

Plan Quirúrgico Oncológico durante la pandemia covid 19, una experiencia de cuidado humano. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia Venezuela, año 2020.

Wilmery Milagros Miranda Barbera ⁽¹⁾; Fanny Coromoto Barbera Gutiérrez ⁽²⁾

DOI: <https://zenodo.org/records/11438413>

¹ especialista en Cirugía General y Laparoscópica, Ciudad Hospitalaria "Enrique Tejera".
Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-1877-3023>

CONTACTO

Telf. +58 4124003182
wmmirandab@gmail.com

² Doctora en Enfermería, Profesor Titular Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.
Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-1127-153X>

CONTACTO

Telf. +58 4144304689
fcbarberag@gmail.com

Recibido: 20 Julio 2023
Aceptado: 15 de diciembre 2023
Publicado: 15 de enero 2024

RESUMEN

La cirugía oncológica temprana es una condición asociada con la supervivencia del paciente, cuyo cumplimiento depende de diversos factores, entre estos la accesibilidad al servicio de salud, factor afectado por las medidas de contingencia tomadas durante la pandemia Covid19. De ahí que, el objetivo general del estudio fue determinar los resultados del plan quirúrgico oncológico realizado durante la pandemia Covid19, como una experiencia de cuidado humano de la Ciudad Hospitalaria "Enrique Tejera", año 2020. El diseño de investigación fue descriptivo transversal. Se determinó que se realizaron un total de 65 cirugías oncológicas electivas, predominando las estaficadoras de mama y cáncer de cuello uterino, colostomía y hemicolectomía; la mayoría de los pacientes estuvieron en el tiempo ideal entre el diagnóstico y la cirugía. Concluyéndose que, el plan constituyó un aporte de cuidado humano a los pacientes oncológicos, facilitando la superación de las limitaciones de accesibilidad a la cirugía durante la pandemia.

Palabras Clave: planificación, pandemia, covid19, accesibilidad, cuidado humano, oncología quirúrgica.

Oncological Surgical Plan during the covid19 pandemic, an experience of human care. Hospital City Dr. Enrique Tejera, Valencia Venezuela, year 2020.

ABSTRACT

Early oncological surgery is a condition associated with patient survival, compliance with which depends on various factors, including accessibility to the health service, a factor affected by the contingency measures taken during the Covid19 pandemic. Hence, the general objective of the study was to determine the results of the oncological surgical plan carried out during the Covid19 pandemic, as an experience of human care at the Ciudad Hospitalaria "Enrique Tejera", in 2020. The research design was cross-sectional descriptive. It was determined that a total of 65 elective oncological surgeries were performed, with a predominance of staging surgeries for breast and cervical cancer, colostomy and hemicolectomy; most of the patients were in the ideal time between diagnosis and surgery. concluding that the plan constituted a contribution of human care to cancer patients, facilitating the overcoming of the limitations of accessibility to surgery during the pandemic.

Keywords: planning, pandemic, covid19, accessibility, cuidado humano, oncology quirurgica.

Plano Cirúrgico Oncológico durante a pandemia de covid19, uma experiência de cuidado humano. Cidade Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia Venezuela, ano 2020.

RESUMO

A cirurgia oncológica temprana é uma condição associada à supervivência do paciente, cujo cumprimento depende de diversos fatores, entre estes a acessibilidade ao serviço de saúde, fator afetado pelas medidas de contingência tomadas durante a pandemia Covid19. De Ahí Que, El Objetivo General del Estudio Fue Determinar Los Resultados del Plan quirurgico oncológico realizado durante a pandemia covid19, Como una Experiencia de cuidado h Umano de la ciudad hospitalaria "Enrique Tejera", Año 2020. El Diseño de investigación fue descriptivo transversal. Se determinou que realizaria un total de 65 cirurgias oncológicas eletivas, predominando as estaficadoras de mama e câncer de útero, colostomia e hemicolectomia; la mayoría de los pacientes estuvieron en el time ideal between el diagnóstico y la cirugía. Concluyendo que, o plano constituiu um cuidado humano para os pacientes oncológicos, facilitando a superação das limitações de acessibilidade à cirurgia durante a pandemia.

Palavras chave: planificación, Pandemia, covid-19, acessibilidade, cuidado humano, oncologia quirúrgica.accessibility, human care, surgical oncology.



