



Informe final de investigación

Autor: Laura Ximena Covelli Salazar

Trabajo presentado como requisito para optar por el  
título de Especialización en cirugía general

Bogotá - Colombia

2022

Barreras de acceso en salud en cáncer gástrico: Experiencia de los pacientes en el Hospital  
Universitario Mayor

Autor

Laura Ximena Covelli Salazar

Tutores

Andrés Isaza Restrepo

Angela María Pinzón Rondón

Escuela de medicina y ciencias de la salud

Especialización en Cirugía General

Universidad del Rosario

Bogotá - Colombia

2022

**Identificación del proyecto**

Institución académica: Universidad del Rosario

Dependencia: Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Título de la investigación: Barreras de acceso en salud en cáncer gástrico: Experiencia de los pacientes en el Hospital Universitario Mayor

Instituciones participantes: Hospital Universitario Mayor

Tipo de investigación: Investigación cualitativa

Investigador principal: Laura Ximena Covelli Salazar

Asesor clínico o temático: Andrés Isaza Restrepo

Asesor metodológico: Angela Maria Pinzón Rondón

Co investigadores: Ruth Eliana Pineda Mateus, Daniela Avendaño Burgos

“La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético de este en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Agradecimientos

## Contenido

<b>1. Introducción</b> .....	8
1.1. <i>Planteamiento del problema</i> .....	8
1.2. <i>Justificación</i> .....	10
<b>2. Marco Teórico</b> .....	11
<b>3. Pregunta de investigación</b> .....	18
<b>4. Objetivos</b> .....	18
<b>5. Metodología</b> .....	19
5.1. <i>Tipo y diseño de estudio:</i> .....	19
5.2. <i>Población</i> .....	19
5.3. <i>Tamaño de muestra</i> .....	19
5.4. <i>Criterios de selección</i> .....	19
5.4.1. <i>Criterios de inclusión</i> .....	19
5.4.2. <i>Criterios de exclusión</i> .....	19
5.5. <i>Variables</i> .....	20
5.6. <i>Hipótesis</i> .....	20
5.7. <i>Plan de análisis</i> .....	20
<b>6. Aspectos éticos</b> .....	22
<b>7. Administración del proyecto</b> .....	24
7.1. <i>Cronograma</i> .....	24
7.2. <i>Presupuesto</i> .....	24
Otros.....	25
<b>8. Resultados</b> .....	26
<b>9. Discusión</b> .....	33
<b>10. Conclusión</b> .....	37
<b>11. Recomendaciones</b> .....	38
<b>12. Referencias</b> .....	39
<b>13. Anexos</b> .....	41
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	49
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS .....	52

## **Resumen**

**Introducción:** El cáncer gástrico es una de las patologías neoplásicas de mayor incidencia a nivel mundial y nacional y es la primera causa de muerte por cáncer en Colombia(1). El estadio clínico al momento del diagnóstico es el principal determinante del pronóstico y los resultados del tratamiento del cáncer gástrico. Actualmente, en Colombia, la mayoría de los casos se diagnostican en estadios avanzados de la enfermedad con supervivencia a 5 años estimada en el 20%.

**Objetivo:** Explorar la experiencia y el itinerario para lograr el diagnóstico de cáncer gástrico y acceder al tratamiento pertinente de esta enfermedad.

**Metodología:** Mediante un enfoque cualitativo mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada y el análisis de los datos se describió la experiencia de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico durante el proceso de obtención del diagnóstico y acceso al tratamiento.

**Resultados:** Se realizaron un total de 6 entrevistas semiestructuradas entre las que se identificaron cuatro ejes comprendiendo las barreras de acceso en salud, los facilitadores de la atención en salud, el conocimiento y entendimiento de la enfermedad y las vías de acceso al diagnóstico. Las barreras de acceso identificadas durante las entrevistas fueron: Administrativas, Sociales, Epidemiológicas, Económicas, Educativas y propias de la Historia natural de la enfermedad siendo esta última la más frecuentemente observada.

**Conclusiones:** Existen diferentes barreras de acceso en salud que dificultan el acceso a un diagnóstico oportuno en el caso del cáncer gástrico sin embargo, se identifica la mayor problemática en el curso silencioso de la enfermedad hasta estadios avanzados

**Palabras claves:** Cáncer gástrico, diagnóstico, Barreras de acceso, Sistema de salud y seguridad social

**Abstract**

**Introduction:** Gastric cancer is one of the oncologic pathologies with the highest incidence worldwide and nationally and is the leading cause of death from cancer in Colombia. The clinical stage at the time of diagnosis is the main determinant of prognosis and the outcomes of gastric cancer treatment.

**Objective:** To explore the experience and de itinerary to obtain the diagnosis of gastric cancer y access the adequate treatment of the disease

**Methods:** Through qualitative research through the application of a semi-structured interview and analysis of the data collected, which seeks to describe the experience of patients diagnosed with gastric cancer during the process of obtaining the diagnosis and access to treatment.

**Results:** A total of 6 interview were gathered identifying four axes comprising health access barriers and facilitators, knowledge and understanding of the disease y routes to the diagnosis and treatment. Barriers identified throughout the study were: Administrative, Social, Epidemiological, Economical, Educative and due to the natural history of the disease.

**Conclusions:** There are different health access barriers impacting the acquisition on diagnosis and adequate treatment for gastric cancer. However, the most important barrier is the silent course of the disease until advanced stages

**Key Word:** Gastric cancer, Diagnosis, Treatment, Healthcare barriers, Healthcare system

## **I. Introducción**

### *1.1. Planteamiento del problema*

El cáncer gástrico es una de las patologías de mayor incidencia a nivel nacional e internacional. Se estima que en el año 2018 se diagnosticaron más de un millón de nuevos casos a nivel mundial, siendo a su vez el quinto tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado. Su incidencia en hombres es mayor que en mujeres con una relación 2:1 (2,3). Pese a que la incidencia global es alta, existen diferencias significativas a nivel regional. Constituye una de las enfermedades de interés en salud pública en Asia por su alta incidencia, que alcanza tasas de 32 casos en 100.000, mientras es casi excepcional en algunas regiones del África con tasas de 4,7 casos en 100.000 habitantes (2). De esta forma, en los países con una alta incidencia de adenocarcinoma gástrico en los que se han implementado estrategias de tamizaje y detección temprana se ha observado mejoría significativa en la supervivencia, como ocurre en Japón donde se alcanza una supervivencia del 70% a 5 años para los estadios I y II de la enfermedad(3). Esto sugiere diferencias significativas en la mortalidad dependiente del diagnóstico temprano y el inicio de tratamiento oportuno derivado de programas de tamizaje masivo en regiones de alta incidencia de la enfermedad(4).

Para el caso de Colombia, el cáncer gástrico se consolida como la primera causa de mortalidad por cáncer, siendo responsable del 14,1% de las muertes por cáncer(1,5). Al igual que ocurre a nivel global, en Colombia existen diferencias significativas entre las diferentes regiones del país en cuanto a la incidencia de esta enfermedad. Así pues, se identifican tasas de incidencia en hombres mayores en regiones como Quindío con 32 casos en 100.000 habitantes, Huila con 30 casos en 100.000 habitantes y Cauca con 26.9 nuevos casos en 100.000 habitantes (6). Para el caso de las mujeres, la incidencia de cáncer gástrico también muestra diferencias significativas a nivel regional en este caso los departamentos con mayor incidencia fueron Cauca con 16.9 nuevos casos por 100.000 habitantes, Norte de Santander con 15,9 casos en 100.000 habitantes y Quindío con 15,6 casos(6). Para ambos casos, la región con menor incidencia de cáncer gástrico es la región

Caribe con tasas de incidencia 3.3 a 10.7 por 100.000 habitantes en hombres y de 2.4 a 6 en mujeres(6)

Existen diferencias en las tendencias en cuanto al sitio anatómico de presentación del cáncer gástrico. Se ha evidenciado una disminución progresiva en las tasas de incidencia a nivel mundial para el cáncer gástrico de presentación No Cardial, posiblemente atribuible a los protocolos de erradicación de *Helicobacter pylori*, las mejoras progresivas en los métodos de conservación de alimentos y el aumento en la disponibilidad e ingesta de frutas y vegetales a nivel mundial(7). Por otra parte, la incidencia de cáncer gástrico de presentación cardial ha mostrado un aumento progresivo de las tasas de incidencia predominantemente en países desarrollados que se ha atribuido principalmente al aumento en la prevalencia de la obesidad, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y cambios en hábitos alimenticios(2).

En cuanto al pronóstico de la enfermedad, como ya se mencionó anteriormente, existen diferencias regionales a nivel global que podrían estar en relación con el diagnóstico e inicio de tratamiento oportuno derivado de campañas de detección temprana en áreas de alta incidencia. Un ejemplo es el caso de Japón, donde desde 1960 se han venido implementando estrategias de tamizaje masivo observándose una mejoría en las tasas de mortalidad (3). Para el caso de Colombia se desconocen datos exactos de sobrevida de la enfermedad, sin embargo, se consolida como la primera causa de mortalidad para ambos sexos con un 14,1% de las muertes por cáncer y como la primera causa de muerte por cáncer en hombres y la segunda en mujeres, después del cáncer de mama(1,5,8). Se ha descrito que en el país la mayor parte del diagnóstico de cáncer gástrico se realiza en un estadio avanzado con una sobrevida menor del 20% a 5 años (5) observando diferencias entre diferentes poblaciones con diferencias significativas y tasas de sobrevida mayores en grupos de mayor nivel educativo y en la población afiliada a regímenes de seguridad social bien sea del tipo contributivo o subsidiado en comparación con la población sin afiliación (9) por lo tanto se hace importante conocer las barreras de acceso en salud percibidas por los pacientes y que entorpecen un diagnóstico temprano.

