudad de Popayán con respecto a la atención en salud del cáncer gástrico según la Guía de Práctica Clínica actual, podemos concluir que es de vital importancia realizar un fortalecimiento y empoderamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con respecto a la implementación de las guías de práctica clínica pues en el marco de la Política de Atención Integral en Salud estas están ubicadas en las Rutas de Atención Integral herramientas, diseñadas para garantizar el derecho a la salud.

La falta de registros constituye una brecha para la atención y diagnóstico de los pacientes, puesto que se dejan de lado variables sociodemográficas, estilos de vida de las personas y demás determinantes sociales los cuales tienen gran relevancia en la enfermedad y evolución de la misma, así pues, se considera que es de gran importancia realizar una completa anamnesis dirigida y el registro respectivo en la historia clínica de los pacientes, ya que esta nos puede brindar información contundente para la prevención, detección temprana y tratamiento y así establecer la calidad y pertinencia de la atención en salud de personas con lesiones gástricas preneoplásicas y neoplásicas.

Por otra parte, determinar la proporción de pacientes que alcanzan los objetivos de la GPC para cáncer gástrico, se hace difícil dada la falta de registros, lo cual imposibilita identificar si todos los procedimientos pertinentes fueron realizados, de igual manera, no se puede evidenciar la oportunidad de la atención, pues, factores como la fragmentación del sistema de salud y la falta de continuidad no permiten conocer dichos datos.

RECOMENDACIONES.

Finalmente y en procura del mejoramiento de los procesos clínicos de la institución hospitalaria de mediana complejidad, se sugiere la aplicación de la metodología propuesta por el PMWG (Performance Measures Working Group de la Guidelines International Network), para la evaluación, validación y uso de medidas de desempeño basadas en GPC. Dentro de la cual contempla dar respuesta a las siguientes preguntas orientadoras:

1. ¿Cuáles estrategias de medición y evaluación de la adherencia ustedes consideran que se debe contemplar en el manual? (p.ej., autoreporte de eventos, encuesta institucional y poblacional o revisión de registros médicos en los procesos de auditoría médica).
2. ¿Cuáles son las barreras y facilitadores de la estrategia de medición y evaluación de la adherencia que usted como institución consideró previamente?
3. ¿Cuáles son los actores que se requieren para implementar la estrategia?
4. ¿Quién debe ser el responsable de evaluar la adherencia a las recomendaciones de las GPC?
5. ¿Cuál es el diseño metodológico que usted recomienda para evaluar la adherencia en las IPS?
6. ¿Qué tipo de indicadores se deben implementar para evaluar la adherencia a las recomendaciones a las GPC?

Establecer este tipo de metodologías para evaluar la adherencia a GPC bien desarrolladas, impulsa la práctica de calidad dentro de las instituciones de salud. Este es un componente esencial del cualquier marco de garantía clínica y acreditación.

[Escriba texto]

BIBLIOGRAFÍA.

1. FERLAY J, y SOERJOMATARAM I, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. 2013. International Agency for Research on Cancer. 15-1-2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25220842> fecha de acceso: Marzo 2016
2. NOTA DESCRIPTIVA DE LA OMS. Cáncer. Febrero de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>. Fecha de acceso 01/03/2017.
3. MURILLO. Raúl. Et al. Modelo de cuidado del paciente con cáncer. Pág. 11. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/modelo> Fecha de acceso: marzo 2016
4. FONDO COLOMBIANO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. Consenso basado en evidencia: Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia. Autor: Cuenta de Alto Costo (CAC) 2017. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC_CO_2017_02_21_LIBRO_CONSENSO_CANCERCOLONRECTO_PDF_V_0_A9.pdf . Fecha de acceso: 01/03/2017.
5. DIAZ PEREZ. Julio Et al. Evaluación de la visualización por endoscopia en la identificación de lesiones gástricas premalignas en una población colombiana con prueba de referencia histopatológica. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708000188> Fecha de acceso: Marzo 2016
6. ADRADA, Juan C. Et al. Características sociodemográficas y clínicas en una población con cáncer gástrico en el Cauca, Colombia. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-99572008000400004 Fecha de acceso: Marzo 2016.
7. SECRETARIA DE SALUD. Gobernación del Cauca. Análisis de la situación en salud. Disponible en: <https://www.saludcauca.gov.co/index.php/analisis-de-la-situacion-en-salud-asis> . Fecha de acceso: 01/03/2017.
8. RAMOS, Constanza p. Ricardo C.Duarte. Incidencia mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 207-2011. Disponible en:

<http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/incidencia1.pdf> . Fecha de acceso: Marzo 2016.