INTRODUCCIÓN.

El cáncer es un problema de salud pública, por su elevada mortalidad, y aumento continuo de la incidencia, ubicándose entre las primeras 5 causas de muertes por enfermedades no transmisibles, a nivel mundial^{1,2}. De ahí se desprende la motivación por generar el conocimiento científico y la tecnología necesaria para mejorar el tratamiento, procurando la remisión y curación del cáncer, propósito que constituye un reto mundial, ante la tasa anual de morbilidad, estimada en el 2028 en 18,1 millones de casos y 9,6 millones de muertes^{3,4}, cifra considerada alarmante.

En ese orden, diferentes estudios calculan que, el número de casos nuevos de cáncer alcanzará los 20 millones para el año 2030, de los cuales el 66 % ocurrirán en los países menos desarrollados, debido al aumento del envejecimiento^{5,6}. Entre los países más afectados, se encuentra los miembros de la Región de América Latina, donde el cáncer ocupa la segunda causa de mortalidad, con un 19 % de las muertes en promedio, previéndose que aumentara en 106 % para el año 2035⁷, causando preocupación en el equipo sanitario.

Ante lo descrito, debe considerarse que. la demanda de atención del paciente con cáncer en el sistema de salud, se extiende desde el diagnóstico, hasta el final de la vida, abarcando además el periodo de supervivencia, tiempo asociado a la localización y extensión a enfermedad^{8,9}. Aunque, se ha estimado en un promedio estándar de 5 años, calculándose para los pacientes con todos los tipos de cáncer, una supervivencia del 65%, y por encima del 70% para las localizaciones de mama, próstata, colorrectal, melanoma, cérvix, útero, testículo, Hodgkin, vejiga y tiroides¹⁰, entre las localizaciones mas frecuentes.

Al respecto, en Venezuela no se dispone de publicaciones recientes sobre tasas de sobrevivencia, pero el aumento de la mortalidad por cáncer, permite inferir que el tiempo pudiera estar por debajo del estándar, debido a la compleja situación económica del país, caracterizada por efectos adversos en el sector salud, debido a la baja asignación fiscal y otros factores de orden macroeconómico¹¹⁻¹². Tal situación, conlleva a un contexto de limitaciones en la prestación de los

servicios de oncología, advirtiéndose que, mientras los países de ingresos altos han disminuido el 21 % de las muertes tempranas por cáncer, los países de ingresos bajos solo la han reducido el 6%¹³, diferencia numéricamente importante.

Adicional a lo planteado, se suma la disminución de al menos 50 % de las intervenciones quirúrgicas electivas en los servicios de cirugía oncológica de los hospitales públicos del país, debido a las precarias condiciones hospitalarias, el deterioro de las infraestructuras y la obsolescencia de los equipos e instrumentos¹⁴. Lógicamente, dicha deficiencia, repercute en el tratamiento oncológico de las neoplasias sólidas, ya que, en estas neoplasias mediante la resección en estadios temprano, se posibilita el control local, una condición fundamental para la remisión y curación del cáncer¹⁵, considerándose la cirugía oncológica un tratamiento vital.

Es de hacer notar que, las limitaciones del sistema de salud en materia de atención oncológica, incluyendo cirugía, se refleja en un indicador de relación entre mortalidad e incidencia por cáncer en Venezuela (RMI), que para el 2017 se establecía en 0,58, cifra calificada como elevado¹⁴. Y es ahí donde la cirugía oncológica cumple un papel fundamental, ya que la resección quirúrgica produce el 62% de las curaciones²³, tasa que se aprecia relevante.

Al respecto se sostiene que, en ausencia de enfermedad sistémica, la cirugía *“es el tratamiento más eficaz de las neoplasias sólidas. Incluso en casos muy seleccionados con enfermedad metastásica, la cirugía podría controlar el tumor primario y obtener curaciones al lograr la resección de enfermedad metastásica limitada”*¹⁵. Indiscutiblemente, el éxito de la cirugía oncológica en la curación del cáncer, es asociado al diagnóstico e inicio temprano del tratamiento.