## 1.2. Justificación

Como ya se mencionó, el cáncer gástrico es una de las patologías neoplásicas de mayor incidencia a nivel internacional y nacional alcanzando incluso tasas de 32 nuevos casos en 100.000 habitantes en algunas regiones del país (6) y es la primera causa de muerte por cáncer siendo responsable del 14,1% de las muertes por cáncer(8)

Existen diferentes factores que influyen en el pronóstico de la enfermedad entre los que se incluyen factores biológicos como la diferenciación histológica del tumor y el estadio al momento del diagnóstico(4). De esta forma, se ha observado una mejora significativa en la sobrevida asociado al diagnóstico oportuno derivado de programas de detección masiva que se han venido implementado en Japón desde 1960(4).

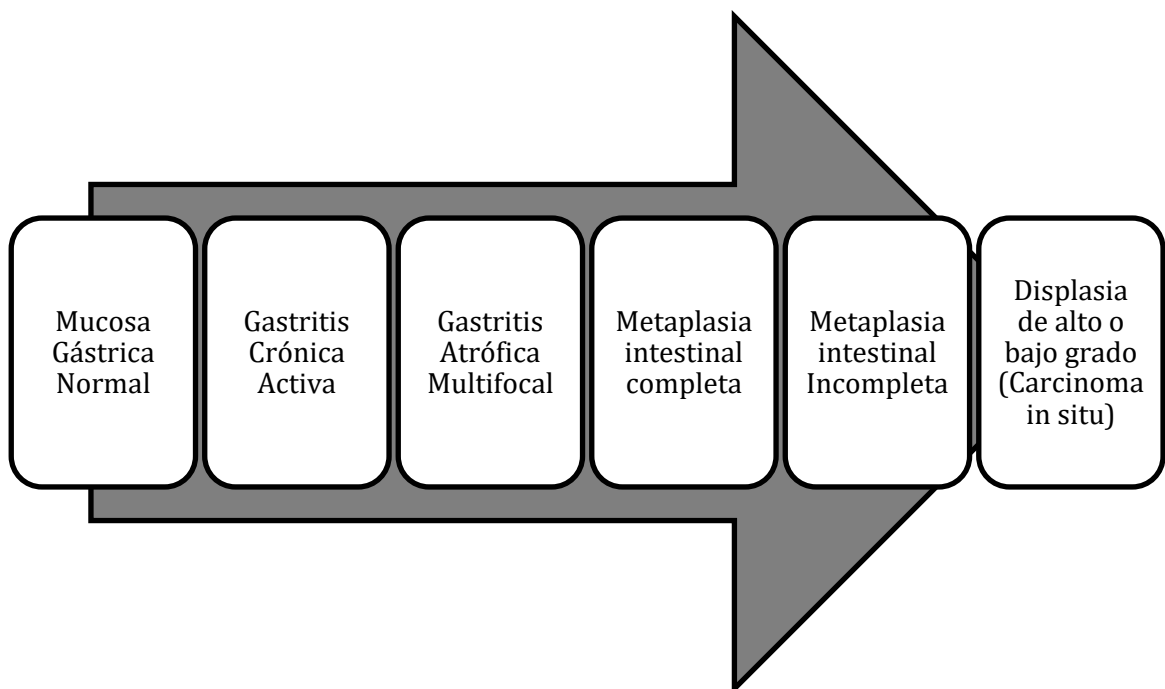
Se han asociado diversos factores que influyen en el retraso en el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer gástrico, algunos de estos *factores son intrínsecos* del paciente, referidos como retraso primario, entre los que se incluyen el estrato socioeconómico, el nivel educativo y la afiliación al sistema de seguridad social(10). Para el caso específico de Colombia, los pocos estudios realizados han encontrado que existe un aumento significativo en la mortalidad por cáncer gástrico con tasas de mortalidad 2.5 veces más altas en pacientes de estrato socioeconómico bajo y hasta 4 veces más alta en los pacientes sin afiliación al sistema de seguridad social(9). Sin embargo, existen también *factores independientes del paciente* atribuibles al médico, a la institución e incluso al sistema de seguridad social. Estos factores son referidos en la literatura como retrasos secundario y terciario(11). En Colombia dichos factores no han sido identificados.

Por medio de este estudio pretendemos conocer la experiencia y perspectiva de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el Hospital Universitario Mayor. De esta manera podremos identificar las barreras de acceso al sistema de salud a las cuales se ven enfrentados los pacientes con esta enfermedad atendidos en nuestro Hospital y cómo estas suponen un retraso en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento en detrimento del pronóstico y sobrevida.

## 2. Marco Teórico

El cáncer gástrico continúa siendo un tema de interés en salud pública con más de 1.000.000 de nuevos casos diagnosticados a nivel mundial en el año 2018 y siendo responsable de 783.000 muertes en este mismo período(2). En Colombia es la primera causa de muerte de etiología maligna para ambos sexos con el 14,1% de las muertes por cáncer (1). Si bien se ha mostrado una disminución en su incidencia y mortalidad a nivel global, la sobrevida a 5 años en nuestro país continúa siendo baja alcanzando el 20%. Esto se debe principalmente a que al momento del diagnóstico la enfermedad se encuentra en un estado avanzado en el cual el tumor ha comprometido el espesor de la pared gástrica(5).

Hay que tener en cuenta que el carcinoma invasor de estómago está precedido por un proceso premaligno que tiene lugar a lo largo de varios años lo que plantea la posibilidad de realizar un diagnóstico temprano e incluso dar tratamiento a lesiones premalignas(5). El modelo secuencial que se ha planteado para la evolución del cáncer gástrico se plantea a continuación:



Adaptado de: Correa P. Cáncer gástrico: una enfermedad infecciosa. Rev Colomb Cir. 2011;26:111-7

Es bien sabido que existen diferentes factores de riesgo asociados con la aparición del cáncer gástrico. Entre ellos, la infección por *Helicobacter pylori* es considerado el principal factor de riesgo y se le atribuye el 90% de los nuevos casos diagnosticados de cáncer gástrico No Cardial (2) y se ha observado una adecuada correlación entre las regiones con alta prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* y la incidencia de cáncer gástrico. Sin embargo, existen otros factores de riesgo asociados con la presentación de cáncer gástrico como lo son la obesidad, el alcoholismo y el tabaquismo, el cual supone un aumento del riesgo de cáncer gástrico del 60% (3). Adicionalmente también se han identificado factores dietarios como la alta ingesta de sal que se ha visto asociada con un aumento del riesgo de cáncer gástrico del 22%(3). La alta ingesta de sal como factor de riesgo para cáncer gástrico se puede explicar por los efectos de la sal sobre la mucosa gástrica que produce inflamación crónica, destrucción del moco y desarrollo de erosiones y se ha visto asociada con la producción de gastritis atrófica que propicia la infección por *Helicobacter pylori* factor de riesgo claramente establecido para el desarrollo de cáncer gástrico(12). Otro de los factores de riesgo ampliamente establecido es el antecedente familiar de cáncer gástrico. Desde hace ya varios años se ha descrito patrón de agregación familiar para esta patología demostrando un aumento del riesgo de hasta 3 veces en pacientes con historia familiar de cáncer gástrico(7)

## 2.1 Clasificación del Cáncer Gástrico

Actualmente existen diferentes sistemas de clasificación del cáncer gástrico, siendo uno de los más ampliamente utilizados la clasificación de Lauren. Esta clasificación divide el adenocarcinoma en tipo intestinal y en tipo difuso y continúa siendo ampliamente utilizado debido a las diferencias clínicas y epidemiológicas observadas entre estos dos grupos de pacientes(13). Típicamente el adenocarcinoma de tipo intestinal se encuentra en pacientes masculinos, de mayor edad y generalmente precedido de las lesiones premalignas mencionadas previamente. Por otro lado, el adenocarcinoma de tipo difuso generalmente se encuentra en población más joven, alcanzando a representar el 100% de los casos en menores de 30 años, y en mujeres(13).

## 2.2 Estadificación del cáncer gástrico

El tratamiento es el principal factor pronóstico del cáncer gástrico. El tratamiento quirúrgico es la aproximación de elección en este tipo de pacientes con sobrevividas entre 3 y 11 meses para los pacientes que no son candidatos a manejo quirúrgico(14) y es mediante la estadificación clínica del cáncer gástrico como se determinan las opciones terapéuticas incluida la resección quirúrgica, el tratamiento quimioterapéutico y el manejo paliativo.

La estadificación clínica del adenocarcinoma gástrico se realiza de forma preoperatoria de acuerdo con los estudios realizados, generalmente mediante endoscopia, biopsia, estudios imagenológicos y algunos marcadores séricos.

El tamaño tumoral, representado dentro del sistema de estadificación mediante la letra T, se evalúa de acuerdo con la profundidad comprometida por el tumor.