9. OSPINA, Marta y Huertas, Jancy. Et al. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. En: Repositorio institucional digita del Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/observatorio-nacional-cancer-colombia-ospina-huertas-montano-rivillas.pdf> . Fecha de acceso: 4/03/2017.
10. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan nacional de control de cáncer 2012 – 2020. En: Repositorio institucional digita del Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf> Fecha de acceso: 2/03/2017.
11. TEMAS DE SALUD. Cáncer. OMS. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>. Fecha de acceso: 27/03/2017.
12. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA 2010. Departamento de oncología. Hospital “Santa Rosa”. Disponible en: http://www.hsr.gob.pe/transparencia/pdf/guiasclinicas/oncologia/guia_cancer_gastrico.pdf Fecha de acceso: 27/03/2017
13. GUÍAS DE MANEJO EN CIRUGÍA. Asociación Colombiana de Cirugía. Autores: Comité de cirugía gastrointestinal. Bogotá D.C. Junio 2009. Disponible en: <http://www.ascolcirugia.org/guiasCirugia/cancer%20gastrico.pdf>. Fecha de acceso: 12/03/2017
14. BLANCO FERNÁNDEZ, Olga. Et al. Enfoque actual del cáncer gástrico. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/3655> Fecha de acceso: 28/03/2017
15. FONDO COLOMBIANO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. Consenso basado en evidencia: Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia. Cuenta de Alto Costo (CAC) 2017. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC_CO_2017_02_21_LIBRO_CONSENSO_CANCERCOLONRECTO_PDF_V_0_A9.pdf. Fecha de acceso: 01/03/2017.

16. OTERO REGINO, William. Et al. Carcinogénesis gástrica. Rev Col Gastroenterol vol.24 no.3 Bogotá July/Sept. 2009. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572009000300014#figura2 Fecha de acceso: 05/03/2017
17. REVISIÓN DE LITERATURA. Cáncer Gástrico Temprano o Precoz. Septiembre 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032011000300017. Fecha de acceso: 30/03/2017
18. REVISIÓN DE LITERATURA. Cáncer Gástrico Temprano o Precoz. Septiembre 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032011000300017. Fecha de acceso: 30/03/2017
19. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA. Guías de manejo en cirugía. Comité de cirugía gastrointestinal. Bogotá D.C. Junio 2009. Disponible en: <http://www.ascolcirugia.org/guiasCirugia/cancer%20gastrico.pdf>. Fecha de acceso: 12/03/2017
20. INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER NIH. Prevención del cáncer de estómago (gástrico) (PDQ®)–Versión para profesionales de salud. Actualización: 17 de marzo de 2017. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/pro/prevencion-estomago-pdq>. Fecha de acceso: 03/04/2017
21. CRITERIOS PARA IDENTIFICAR PATOLOGIAS DE ALTO COSTO EN COLOMBIA. Autor: Colombia. Cuenta de Alto Costo. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CA/C/ALTO COSTO FINAL 070911.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CA/C/ALTO%20COSTO%20FINAL%20070911.pdf). Fecha de acceso: 12/04/2017
22. Resolución 3974 de 2009. Octubre 21. Autor: Colombia. Ministerio de Salud y Protección social. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n 3974 de 2009.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n%203974%20de%202009.pdf). Fecha de acceso 12/04/2017
23. Información general de GPC. Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/gpc info 1.aspx](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/gpc%20info%201.aspx). Fecha de acceso: 28/03/2017.
24. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan decenal para el control de cáncer 2012-2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf> Fecha de acceso: 2/04/2017

25. Tan KB. Clinical practice guidelines: a critical review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2006. Vol. 19 Issue: 2, pp.195-220. Disponible en: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/09526860610651717>
Fecha de acceso: 20/09/2018
26. MÚNERA, Hernán y PIEDRAHITA CALDERON, Manuel. Evaluación de la baja adherencia a guías medicas implementadas en la ESE hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia primer semestre 2008. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" Medellín 2008. Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/431/1/EvaluacionAdherenciaGuiasMedicas.pdf> Fecha de acceso: 20/09/2018.
27. MORALES DÍAZ, Mariuska y CORRALES ALONSO, Sahilí. et al. Cáncer gástrico: algunas consideraciones sobre factores de riesgo y Helicobacter pylori. *Rev.Med.Electrón*. vol.40 no.2 Matanzas mar.-abr. 2018. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200018 fecha de acceso: 20/09/2018.
28. MARVAL, Fadia. et al. Terapia convencional y secuencial en el tratamiento de Helicobacter pylori en pacientes del estado Carabobo, Venezuela. *ccm* [online]. 2016, vol.20, n.4, pp.729-740. ISSN 1560-4381. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1560-43812016000400011 Fecha de acceso: 20/09/2018.
29. PAJARES GARCIA, J. M.; PAJARES-VILLARROYA, R. y GISBERT, J. P.. Helicobacter pylori: resistencia a los antibióticos. *Rev. esp. enferm. díg*. [online]. 2007, vol.99, n.2 disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000200001 Fecha de acceso: 20/09/2018.
30. GOMEZ, Martín Alonso; RIVEROS VEGA, Javier Humberto and OTERO, William. Cáncer gástrico temprano vs. avanzado: ¿existen diferencias?. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [online]. 2015, vol.47, n.1 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000100002 Fecha de acceso: 20/09/2018.
31. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD. Manual Metodológico Para La Medición Y Evaluación De La Adherencia Sostenible A Las Recomendaciones De Las Guías De Práctica Clínica. Enero de 2017. Disponible en: http://www.iets.org.co/Documents/Manual_30122017.pdf Fecha de acceso: 20/09/2018.

[Escriba texto]