En relación con este último aspecto, el diagnóstico e inicio temprano del tratamiento, son condiciones determinantes en la supervivencia del paciente con cáncer¹⁶. Llegándose a establecer como tiempo ideal entre la búsqueda de diagnóstico y la cirugía, no más de seis a ocho semanas¹⁷. Específicamente, entre el diagnóstico y tratamiento

del cáncer de mama, cervix, próstata, estómago, el tiempo de atención estándar del tiempo de tratamiento sería 60 días, el tiempo de diagnóstico de 30 días y el tiempo de referencia de 45 días¹⁸, parámetros que marcan la pauta del abordaje médico.

Desde luego, este tiempo estándar depende de factores personales del paciente demandante del servicio, así como del sistema ofertante, por lo que, aun cuando el sistema de salud oferte los programas de atención al paciente con cáncer, el paciente demandante, deberá enfrentar un vínculo determinante, la accesibilidad¹⁹. Obviamente, para hacer uso del servicio de salud, no es suficiente la sola existencia del establecimiento, sino que influyen una serie de factores, de índole económicos, geográficos, seguridad e institucionales²⁰⁻²¹⁻²², estimándose de carácter multifactorial.

A pesar del carácter multifactorial, es competencia del equipo de salud velar por las condiciones institucionales, es decir la disponibilidad de recursos, la calidad y la cobertura del servicio, elementos actualmente críticos en el sistema de salud, dada la decadencia de la infraestructura, la disminución del número de profesionales de salud y la escasez de insumos, y medicamentos²³⁻²⁴. Precisamente, estos *“elementos contribuyen con las insuficiencias de cobertura y de acceso efectivo a los servicios públicos de salud de los hogares venezolanos, cuyos presupuestos han sido cargados con una parcela creciente de gastos en salud”*¹¹.

Como puede verse, el sistema de salud en Venezuela, atravesaba limitaciones en la accesibilidad, cuando en el 2020 surgió la emergencia sanitaria a causa de la pandemia Covid19, producida por coronavirus el SARS-CoV-2, un virus con predilección por el árbol respiratorio, que al ingresar al organismo provoca una respuesta inmune anormal, de tipo inflamatorio, con incremento de citoquinas, causando daño multiorgánico²³⁻²⁵. Esta pandemia genera una severa crisis económica y social, con graves repercusiones en los sistemas de salud, sin precedentes. Habiéndose iniciado en China a fines de diciembre 2019, en la provincia de Hubei

(ciudad Wuhan), se expandió por numerosos países, siendo declarada la pandemia por Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁶, produciendo alta demanda de atención en los diversos niveles de atención.

Sin duda, la atención del Covid19 afectó la accesibilidad al sistema de salud, particularmente los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles, incluyendo la atención al paciente oncológico²⁷. Tal afectación, resultado de magnitud importante en Venezuela, debido a situaciones relacionadas al número de médicos y enfermeros, siendo menor a 1 profesional por 1000 habitantes, además de la reducida disponibilidad de camas, menor de 1 por 1000 habitantes²⁸⁻²⁹. Condiciones que, resultan agravadas por las medidas de restricción de la movilización poblacional, afectando a los pacientes oncológicos en la búsqueda de atención médica.

Dada la situación expuesta, el personal de salud debió responder a la atención de los pacientes Covid19, y simultáneamente hacer frente a las demandas de los pacientes de las diferentes unidades de atención, una experiencia inédita, debiéndose actuar ante doble carga epidemiológica. Esta responsabilidad implica dar continuación al desarrollo de los programas de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, cuyas tasas de incidencia y prevalencia se mantienen⁴⁹, constituyendo una circunstancia de desafío institucional y profesional.

Al respecto, es conocido que, el número de casos de enfermos Covid19, colapsaron las instituciones sanitarias, obligando a las autoridades a generar estrategias para dar respuesta, asignando a algunos centros hospitalarios el rol de centinelas, a fin de brindar tratamiento a los enfermos covid19, con sintomatología moderada, grave y crítica, y seguidamente, los gerentes hospitalarios, diseñaron planes de contingencia, limitando la atención de pacientes en condiciones de emergencias, conllevando a la desatención de los pacientes con enfermedades crónicas.