<b>Tamaño Tumoral (T)</b>	
<b>TX</b>	Tumor primario no evaluable
<b>T0</b>	Sin evidencia de tumor primario
<b>Tis</b>	Carcinoma in situ: Tumor intraepitelial sin invasión de la lámina propia
<b>T1a</b>	Tumor que invade la lámina propia o la muscular de la mucosa
<b>T1b</b>	Tumor que invade la submucosa
<b>T2</b>	Tumor que invade la muscular propia
<b>T3</b>	Tumor que invade el tejido conectivo subseroso sin comprometer la serosa ni estructuras adyacentes
<b>T4a</b>	Tumor que invade la serosa
<b>T4b</b>	Tumor que invade estructuras adyacentes

Adaptado de: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. AJCC Cancer staging Manual. American Joint Committee on Cancer. Springer; 2010

En cuanto al compromiso ganglionar, representado por la letra N, se refiere al número de ganglios linfáticos sospechosos de compromiso tumoral, así como su localización. Habitualmente se refiere al compromiso de los ganglios de la curvatura mayor y menor y los ganglios peri pancreáticos y peri esplénicos. La presencia de ganglios sospechosos de compromiso tumoral a distancia ya sea ganglios mesentéricos, hepato duodenales, retro pancreáticos o para aórticos, se considera compromiso metastásico

<b>Compromiso Ganglionar (N)</b>	
<b>NX</b>	Compromiso ganglionar no evaluable
<b>N0</b>	Sin compromiso ganglionar
<b>N1</b>	Compromiso tumoral en 1 a 2 ganglios regionales
<b>N2</b>	Compromiso tumoral en 3 a 6 ganglios regionales
<b>N3a</b>	Compromiso tumoral en 7 a 15 ganglios regionales
<b>N3b</b>	Compromiso tumoral en 16 ganglios regionales o más

Adaptado de: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. AJCC Cancer staging Manual. American Joint Committee on Cancer. Springer; 2010

Para las metástasis a distancia, son representadas por la letra M y los sitios de mayor frecuencia de presentación son el hígado, las superficies peritoneales y el compromiso ganglionar a distancia anotado previamente. Adicionalmente pueden presentarse siembras metastásicas pulmonares y a nivel de sistema nervioso central, estas últimas siendo poco frecuente. En tumores de gran tamaño puede existir compromiso por invasión directa hacia el hígado, el colon transversal, el páncreas o la superficie diafragmática.

<b>Metástasis a Distancia (M)</b>	
<b>M0</b>	Sin metástasis a distancia
<b>M1</b>	Metástasis a distancia

Adaptado de: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. AJCC Cancer staging Manual. American Joint Committee on Cancer. Springer; 2010

<b>Sistema de Estadificación</b>			
<b>Estadio 0</b>	Tis	N0	M0
<b>Estadio IA</b>	T1	N0	M0
<b>Estadio IB</b>	T2	N0	M0
	T1	N1	M0
<b>Estadio IIA</b>	T3	N0	M0
	T2	N1	M0
	T1	N2	M0
<b>Estadio IIB</b>	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T1	N3	M0
<b>Estadio IIIA</b>	T4a	N1	M0
	T3	N2	M0
	T2	N3	M0
<b>Estadio IIIB</b>	T4b	N0	M0

	T4b	N1	M0
	T4a	N2	M0
	T3	N3	M0
<b>Estadio IIIC</b>	T4b	N2	M0
	T4b	N3	M0
	T4a	N3	M0
<b>Estadio IV</b>	Cualquier T	Cualquier N	M1

Adaptado de: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. AJCC Cancer staging Manual. American Joint Committee on Cancer. Springer; 2010

### 2.3 Barreras de acceso en cáncer gástrico

Como se mencionó previamente el estadio clínico al momento del diagnóstico constituye uno de los principales factores pronósticos en el cáncer gástrico y su diagnóstico oportuno supone es de vital importancia para obtener los mejores desenlaces(15) por lo que es posible encontrar en la literatura diferentes estudios que buscan identificar tanto las barreras como los facilitadores para el acceso al tratamiento del cáncer gástrico.

A nivel mundial se han identificado diferencias en las tasas de diagnóstico temprano y tardío del cáncer gástrico de acuerdo a grupos etarios, accesibilidad a servicios de salud e incluso de acuerdo a grupos étnicos siendo más frecuente el diagnóstico en estadios tempranos de la enfermedad en poblaciones asiáticas(15) Otra de las barreras de acceso en salud que se ha identificado corresponde a la falta de aseguramiento en salud e incluso el aseguramiento en salud se configura como un facilitador del diagnóstico y tratamiento tempranos(15)

Para el caso en particular de Colombia, donde la mayor parte de la población cuenta con aseguramiento en salud se han identificado diferentes barreras de acceso en salud que dificultan el acceso al diagnóstico y el tratamiento del cáncer gástrico y que se atribuyen generalmente a la fragmentación institucional del sistema de seguridad social(16)

Dentro de las barreras que han sido identificadas en la literatura se describen barreras de tipo administrativo que son definidas como las barreras en las que por la estructura del sistema de salud y seguridad social se produce dilatación en los tiempos de realización de estudios

diagnósticos y obtención de tratamiento y comprenden la necesidad de trámites excesivos para la obtención de autorizaciones y aprobaciones por partes de las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y la consecución de atención especializada(16) Este tipo de barrera se hace más notoria y significativa al comparar los pacientes con diferentes tipos de aseguramiento en salud y los que no tienen aseguramiento reflejándose en peores desenlaces en estos últimos(16,17). Otro de los factores asociados a las barreras de tipo administrativas es la disponibilidad de atención médica general y especializada siendo esta más factible en áreas de población urbana y asociada a menores retrasos y mayores tasas de detección temprana. Para el caso en particular de Colombia esto se traduce en la necesidad por parte de las EAPB en la generación de contratos con múltiples proveedores favoreciendo la fragmentación de la información clínica y la necesidad de realizar reiterativamente estudios diagnósticos en los pacientes (16) También se identifican barreras de tipo económico definidas como la necesidad por parte del paciente y de su núcleo familiar de incurrir en gastos adicionales generados por la enfermedad. En alguna medida, el aseguramiento en salud disminuye esta barrera sin embargo no la elimina dado que comprende la destinación de recursos económicos para transporte para acceder a citas y tratamiento, hospedaje y en algunos casos ausentismo laboral(18). Este tipo de barreras se ven acrecentadas predominantemente en los estratos socioeconómicos bajos sin embargo no son ajenas a la población general(16)

Otra de las barreras identificadas en la literatura corresponde a Barreras institucionales generadas por la oferta de servicios de salud generando, a su vez, desigualdad en la posibilidad de acceso a atención especializada, realización de estudios requeridos y acceso al manejo oncológico necesario para cada caso en particular dificultando la atención integral y multidisciplinaria requerida en este tipo de patología(16)

Las barreras culturales generalmente producen retrasos en la búsqueda de atención médica basado en creencias, mitos, valores, dificultad en el entendimiento del diagnóstico y la información médica e incluso la búsqueda de tratamientos alternativos como el uso de hierbas medicinales(18) desencadenando retrasos e incluso abandono del tratamiento de la enfermedad. Estas barreras se relacionan con barreras de conocimiento en las cuales se identifican dos actores principales: en primer lugar el paciente quien falla en reconocer la sintomatología inicial de la enfermedad y retrasa la búsqueda de atención médica y, en segundo lugar, los profesionales de salud en el contexto de la atención primaria que al no reconocer la sintomatología inespecífica inicial de la enfermedad retrasa la derivación a mayores niveles de atención y la realización de estudios diagnósticos adecuados para la identificación de la

enfermedad en etapas más tempranas(16,17) y en algunos estudios, se ha identificado esta como la barrera más frecuentemente asociada con el retraso en el diagnóstico del cáncer gástrico hasta en un 44% de los casos y presentando el mayor retraso en el diagnóstico(19)

### **3. Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las barreras a las que se han enfrentado los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico atendidos en el Hospital Universitario Mayor para su diagnóstico oportuno y el acceso al tratamiento?

### **4. Objetivos**

- Objetivo general
  - Explorar la experiencia y el itinerario para lograr el diagnóstico de cáncer gástrico y acceder al tratamiento pertinente en pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico que consultan al Hospital Universitario, Méderi
- Objetivos específicos
  - Describir la población a estudio en cuanto a sus características sociodemográficas y clínicas.
  - Comprender las diferentes perspectivas y sentimientos experimentados por los pacientes en torno al proceso de diagnóstico de su enfermedad.
  - Identificar las rutas de diagnóstico y tratamiento que deben recorrer los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico hasta el momento de su consulta al Hospital Universitario Mayor, Méderi.
  - Describir las emociones de los pacientes en su experiencia durante el proceso de su enfermedad.
  - Identificar y profundizar sobre las posibles barreras de acceso al sistema de salud reportadas por los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico que serán llevados a manejo quirúrgico.

## 5. Metodología

### 5.1. Tipo y diseño de estudio:

El presente es un estudio cualitativo descriptivo de diseño fenomenológico que buscó describir la experiencia de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico atendidos en junta multidisciplinaria en un hospital de IV nivel en Bogotá para llegar al diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad

### 5.2. Población

Población universal: Pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico que serán llevados a gastrectomía

Población accesible: Paciente con diagnóstico de cáncer gástrico presentados en junta de cirugía gastrointestinal en el Hospital Universitario Mayor Méderi en Bogotá

### 5.3. Tamaño de muestra

Pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico que serán llevados a gastrectomía en el Hospital Universitario Mayor Méderi en Bogotá que accedan a llevar a cabo una entrevista semiestructurada para la recolección de datos. Se considerará un tamaño de muestra adecuado una vez se alcance la saturación de la muestra.

### 5.4. Criterios de selección

#### 5.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico que fueron presentados en Junta de Cirugía Gastrointestinal en el Hospital Universitario Mayor Méderi entre abril y julio del año 2021 que aceptaron su participación en el estudio y firmaron el consentimiento informado para la participación en el mismo

#### 5.4.2. Criterios de exclusión

Pacientes que no aceptan la realización de la entrevista semiestructurada

## 5.5. Variables

### *Tabla 1. Definición de variables*

#### 1.1. Variables

Al plantearse un estudio de diseño cualitativo descriptivo de tipo fenomenológico no aplica la formulación de variables. Sin embargo, se recolectarán características sociodemográficas y clínicas de la enfermedad al momento de la presentación para realizar la caracterización de la muestra (Ver Anexo)

## 5.6. Hipótesis

En este proyecto de investigación planteamos como hipótesis que existen ciertas barreras de acceso al sistema de salud colombiano que retardan el diagnóstico de cáncer gástrico. Lo anterior basado en los datos nacionales que indican que la mayor parte del diagnóstico de cáncer gástrico se realiza en un estadio avanzado, lo cual resulta en una supervivencia baja del 20% a 5 años (3). Por lo anterior, se considera que deben existir factores que retarden el acceso a servicios de salud que garanticen un diagnóstico oportuno de dicha enfermedad.

Sin embargo, al tratarse de un estudio cualitativo no aplica la formulación de una hipótesis equiparable a la que se formula en un estudio de tipo cuantitativo.

## 5.7. Plan de análisis

### 5.7.1 Recolección de la información

Previa obtención de un consentimiento informado (Ver anexo), se aplicó una entrevista semiestructurada (Ver Anexo) a los pacientes presentados en junta multidisciplinaria de Cirugía gastrointestinal en el Hospital Universitario Mayor en Bogotá. La selección de los pacientes a entrevistar se realizó al azar de acuerdo a la presentación de los pacientes en la junta multidisciplinaria en el periodo de tiempo especificado buscando mitigar sesgos de selección. Dicha entrevista constituyó una guía que pretendía dirigir la narrativa libre de los participantes, buscando el relato de la experiencia de pacientes desde la sintomatología inicial que pudiera ser atribuible a la patología en estudio hasta el momento de realización de la entrevista.

El instrumento mediante el cual se guió la entrevista se adaptó progresivamente y, de acuerdo con las diferentes categorías que se identificaron durante la realización del estudio, se

realizaron las modificaciones pertinentes para que el cuestionario sea comprendido y respondido a cabalidad por cada uno de los participantes, conforme a la situación particular de cada uno de ellos.

Se registraron los datos más relevantes para la investigación en formatos escritos durante la sesión de la entrevista y se grabó la entrevista mediante una grabadora de voz para la posterior transcripción completa de las grabaciones y la clasificación y análisis de la información pertinente por parte de los tres investigadores hasta lograr común acuerdo en la categorización de la información

En los casos que se consideró necesario se ampliaron o modificaron los formatos para consignar adecuadamente los temas emergentes que se consideren pertinentes.

Adicionalmente, en los casos en lo que se encontraron disponibles, se realizó una revisión de la historia clínica y los estudios diagnósticos complementarios con los que contaban los pacientes en el momento de la realización de las entrevistas para lograr la adecuada documentación de las características clínicas de la población en estudio.

Se consignaron los datos recabados en un procesador de texto y una bitácora de análisis en físico describiendo las unidades de análisis pertinentes que permitieron identificar las categorías y temas emergentes durante la investigación. Dichas unidades de análisis y categorías se reevaluaron durante el curso de la investigación mediante la comparación y de acuerdo con la repetición de las mismas en los diferentes sujetos de investigación avalado y en común acuerdo de los tres investigadores.

Se mantuvo la confidencialidad de los datos de identificación de los pacientes involucrados en la investigación, publicándose únicamente las dificultades que se reporten más frecuentemente en la población estudiada, así como los datos derivados de los tiempos transcurridos entre el inicio de la sintomatología al diagnóstico y al tratamiento en los casos en los que sea posible determinar dichos lapsos de tiempo

Como ya se mencionó anteriormente se consignaron los datos recabados en un procesador de texto y una bitácora de análisis en físico que posteriormente se revisó manualmente para la descripción de las unidades de análisis pertinentes y a partir de estas se buscó establecer categorías evidenciando las barreras más frecuentemente reportadas por los pacientes y las

rutas que reportan hasta llegar al diagnóstico y el tratamiento, así como también las emociones y sentimientos que asocian con su proceso de enfermedad y diagnóstico. Se realizó un análisis cualitativo de la información con base en la categorización de la información y la comparación y la repetición de dichas categorías con el fin de analizar y comprender como los pacientes le dan significado a sus experiencias y se reportará las dificultades o barreras que más frecuentemente describan los participante para el acceso al diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad y se consignaron textualmente las citas más representativas de dichas barreras para ilustrar el reporte final del estudio.

Se realizo un análisis conjunto de las transcripciones completas de las entrevistas realizadas durante en curso de la investigación por parte de los tres investigadores.

## **6. Aspectos éticos**

El estudio se realizó dentro de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos según la Declaración de Helsinki - 64<sup>a</sup> Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013(20)

Se tuvo en cuenta las regulaciones locales del Ministerio de Salud de Colombia Resolución 8430 de 1993 en lo concerniente al Capítulo I “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos” (21)

Esta investigación es clasificada dentro de la categoría “Riesgo mínimo” dado la única intervención sobre los pacientes adheridos al presente estudio será la concertación de una entrevista semi estructurada, previa obtención de consentimiento informado donde se explicará amplia y detalladamente la finalidad de esta, así como la finalidad del presente estudio.

Previo a su realización se presentó la investigación ante el Comité de Ética en investigaciones de la Universidad del Rosario y se aprobó la realización del estudio mediante acta DVO005 1525-CV1270 del 19 de abril de 2021

La entrevista será realizada una vez se cuente con el consentimiento informado por parte del paciente y se concertará la realización de la misma durante la atención del paciente en la institución.

La obtención de datos personales e información sensibles se hace imprescindible en la realización del presente estudio dado que dichos datos se requieren para la correcta caracterización y análisis de la población incluida dentro del estudio.

La información recabada durante la realización del estudio será almacenada y custodiada en las oficinas del CIMED guardando absoluta reserva y confidencialidad de los datos de identificación y de información sensible recopilada de historias clínicas, estudios diagnósticos y durante las entrevistas semiestructuradas, manteniendo el anonimato de los participantes en la publicación final.

Se limitará el acceso de los instrumentos de investigación únicamente a los investigadores según Artículo 8 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Será responsabilidad de los investigadores el guardar con absoluta reserva la información contenida en las historias clínicas y a cumplir con la normatividad vigente en cuanto al manejo de esta reglamentados en los siguientes: Ley 100 de 1993, Ley 23 de 1981, Decreto 3380 de 1981, Resolución 8430 de 1993 y Decreto 1995 de 1999.

Todos los integrantes del grupo de investigación estarán prestos a dar información sobre el estudio a entes organizados, aprobados e interesados en conocerlo siempre y cuando sean de índole académica y científica, preservando la exactitud de los resultados y haciendo referencia a datos globales y no a pacientes o instituciones en particular.

Se mantendrá absoluta confidencialidad y se preservará el buen nombre institucional profesional.

## 7. Administración del proyecto

### 7.1. Cronograma

Actividad	Meses																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Revisión de la Literatura	x	x	x	x																				
Planteamiento de la pregunta de investigación, planteamiento de problema y justificación del estudio			x	x	x																			
Construcción del marco teórico					x	x	x	x	x															
Definición de variables							x	x	x															
Selección de diseño del estudio								x	x															
Presentación protocolo										x														
Presentación al comité de ética											x	x												
Recolección de datos													x	x	x	x	x	x						
Análisis de datos													x	x	x	x	x	x	x					
Interpretación de los resultados																			x	x				

### 7.2. Presupuesto

RUBROS	VALOR
Personal	14.000.000
Equipos Nuevos	0
Equipos Existentes	0

Software	0
Viajes y viáticos	5.000.000
Materiales y Suministros	500.000
Salidas de Campo	0
Material Bibliográfico	2.000.000
Publicaciones y Patentes	3.000.000
Servicios Técnicos	0
Construcciones	0
Mantenimiento	0
Administración	0
Otros	0
TOTAL	24.500.000

## 8. Resultados

Se recolectaron un total de 11 pacientes atendidos en el Hospital Universitario Mayor entre abril y julio del año 2021 que aceptaron inicialmente la realización de la entrevista semiestructurada propuesta. Sin embargo, en el momento de concertación de la entrevista fue imposible contactar a dos de los pacientes; uno de los pacientes previamente reclutados había fallecido para el momento de la entrevista; un cuarto paciente tuvo un declive funcional significativo y la familia no deseaba continuar participación en el estudio; y un quinto paciente se retractó de su participación. Se completaron un total de seis entrevistas semiestructuradas que se llevaron a cabo entre los meses de Julio y diciembre de 2021 y se complementó la información recabada con la información contenida en la historia clínica para dar mayor precisión a la información

### 8.1 Características sociodemográficas y clínicas

Se recopilamos las características sociodemográficas y clínicas de los seis pacientes incluidos en este trabajo que (Tabla 1). Donde encontramos que la totalidad de los pacientes encuestados pertenecen al sistema de salud y seguridad social colombiano haciendo parte de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) pertenecientes al régimen contributivo. Se trata de una población mayoritariamente femenina siendo cuatro de los sujetos encuestados mujeres y dos hombres con edades comprendidas entre la cuarta y la octava década de la vida, siendo mayoritaria la población comprendida entre la séptima y la octava década. En cuanto a la escolaridad encontramos que la totalidad de la población contaba con algún grado de formación escolar, siendo de escolaridad primaria la mayoría de los pacientes entrevistados con un total de cuatro pacientes, un paciente con bachillerato completo y sólo uno de los participantes con educación superior.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la población

	N = 6	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	2	33,33%
Femenino	4	66,66%
<b>Edad</b>		
< 30 años	0	0%