Es así como, en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET), se aplican medidas de contingencia, asegurando la atención a los pacientes en situación de emergencia,

acondicionando espacios físicos y organizando guardias médicas especiales. Con respecto al servicio de cirugía, se procede a priorizar la atención de pacientes en situación de emergencia, es decir, abdomen agudo quirúrgico, heridas, quemaduras, pero consiente de la situación de riesgo de los pacientes oncológicos, se diseña un plan quirúrgico oncológico, ofreciendo el tratamiento quirúrgico a los pacientes solicitantes de atención.

Dicho plan, se desarrolla bajo la responsabilidad de los cirujanos generales y oncológicos, anesthesiólogos, residentes del postgrado de cirugía general y anesthesiología, y el personal de enfermería, todos adscritos al área quirúrgica de la institución. Ahora bien, en la búsqueda de establecer el alcance de la iniciativa, se propone la presente investigación con el objetivo de determinar los resultados del plan quirúrgico oncológico realizado durante la pandemia Covid19, como experiencia de cuidado humano de la Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera”, año 2020.

METODOLOGÍA

La investigación seguirá un diseño descriptivo transversal, estudiando el universo, conformado por los pacientes hospitalizados en el 2020, en el Servicio de Cirugía “B” de la CHET, con diagnóstico de cáncer, incluyendo todas las localizaciones. Para la recolección de datos se utilizó como fuente secundaria las historias clínicas, registrando los datos mediante una Ficha de Información, diseñada para los efectos del estudio. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS

La investigación realizada permite describir demográficamente a los pacientes sujetos de estudio, representados en su mayoría por el género femenino, con un total de 76, 92% (n 50), destacando además que, predominaron los pacientes en edad comprendida entre 40-69 años, ubicándose en este grupo de edad el 73, 83% (n 48). Con respecto a la caracterización clínica, entre los diagnósticos más presentidos destacan (Tabla N° 1), el cáncer de mama (adenocarcinoma y carcinoma), en un porcentaje de 47, 69% (n 31),

cifras seguidas por los pacientes con cáncer colon rectal 16,92% (n 11).

Tabla N° 1: Distribución de los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, según diagnóstico clínico. Año 2020.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	F. A	F. R
Adenocarcinoma de Recto	2	3,07
Adenocarcinoma de Estomago	3	4,61
Cistoadenocarcinoma de Ovario	3	4,61
Adenocarcinoma de Páncreas	1	1,53
Adenocarcinoma de Ciego	0	0
Carcinoma Ductal de Mama	17	26,15
Adenocarcinoma de Ovario	0	0
Adenocarcinoma de Mama	1	1,53
GIST	1	1,53
Carcinoma Endometrioide	1	1,53
Adenocarcinoma de Colon	5	7,69
Liposarcoma de Muslo	1	1,53
Carcinoma Epidermoide de Cuello Uterino	0	0
Carcinoma Lobulillar de Mama	2	3,07
Adenocarcinoma de Endometrio	2	3,07
Adenocarcinoma de Sigmoide	4	6,15
Carcinoma Invasor de Mama	2	3,07
Adenocarcinoma ductal de mama	9	13,84
Carcinoma Papilar Intraquístico de mama	1	1,53
Tumor Carcinoide de estomago	1	1,53
Carcinoma Epidermoide	1	1,53
Carcinoma de Cuello Cabelludo	1	1,53
Carcinoma Nasofaríngeo	1	1,53
Rabdomiosarcoma de Pared Torácica	1	1,53
Rabdomiosarcoma Retroperitoneal	1	1,53
Leiomiomasarcoma Retroperitoneal	1	1,53
Carcinoma Papilar de Tiroides	1	1,53
Carcinoma Renal	1	1,53
Carcinoma Hepatocelular	1	1,53
TOTAL	65	100

Fuente: Ficha de Datos

En cuanto al tiempo tomado entre la consulta médica y la cirugía, a los 6 meses el 58,46% (n 38) de los pacientes fueron intervenidos, y el 41, 53% (n 27) de los pacientes, tardaron entre 7 y 11 meses entre la consulta médica y la cirugía. Estas cirugías permitieron precisar como hallazgos relevantes, en cuanto a la estadificación del cáncer de los pacientes intervenidos, ubicándose mayoritariamente en los estadios IIA% y IIB 33,84% (n 21) seguido del estadio IIIB, 21,53% (n 14) (Tabla N°2).