30 - 60 años	2	33,33%
60 - 80 años	4	66,66%
> 80 años	0	0%
<b>Régimen de salud</b>		
Contributivo	6	100%
Subsidiado	0	0%
Especial	0	0%
<b>Estrato socioeconómico</b>		
Bajo (1 - 2)	2	33,33%
Medio (3-4)	4	66,66%
Alto (5-6)	0	0%
<b>Escolaridad</b>		
Sin escolaridad	0	0%
Primaria	4	66,66%
Bachillerato	1	16,66%
Técnico / Tecnológico	0	0%
Profesional	1	16,66%
<b>Comorbilidades</b>		
Sin antecedentes	2	33.33%
Hipertensión Arterial	2	33,33%
Diabetes Mellitus	1	16.66%
EPOC	0	0%
Hipotiroidismo	1	16,66%
Otro	0	0%
<b>Antecedente familiar de cáncer gástrico</b>		
Si	4	66,66%
No	2	33,33%
<b>Localización tumoral</b>		
Cardial	0	0%

No Cardial	6	100%
<b>Clasificación Histopatológica</b>		
Adenocarcinoma	5	83%
Intestinal	2	33,33%
Difuso	2	33,33%
Mixto	1	16,66%
Tumor neuroendocrino	1	16,66%
<b>Estadio Clínico al diagnóstico</b>		
O	0	0%
I	0	0%
II	3	50%
III	0	0%
IV	1	16,66%
No reporta	2	33,33%
<b>Tratamiento primario</b>		
Quirúrgico primario	0	0%
Quimioterapia neoadyuvante	3	50%
Quimioterapia primaria	1	16,66%
No reporta	2	33,33%

Fuente: Elaboración propia

En las características clínicas se encontró que el tipo histológico más prevalente correspondía al adenocarcinoma gástrico encontrado en cinco de los pacientes y un tumor neuroendocrino que se presenta además en la paciente más joven del grupo. Para los subtipos histológicos intestinal y difuso del adenocarcinoma se encuentran igualmente en 2 de los pacientes y un único paciente con un patrón mixto. La localización de todos los tumores gástricos en esta población fue no cardial. El estadio al diagnóstico para los pacientes que se encontraban estadiados al momento de la recolección de los datos correspondía con cáncer gástrico avanzado y uno de ellos presentaba enfermedad metastásica y el tratamiento de estos pacientes al momento del diagnóstico correspondía a neoadyuvancia con intención curativa en tres de los casos y quimioterapia sistémica primaria con intención paliativa para el caso

de la enfermedad metastásica. Los dos sujetos restantes no contaban aún con evaluación completa para definir el estadiaje ni la terapia primaria.

### 8.1 Barreras de acceso en salud y facilitadores de acceso en salud

Posterior a la realización de las entrevistas semiestructuradas por parte de los participantes se realizó la transcripción y análisis de los textos, identificando posibles barreras de acceso en salud y, posterior a la codificación y categorización de la información recabada, se identificaron un total de 6 categorías en el término de barreras de acceso al diagnóstico y tratamiento que se denominaron para este trabajo como: Administrativas, Sociales, Epidemiológicas, Económicas, Educativas y propias de la Historia natural de la enfermedad. Adicional a las barreras de acceso en salud que corresponde al eje central de este trabajo también fue posible identificar dos categorías en el eje de facilitadores de acceso a la atención en salud como lo son: El desarrollo de la atención por vía de la telemedicina generado desde el punto de vista institucional y el uso de recursos propios para la consecución de citas y estudios por parte del paciente

#### **Barreras de acceso Administrativas**

Se consideran barreras administrativas aquellas en las que por la estructura del sistema de salud y seguridad social generan demoras en la realización de estudios y consecución de citas:

“Empecé con malestar en agosto del año pasado y ya en diciembre que me pasé a Compensar empecé con exámenes para que me viera el especialista” WGH

También denota la presencia de barreras administrativas la búsqueda de atención por fuera del sistema de seguridad social como una estrategia para la consecución de atención en salud bien sea como parte de la obtención de un diagnóstico o de un tratamiento

“A finales de febrero o en marzo fue que yo empecé con esas dolencias y se fue aguzando hasta que ya no podía comer y yo fui a un médico, un doctor por particular, y pues él me ordenó la endoscopia” HB

### **Barreras Económicas**

“Empecé con una enfermedad estomacal por lo que fui a un médico particular y obviamente me dio un medicamento costoso entonces ya fui a Compensar” WGH

Adicionalmente, el uso de recursos familiares o personales adicionales o destinados a otras actividades también podría considerarse una barrera de atención en salud económica dado que es dicho factor el que limita la continuidad de la atención salud y fuerza a estos pacientes a regresar nuevamente al sistema de salud y seguridad social.

### **Barreras epidemiológicas**

En este trabajo se identificó también como barrera de atención en salud la barrera epidemiológica identificada por el contexto mundial actual la pandemia por el virus de SARS COV2 y los episodios de confinamiento y restricciones epidemiológicas por el virus en los territorios de circulación del mismo. Tenemos como ejemplo la narrativa del paciente presentado a continuación y que conlleva a un retraso adicional en el diagnóstico:

“Tenía programada la endoscopia para el 14 de enero, pero a mí me dio COVID por allá a principios de enero por lo que no me la hicieron. Que tenía que completar tres meses para que me hicieran el examen por lo que finalmente me la hicieron por allá en abril” WGH

### **Barreras sociales**

Adicionalmente a la situación epidemiológica mundial por el COVID-19 durante los meses de realización del estudio en la ciudad de Bogotá se presentaron también manifestaciones cívicas con afectación del orden público que condicionaron dificultades significativas para la movilización de la población en general y que se vieron representadas dentro del estudio en la siguiente narración:

“El proceso de las citas se ha demorado porque la consulta allá en los Unidos preciso dos consultas que me han dado me ha tocado cancelarlas. Pues la primera por la cuestión de los paros y ahorita la segunda, la semana pasada, ellos mismos me llamaron de allá y me dijeron que la cancelábamos por los paros. Ese día no había Transmilenio, no había nada. Estaba feísimo para poder transportarnos” RH

Así mismo, se identificaron estrategias que se desarrollaron en el contexto de la pandemia por SARS COV2 que han sido perpetuadas buscando facilitar el acceso a la atención en salud:

“La cita con el Dr. oncólogo se demora como 8 días. Eso fue rápido. Pues tampoco pude ir por esa misma cuestión de los paros. Fue la semana pasada. Entonces el me la hizo por el teléfono”RH

.

### **Barreras educativas**

En cuanto a las barreras educativas comprenden factores tanto del personal de salud como del paciente y su entorno que dificultan la realización de estudios necesarios y se incluyen dentro de estas barreras la no identificación de síntomas y signos por parte del paciente para el acceso a los servicios de salud y la falta de búsqueda o identificación de los mismos por parte del personal de salud:

“[En esos meses que se sentía mal] No consulté a la EPS ni nada. Pues había pedido cita para mis medicamentos de la tensión y todo eso, pero de resto no más” RR

“Yo resulté con mucho dolor de estómago y mucha diarrea. La diarrea era negra [ Estuve más o menos quince días en la casa] y ya por último me puse amarilla. Ya mis hijos al verme amarilla me llevaron por urgencias” MIS

“pues yo no sé, cuando empezó la pandemia yo me cuidaba mucho con los tapabocas y alcohol y todo. Me los ponía así, y a veces le echaba la culpa a eso de la maluquera” HBM

### **Barrera por la historia natural de la enfermedad**

Sin embargo, la barrera más frecuentemente encontrada dentro de los participantes entrevistados para este trabajo es la historia natural de la enfermedad y la larga evolución de las lesiones malignas gástricas con curso indolente, con aparición de síntomas inespecíficos lo que retrasa la consulta inicial y la identificación de un posible problema:

“No señora, eso fue de un momento a otro que me comenzó ese malestar [Nunca antes había presentado nada de eso]” MIS

“Antes como en el 2001 me operaron del útero y de la vejiga. Esa vez sí me sentí malita, malita. Pero no así, no como ahora” RR

“De pronto alguna vez sentí como agrieras, pero muy pocas veces. De pronto cuando comía ají” RH

### 8.3 Rutas de diagnóstico

Durante la exploración de la ruta diagnóstica en nuestra población identificamos dos vías de acceso principales al diagnóstico: el ingreso por servicios hospitalarios y de urgencias y el diagnóstico a través de servicios ambulatorios de salud. Dentro de los pacientes entrevistados no se encontró como ruta diagnóstica la realización de pruebas de detección tempran.

En cuanto a las rutas de diagnóstico que se identificaron en esta población encontramos que tres de los pacientes entrevistados alcanzaron el diagnóstico de cáncer gástrico mediante el ingreso a servicio de urgencias completando la realización de los estudios imagenológicos durante el mismo ingreso hospitalario y dando seguimiento ambulatorio institucional a la espera de confirmación histopatológica para definir el curso terapéutico.

Cabe resaltar que para estos casos en particular no fue posible la identificación de retrasos o dificultades previas en la atención que fueran reportadas por los participantes durante las entrevistas realizadas

En los restantes tres casos, el diagnóstico se llevó a cabo mediante la consulta a servicios de atención ambulatorio, con periodos de tiempo más prolongados comprendiendo de varias semanas a meses para lograr la confirmación del diagnóstico y completar los estudios de estadificación. Incluso, en dos de estos casos no se contaba con la totalidad de estudios ni con la conducta terapéutica definida al momento de la recolección de los datos ni la realización de las entrevistas, sin que este retraso fuese demarcado por parte de los participantes como consecuencia de alguna barrera en particular salvo por la barrera epidemiológica referenciada previamente.

#### 8.4 Conocimiento y perspectivas de la enfermedad

Para el eje del conocimiento y el entendimiento de la enfermedad encontramos tres categorías diferentes que denominamos como sentimientos asociados a la enfermedad, entendimiento de la enfermedad y el curso de la misma y mecanismos para sobrellevar el diagnóstico.

En cuanto al entendimiento y el conocimiento de la enfermedad se obtuvieron relatos diversos comprendiendo desde un conocimiento aceptable de la enfermedad y el curso del tratamiento:

“[Ya con el diagnóstico] comenzaron los tramites. Fui al hospital donde me empezaron la quimioterapia y después a la cirugía y ahí me mandaron cuatro quimioterapias más que ya terminé el sábado [...] Ahora tengo que continuar con el oncólogo. Me dio la cita para tres meses y tengo que sacar unos exámenes unos 20 días antes” WGH

Sin embargo, dentro de nuestra población también es posible identificar el desconocimiento o la falta de entendimiento de la enfermedad que puede comportarse a su vez como una barrera educativa adicional al dificultar la continuidad del tratamiento:

“Tengo una masita al lado del hígado que creo que esa fue la que me salió cancerosa y fuera del sangrado interno que tengo por la gastritis [...] pues hasta ahorita no he tenido ningún diagnóstico” MIS

Como parte del entendimiento de la enfermedad se identifican sentimientos asociados al diagnóstico de cáncer gástrico y que generalmente asocian a sentimientos negativos como preocupación o desesperanza especialmente en casos de antecedentes familiares previos con diagnósticos de patología neoplásica maligna:

“Lo de mi hermana me hace dar mucho estrés que le duele, que come algo y le duele y eso me hace dar nervios a mi entonces a uno le da como preocupación [...] hay momentos, hay momentos en los que me siento como triste, como acongojada, pero vuelvo y saco ánimo y pues la compañía de mis hijos, ellos están pendientes a mí como que me hace coger fuerzas y pensar en las cosas positivas entonces eso me sirve harto, pero pues doctora siempre eso es duro. ya tengo la experiencia de mi hermana “RH

### 9. Discusión

El cáncer gástrico es una de las patologías neoplásicas de mayor a incidencia a nivel mundial llegando a considerarse una patología de interés en salud pública siendo responsable de más de un millón de casos nuevos y 769,000 muertes de acuerdo con GLOBOCAN 2020(22) y

un problema de salud pública en el país debido a las tasas de incidencia y mortalidad siendo la primera causa de muerte de etiología maligna para ambos sexos con el 14,1% de las muertes por cáncer (1) . Adicionalmente existen características epidemiológicas en común con los hallazgos reportados en el presente trabajo como la localización tumoral no cardial, el tipo histológico y la edad de presentación comprendida principalmente entre la sexta y la octava década de la vida, siendo rara su presentación antes de los 30 años(23,24) lo que se comparte también en la población incluida para este trabajo

Para el caso de Colombia y en particular en nuestra población encontramos que la gran parte de los diagnósticos se realizan en estadios avanzados de la enfermedad requiriendo de terapia multimodal con detrimento de las tasas de sobrevida siendo una de las primeras causas de mortalidad por cáncer en el país(1,9,24)

Existen diferentes publicaciones tanto en la literatura nacional(16,17,25) como internacional(15,19) que buscan identificar y caracterizar las barreras y facilitadores en el diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico propendiendo por una detección temprana y la consecuente disminución en la mortalidad como ha ocurrido en países como Korea y Japón donde se han identificado tasas de reducción de la mortalidad hasta en un 40% con estrategias de detección masiva(23)

Las barreras de acceso en salud son inherentes al sistema de salud local y para el caso en particular de Colombia encontramos que se han descrito barreras administrativas, institucionales, culturales y de educación(25) las cuales se identifican también, en mayor o menor medida en este trabajo.

Las barreras administrativas se definen como la falta de oportunidad y continuidad para el diagnóstico y tratamiento secundario a la dificultad para obtención de citas o procedimientos y la necesidad de autorizaciones haciendo a los pacientes susceptibles a maniobras dilatorias(17,25) . Una de las barreras administrativas más reconocida es el estado de afiliación a seguridad social llevando incluso a diferencias en las tasas de mortalidad y tiempo de sobrevida de los pacientes en nuestro país (9,25) Sin embargo, dado que la población atendida en el Hospital Universitario Mayor corresponde a pacientes con afiliación al sistema de salud y seguridad social, la población incluida dentro de este estudio se trataba en su totalidad a pacientes afiliados al sistema de seguridad social como parte del régimen

contributivo y no fueron reportadas de forma directa este tipo de barreras. De hecho, en la experiencia de los pacientes entrevistados las autorizaciones exigidas por las aseguradoras no son generadores de retraso para la atención en salud. Sin embargo, son aún identificables en la diferencia en los lapsos de tiempo transcurridos en los diagnósticos realizados mediante los servicios de salud ambulatorios que fueron de semanas a meses en comparación con los estudios realizados en servicios de urgencias. Este tipo de barrera se hace aún más evidente en el relato donde es necesario un cambio en EAPB para poder acceder a los servicios de salud retrasando la consulta inicial hasta cuatro meses de acuerdo con lo referido.

Las barreras institucionales hacen referencia a la oferta y la facilidad con la que se accede a los servicios en salud para el diagnóstico en cáncer gástrico y comprende la disponibilidad de recursos físicos y humanos de las instituciones de salud disponibles y es dependiente de las condiciones en las que se presta el servicio de salud y el régimen en seguridad social(25) Sin embargo, dentro de las entrevistas recabadas no fue posible identificar dichas barreras dado que los servicios solicitados y utilizados se realizaron dentro de la misma institución .

En cuanto a las barreras económica comprenden tanto la carencia de recursos para acceder a los servicios de salud incurriendo en gastos como transporte o ausentismo laboral e incluso a la desviación de recursos económicos del núcleo familiar para acceder a la atención en salud. Si bien estas barreras no se identificaron de forma directa en nuestra población si es posible identificar la desviación de recursos a consultas médicas particulares y la carencia de recursos que impulsó a uno de los sujetos a regresar al sistema de seguridad social y salud para la atención médica siendo parte también de las barreras administrativas que obliga a buscar acceso a los servicios de salud por fuera del sistema de salud y seguridad social.

Las barreras culturales generalmente hacen referencia a creencias, costumbres y valores que retrasan la búsqueda de atención médica frente a la aparición de síntomas. Dentro de estas se incluyen la automedicación para el alivio de la sintomatología y el uso de medicina alternativa o remedios naturales(17) sin que se hayan identificado este tipo de barreras dentro de la población incluida en este estudio.

En cuanto a las barreras de educación se deben tener en cuenta dos factores: el paciente y el personal de salud. Es una barrera de educación en el paciente la falla en la identificación de la severidad de los síntomas produciendo un retraso en la búsqueda de atención médica y en

el personal de salud la falta de identificación de los síntomas, debido a su naturaleza inespecífica dilatando la realización de estudios diagnósticos que permitan dar con el diagnóstico (17,19,25) como ocurre en el caso de la asociación de sintomatología al uso de tapabocas en contexto de la pandemia por SARS COV2 o la omisión por parte de la paciente de su sintomatología dentro de la consulta de medicina general de control de patologías de base como la hipertensión

Dentro de las encuestas realizadas parece ser el factor principal la educación en el paciente y el retraso en la búsqueda de atención médica inicial que se realiza generalmente ante la presencia de sintomatología mucho más significativa conllevando a un diagnóstico tardío. Sin embargo, es llamativo que se haya presentado dentro de los casos presentados en este trabajo la asistencia a servicios de salud sin que estos síntomas hayan sido identificados tanto por el paciente como por el médico durante la atención primaria como se menciona previamente.

Adicional a las barreras previamente descritas en la literatura, durante las entrevistas realizadas fue posible identificar nuevas barreras que no habían sido previamente reportadas para el caso particular del cáncer gástrico y que denominamos como Barreras de acceso en salud sociales y epidemiológicas dado que durante los meses de Abril a Julio del año 2021 y en contexto del tercer pico epidemiológico por infección de SARS COV2 tuvo lugar el Paro Nacional con amplias manifestaciones en la ciudad de Bogotá y consecuente gran afectación para la movilidad, el funcionamiento del sistema de transporte público e incluso la seguridad ciudadana y, como se vio reflejado en las entrevistas produjo el retraso de la atención médica en alguno de los casos aquí reportados .

Otro de los factores predominantes en el retraso de la atención médica es el carácter silente de la enfermedad hasta estadios avanzados. Es conocido que dentro de la historia natural de la enfermedad se producen una serie de sucesos biológicos hasta el desarrollo del cáncer gástrico a lo largo de décadas, pasando por una fase asintomática de la enfermedad caracterizada por la presencia del cáncer en ausencia de síntomas (5,24) y reflejado en el hecho de que hasta el 90% de los diagnósticos se realizan en estadios avanzados de la enfermedad aun cuando no se identifiquen retrasos en el diagnóstico con relación al inicio de la sintomatología (19) como se evidencia en lo referido por los pacientes.

## Limitaciones

Si bien el presente trabajo corrobora la existencia de barreras de acceso en salud tiene varias limitaciones que amerita mencionar. En primer lugar, se cuenta con un número limitado de entrevistas realizadas en las que se alcanzan a identificar las barreras previamente mencionadas.

Adicionalmente y como ya se mencionó la población del Hospital Universitario Mayor corresponde a población afiliada al sistema de salud y seguridad social por lo que sería deseable evaluar las barreras de acceso en salud también en la población sin afiliación.

Otra de las dificultades identificadas a la hora de la realización de este estudio supone la identificación en retrospectiva de síntomas tempranos y recolección de información pasada por parte de los pacientes acarreado un importante sesgo de memoria a la hora de presentar los resultados

## **10. Conclusión**

El cáncer gástrico es una de las patologías neoplásicas malignas de interés en salud pública en nuestro país debido a la alta incidencia e importante mortalidad lo que hace fundamental conocer las barreras de acceso en salud para su diagnóstico y tratamiento oportuno.

El estudio corrobora la existencia de diferentes barreras de acceso aún en población con aseguramiento en salud identificamos la mayor problemática en el curso indolente de la enfermedad de acuerdo a su historia natural principalmente en los estadios iniciales de la enfermedad.

Pese a tratarse de un estudio en población con aseguramiento en salud persiste la presencia de barreras de índole administrativa y el retraso para la obtención del diagnóstico mediante el uso de los servicios de salud en el ámbito ambulatorio al compararlo con la atención en salud en los servicios de urgencias por lo que esta última se identificó como la ruta de diagnóstica predominante en este trabajo.

Adicionalmente se identificó la barrera de salud de tipo educativa tanto en los pacientes como la falla en la identificación de síntomas que desencadenen la búsqueda de atención como en

el personal de salud ante la búsqueda e identificación de dicha sintomatología y una nueva barrera de atención en salud desencadenada por el contexto mundial de la pandemia por el virus del SARS COV2 que no se encuentra reportada previamente en esta patología.

Así mismo se documentaron algunos facilitadores adoptados tanto por pacientes como por instituciones como lo son el desarrollo de atención mediante telemedicina y el uso de recursos propios como método para disolver los retrasos del sistema de salud lo que, a su vez, se comporta también como una eventual barrera de atención de índole económica.

## **11. Recomendaciones**

El cáncer gástrico continúa siendo una patología de interés en salud pública dada la alta incidencia en nuestro país y la carga de enfermedad que este acarrea y, teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad y el curso asintomático de la misma durante los estadios iniciales de la enfermedad resalta la necesidad de fortalecer las estrategias educativas en la población general y el personal de salud para la detección a tiempo de la sintomatología y la derivación adecuada para el diagnóstico y adicionalmente plantea la necesidad de evaluar estrategias de tamización masiva como se han implementado en otros países de alta incidencia de esta enfermedad

Es necesario continuar indagando a cerca de las barreras de acceso en salud para el diagnóstico y el tratamiento oportuno del cáncer gástrico en búsqueda de estrategias que permitan optimizar el diagnóstico oportuno y mejorar la sobrevida de los pacientes

## 12. Referencias

1. Pardo C, Cendales R. Estimaciones de incidencia y mortalidad para los principales cinco tipos de cáncer en Colombia, 2007-2011. Colombia Médica [Internet]. 2018;49(1):16–22. Available from: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/3596/3481>
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2018;
3. Karimi P, Islami F, Anandasabapathy S, Freedman ND, Kamangar F. Gastric Cancer: Descriptive Epidemiology, Risk Factors, Screening, and Prevention. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev [Internet]. 2014 [cited 2018 Sep 30];23(5):700–13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez.urosario.edu.co/pmc/articles/PMC4019373/pdf/nihms-574508.pdf>
4. Davis PA, Sano T. The difference in gastric cancer between Japan, USA and Europe: What are the facts? What are the suggestions? Vol. 40, Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2001.
5. Correa P. Cáncer gástrico: una enfermedad infecciosa. Revista Colombiana de Cirugía. 2011;26:111–7.
6. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de Cáncer en Colombia 2007-2011. Vol. 1, Instituto Nacional De Cancerología. 2015. 148 p.
7. Sitarz R, Skierucha M, Mielko J, Offerhaus GJA, Maciejewski R, Polkowski WP. Gastric cancer : epidemiology , prevention , classification , and treatment. Cancer Manag Res. 2018;10:239–48.
8. Acuña Lizbeth, Sánchez Patricia, Uribe Daniel VO. Situación del cáncer en Colombia 2015. 2015. 39–40 p.
9. de Vries E, Uribe C, Pardo C, Lemmens V, van de Poel E, Forman D. Gastric cancer survival and affiliation to health insurance in a middle-income setting. Cancer Epidemiology. 2015;39(1):91–6.
10. Dwivedi AK, Dwivedi SN, Deo S, Shukla R, Pandey A, Dwivedi DK. An epidemiological study on delay in treatment initiation of cancer patients. Health N Hav. 2012;04(02):66–79.
11. Tiwari V, Yogi V, Ghori HU, Singh OP, Peepre K, Yadav S, et al. Identifying the factors causing delayed presentation of cancer patients to a government medical college of central India. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015;9(9):XC14–5.
12. Gómez Zuleta M, Otero Regino W, Ruiz Lobo X. Factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes colombianos. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2009;24(2):134–43.

13. Pasechnikov VD. Gastric Cancer : Diagnosis, Early Prevention, and Treatment. New York: Nova Science Publishers, Inc; 2010. (Cancer {Etiology}, {Diagnosis} and {Treatments}).
14. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. AJCC Cancer staging Manual. American Joint Committee on Cancer. Springer; 2010.
15. Mazidimoradi A, Momenimovahed Z, Salehiniya H. Barriers and Facilitators Associated with Delays in the Diagnosis and Treatment of Gastric Cancer: a Systematic Review. *Journal of Gastrointestinal Cancer*. Springer; 2021.
16. Amado-Niño AM, Mantilla-Villabona LY, Ospina-Galeano DC, Marturana-Martinez DMA, Uribe-Perez CJ. Barreras para la atención en salud durante el diagnóstico y el tratamiento del cáncer gástrico. *MedUNAB*. 2017;19(3):211–20.
17. Uribe Pérez CJ, Amado Niño AM, Rueda Patiño AM, Mantilla Villabona LY. Barreras para la atención en salud del cáncer gástrico, Santander, Colombia. Etapa exploratoria. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2019 Apr 1;34(1):17.
18. Filho MFB, Santana ME de, Mendes CP, Jesus Costa D de, Santos CAAS dos, Araújo MFM de, et al. Cultural, social, and healthcare access factors associated with delays in gastric cancer presentation, diagnosis, and treatment: A cross-sectional study. *Journal of Cancer Policy*. 2021 Jun 1;28.
19. Ju MR, Alterio RE, Sawas T, Zeh HJ, Wang SC, Porembka MR. Gaps in Providers' Knowledge Delays Gastric Cancer Diagnosis. *Journal of Gastrointestinal Surgery* [Internet]. 2022;(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s11605-021-05209-5>
20. 64 Asamblea General, Fortaleza, Brazil octubre 2013. DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM – PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS [Internet]. 2013. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
21. Ministerio de Salud. Resolucion número 8430 de 1993. 1993.
22. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021 May;71(3):209–49.
23. Piazuolo MB, Correa P. Gastric cancer: Overview. *Colombia Médica* [Internet]. 2013;44(3):192–201. Available from: <http://globocan.iarc.fr>
24. Oliveros R, Pinilla RE, Navia HF, Oliveros R. Gastric cancer is a preventable disease: Strategies for intervention in its natural history. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2019 Apr 1;34(2):177–89.
25. Amado-Niño A, Mantilla L, Ospina D, Uribe J. Barreras Para La Atención En Salud Durante El Diagnostico Y Tratamiento Del Cancer Gastrico. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2019;34(1):17–22.

### 13. Anexos

#### Anexo 1. Entrevista semi estructurada

CONCEPTO	DIMENSIONES	PREGUNTAS
Ruta de diagnóstico y tratamiento	Proceso de diagnóstico	¿Cómo fue todo el proceso del diagnóstico?
		¿Cómo fue el inicio de la enfermedad?
		¿Cuánto tiempo estuvo con síntomas antes del diagnóstico?
		¿Cómo fue la realización de los estudios?
		¿Cuánto tiempo pasó hasta lograr el diagnóstico?
	Acceso al tratamiento	¿Cómo fue la atención y la consecución de valoraciones?
		¿Qué tratamiento ha recibido hasta este momento?
		¿Cómo ha sido el proceso de obtención de citas y autorizaciones?
Barreras de acceso	Administrativas	¿Qué problemas o dificultades ha tenido durante todo el proceso del diagnóstico y el tratamiento?
		¿Ha tenido dificultades con su EPS o su afiliación? ¿Cuáles?
		¿Ha habido demoras en la atención por trámites de autorizaciones o por su aseguradora? ¿Cuales?
	Económicas	¿Ha tenido algún problema de tipo económico para acceder a los servicios de salud?
	Sociales o Culturales	¿Con qué apoyo social o familiar ha contado durante el proceso de la enfermedad?

		¿Ha buscado o recibido algún tratamiento diferente a la medicina tradicional?
Perspectivas y sentimientos frente al diagnóstico	Conocimiento de la enfermedad	¿Cómo fue la información al diagnóstico?
		¿Qué entendía en ese momento con respecto a la enfermedad?
	Sentimientos asociados con la enfermedad	¿Qué sentimientos se asociaron en ese momento con su diagnóstico?
		¿Qué sentimientos asocia ahora con la enfermedad?

**Nota:** Las preguntas consignadas en la entrevista semiestructurada serán modificadas buscando la narrativa libre de los participantes, así como la profundización en las categorías y temas de mayor relevancia para el estudio a medida que se recolecten los datos descritos.

## **Anexo 2. Formato de recolección de datos**

<b>Formato Recolección de datos sociodemográficos y características clínicas para pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico llevados a gastrectomía en el Hospital Universitario Mayor Méderi</b>	
Características Sociodemográficas	
1. Edad	
2. Sexo	
3. Natural	
4. Procedencia	
5. Área de Residencia	

6. Régimen en Salud	
6.1 Administradora de servicios de salud	
7. Estrato socioeconómico	
8. Nivel Educativo	
Características Clínicas	
10. Inicio de los síntomas	
11. Sintomatología inicial	
12. Sintomatología adicional	
13. Fecha de consulta inicial	
14. Antecedentes familiares de cáncer gástrico	
15. Tabaquismo	
16. Alcoholismo	
17. Fecha de realización del estudio endoscópico	

18. Fecha de confirmación histopatológica	
19. Clasificación Histológica	
19. Estadio al momento del diagnóstico	
20. Realización de estudios de extensión	
21. Fecha de intervención quirúrgica	

### **Anexo 3. Consentimiento informado**

Barreras de acceso al sistema de salud colombiano en casos de cáncer gástrico: Experiencia de los pacientes llevados a gastrectomía en un hospital de IV nivel en Bogotá.

#### **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

- Por favor, lea cuidadosamente esta información sobre el estudio de investigación “Barreras de acceso al sistema de salud colombiano en casos de cáncer gástrico: Experiencia de los pacientes llevados a gastrectomía en un hospital de IV nivel en Bogotá.”
- Siéntase en completa libertad de preguntar al personal del estudio todo aquello que no entienda

- Una vez haya comprendido la información, se le preguntará si desea participar en el estudio. En caso afirmativo, deberá firmar este documento y recibirá una copia.

### **DESCRIPCIÓN GENERAL**

Se trata de un estudio de investigación de tipo descriptivo que busca comprender la experiencia de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico para acceder al tratamiento de la enfermedad.

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir la experiencia de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico que serán llevados a gastrectomía en el Hospital Universitario Mayor para lograr el diagnóstico de su enfermedad y acceder al tratamiento pertinente.

### **¿POR QUÉ FUE USTED ELEGIDO PARA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?**

Porque es importante conocer y comprender la experiencia de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico durante el proceso de diagnóstico y acceso al tratamiento de la enfermedad

### **RIESGOS Y BENEFICIOS**

Este estudio no representa ningún riesgo para usted en particular ni supone tampoco un beneficio, sin embargo, la información recabada durante el estudio permitirá comprender la experiencia de los pacientes durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad así como identificar y profundizar en las posibles barreras de acceso al sistema de salud reportadas por los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico que serán llevados a manejo quirúrgico y posibles oportunidades de mejora durante el proceso de atención.

Si usted decide no participar del estudio, no se alterará ninguna conducta en cuanto al tratamiento previamente establecido y se continuará con la atención sin ninguna repercusión.

### **¿CÓMO SERÁ SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO?**

1. Una vez usted haya decidido participar y firmar el consentimiento informado, se continuará su atención hospitalaria por parte del personal de la institución.

2. Previo a la realización de la intervención quirúrgica, se realizará una entrevista con el fin de conocer su experiencia propia en el proceso de la enfermedad hasta el diagnóstico del cáncer gástrico y la programación del procedimiento quirúrgico. Dicha entrevista será consignada y grabada en medio digital para posterior transcripción de la información y análisis de los datos.
3. Una vez finalizada la entrevista usted continuará el manejo hospitalario óptimo previamente establecido por el grupo institucional

### **GARANTÍAS DE SU PARTICIPACIÓN**

La información se mantendrá bajo estricta confidencialidad y no se utilizará su nombre o cualquier otra información que pueda identificarlo personalmente

### **MANEJO DE LOS DATOS DE INVESTIGACIÓN**

La información se mantendrá bajo estricta confidencialidad y no se utilizará su nombre o cualquier otra información que pueda identificarlo personalmente. Toda la información que se obtenga de este estudio de investigación se utilizará únicamente con el propósito que aquí se comenta. Los investigadores de este estudio son los únicos autorizados para acceder a los datos que usted suministre. Los datos solo podrán ser utilizados por la Universidad Del Rosario. Si usted lo desea, le informaremos de los resultados obtenidos en el estudio y también podrá contactar al personal del estudio e informarnos de cualquier situación anormal o inesperada en cualquier momento.

### **ACEPTACIÓN**

Por favor marque con una “X” en caso de que acepte o no acepte lo siguiente:

<b>Autorizo a los investigadores del estudio “Barreras de acceso al sistema de salud colombiano en casos de cáncer gástrico: Experiencia de los pacientes llevados a gastrectomía en un hospital de IV nivel en Bogotá” para:</b>	<b>ACEPTO</b>	<b>NO ACEPTO</b>
Realizar los procedimientos descritos en este documento, necesarios para la realización del estudio de investigación		

Comunicarse conmigo para invitarme a participar de otros estudios de investigación.		
---	--	--

**PARTICIPANTE**

Firma		
Nombre		
No Identificación		
Fecha		HUELLA

**TESTIGO 1**

Firma	
Nombre	
No Identificación	
Fecha	
Relación con el participante	

Dirección del testigo
--------------------------

## TESTIGO 2

Firma	
Nombre	
No Identificación	
Fecha	
Relación con el participante	
Dirección del testigo	

## ESPACIO RESERVADO PARA EL INVESTIGADOR

En nombre del estudio “Barreras de acceso al sistema de salud colombiano en casos de cáncer gástrico: Experiencia de los pacientes llevados a gastrectomía en un hospital de IV nivel en Bogotá” me comprometo a guardar la identidad de \_\_\_\_\_ como participante. Acepto su derecho a conocer el resultado del estudio y a retirarse de estudio a su voluntad en cualquier momento. Me comprometo a manejar los resultados de esta evaluación de acuerdo con las normas para realización de investigación en Colombia (Resolución 8430 de 1993 y Resolución 1581 de 2012).

Firma	
-------	--

Nombre	Laura Ximena Covelli Salazar
No Identificación	C.C 1.020.758.389
Fecha	

### ¿INFORMACIÓN O PREGUNTAS ADICIONALES?

En caso de cualquier inquietud, sugerencia o deseo de salir del estudio usted se puede comunicar directamente con:

LAURA XIMENA COVELLI SALAZAR

Universidad del Rosario – Méderi Hospital Universitario Mayor

Calle 24 No. 29 – 45

Teléfonos: 311 2842352

E- mail: lau.covelli@hotmail.com

Investigadora Principal

### Anexo 4. Tabla de Variables

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Escala	Unidades o categorías
<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>				
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente al	Cuantitativa	Continua	Años

	momento de la entrevista			
Sexo	Condición biológica y genética que define un ser individuo de acuerdo a características específicas en femenino o masculino	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Natural	Lugar de nacimiento del paciente	Cualitativa	Nominal	Nombre del municipio, Departamento
Procedente	Lugar de residencia del paciente	Cualitativo	Nominal	Nombre del municipio, Departamento
Área de Residencia	Si el domicilio del paciente se encuentra localizado en un centro urbano o en un área rural	Cualitativo	Nominal	Rural Urbano

Régimen en salud	Tipo de afiliación del paciente al sistema de seguridad social colombiano	Cualitativo	Nominal	Contributivo Subsidiado Régimen Especial Particular Otro
EPS	Entidad promotora de salud a la cual se encuentra afiliado el paciente	Cualitativo	Nominal	
Estrato socioeconómico	Clasificación de la vivienda de acuerdo con la estratificación de la capacidad de pago de acuerdo con el DANE	Cuantitativo	Discreta	1 2 3 4 5 6
Nivel Educativo	Grado máximo de educación formal que alcanzó el paciente	Cualitativo	Nominal	Ninguno Preescolar Primaria Bachillerato Técnico Profesional Posgrado

<b>CARACTERISTICAS CLINICAS</b>				
Inicio de los síntomas	Hace cuanto tiempo iniciaron los síntomas relacionados con el diagnóstico de cáncer gástrico	Cualitativa	Nominal	Días, Meses o Años
Sintomatología inicial	Síntoma que motivó la realización del estudio endoscópico	Cualitativa	Nominal	Sangrado digestivo Dispepsia Dolor abdominal Rutina
Sintomatología adicional	Síntomas que podrían estar en relación con el diagnóstico	Cualitativa	Nominal	Sangrado digestivo Dispepsia Dolor abdominal
Fecha de consulta inicial	Hace cuánto tiempo consultó por primera vez por síntomas relacionados con el diagnóstico	Cualitativa	Nominal	Días, meses o años
Antecedentes familiares	Presencia en la familia de cáncer gástrico hasta en	Cualitativa	Nominal	Si No

	2do grado de consanguinidad			
Tabaquismo	Uso o antecedente de consumo de cigarrillo	Cualitativa	Nominal	No Activo Previo
Alcoholismo	Uso o antecedente de consumo de alcohol	Cualitativa	Nominal	No Activo Previo
Fecha de realización de estudio endoscópico	Fecha del estudio endoscópico mediante el cual se realiza el diagnóstico	Cuantitativa	Discreta	Día/Mes/Año
Estudios endoscópicos previos	Si se habían realizado estudios endoscópicos previos al diagnóstico	Cualitativa	Nominal	Si No
Fecha de estudios endoscópicos previos	Fecha del estudio endoscópico previo al diagnóstico	Cuantitativa	Discreta	Día/Mes/Año
Fecha de confirmación de histopatológica	Fecha en que se recibe la confirmación	Cuantitativa	Discreta	Día/Mes/Año

	histopatológica del diagnóstico			
Estadio en el momento del diagnóstico	Estadio clínico de la enfermedad al momento de la enfermedad, expresada de acuerdo con el TNM	Cualitativa	Nominal	Estadio O Estadio IA Estadio IB Estadio IIA Estadio IIB Estadio IIIA Estadio IIIB Estadio IV
Fecha de intervención quirúrgica	Fecha en la que se realiza intervención quirúrgica	Cuantitativa	Discreta	Día/Mes/Año
Valoración oncología	Indicación de valoración por oncología	Cualitativa	Nominal	Si No
Fecha de primera valoración por oncología	Fecha en la que fue valorado por un especialista en oncología	Cuantitativa	Discreta	Día/Mes/año