Tabla N°2: Estadío del cáncer de los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Año 2020.

ESTADIO	F. A	F. R
<i>In situ</i>	0	0
<i>I A</i>	5	7,69
<i>I B</i>	3	4,61
<i>I C</i>	0	9,0
<i>II A</i>	9	13,84
<i>II B</i>	13	20,0
<i>II C</i>	1	1,53
<i>III A</i>	2	3,07
<i>III B</i>	14	21,53
<i>III C</i>	3	4,61
<i>IV A</i>	2	3,07
<i>IV B</i>	0	0
<i>IV C</i>	0	0
<i>I sin precisar</i>	1	1,53
<i>II sin precisar</i>	4	6,15
<i>III si precisar</i>	3	4,61
<i>IV sin precisar</i>	1	1,53
<i>Sin registro</i>	3	4,61
TOTAL	65	100

Fuente: Ficha de Datos

Vale destacar que, del total de procedimiento quirúrgicos oncológicos realizados en el 2020, el 52,30% (n 34), fueron cirugías curativas y 47,69% (n 31), cirugías paliativas. Practicándose con mayor frecuencia la mastectomía radical modificada, 44,61% (n 29), prosiguiendo en orden de frecuencia la resección local, 7,69% (n 5), la laparotomía no terapéutica 6,15% (n 4), y cirugía estatificadora, hemicolectomía y gastrectomía parcial, en un porcentaje de 4,61% (n 3) cada procedimiento (Tabla N°3).

Tabla N° 3: Procedimientos quirúrgicos realizados a los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Año 2020.

PROCEDIMIENTOS	F. A	F. R
<i>Resección Abdomino perineal</i>	2	3,07
<i>Cirugía Estatificadora</i>	3	4,61
<i>Mastectomía Radical Modificada</i>	29	44,61
<i>Resección Local</i>	5	7,69
<i>Laparotomía no Terapéutica</i>	4	6,15
<i>Laparotomía Exploratoria</i>	0	0
<i>Cuadrantectomía</i>	2	3,07
<i>Resección Laparoscópica</i>	1	1,53
<i>Vaciamiento Ganglionar</i>	2	3,07
<i>Hepatectomía</i>	1	1,53
<i>Gastrectomía Total</i>	1	1,53
<i>Colostomía</i>	0	0
<i>Coledocotomía</i>	0	0
<i>Sigmoidectomía</i>	1	1,53
<i>Hemicolectomía</i>	3	4,61
<i>Gastrectomía Subtotal</i>	3	4,61
<i>Tiroidectomía Total</i>	2	3,07
<i>Toma de biopsia</i>	1	1,53
<i>Nefrectomía Radical</i>	2	3,07
<i>Colectomía</i>	1	1,53
<i>Resección Completa</i>	1	1,53
<i>Pancreatectomía</i>	1	1,53
<i>Hepatoyeyunoanastomosis</i>	0	0
<i>Histerectomía Extrafascial</i>	0	0
<i>Procedimiento de Hartman</i>	0	0
<i>Exéresis</i>	0	0
TOTAL	65	100

Fuente: Ficha de Datos

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

El contexto de la discusión de los resultados está constituido por los diagnósticos clínicos más frecuentes identificados en los pacientes sujetos de estudio, entre lo que se destacaron el cáncer de mama, seguidos del cáncer colon rectal, frecuencia que se corresponde con las tasas de incidencias publicadas por la Sociedad Anticancerosa de Venezuela, en el boletín del año 2019¹⁵. En consecuencia, se entiende que la marcada prevalencia el género femenino encontrada en el estudio, responde tanto al perfil epidemiológico del cáncer¹⁴, como al funcionamiento propio del Servicio de Cirugía de la CHET, presto a la atención del paciente con cáncer de mamá, no así a los pacientes masculinos con cáncer de próstata, atendidos en un servicio distinto.

En cuanto a la edad, el predominio entre los 40 a 69 años, es concerniente a las localizaciones de cáncer determinadas en el estudio y las tasas de incidencias según edad, de acuerdo a lo señalado por la Sociedad Anticancerosa de Venezuela³⁰. En ese sentido, entre los 55-64 años el mayor número de casos es de cáncer de colon-recto en hombres, mientras que la mayor incidencia para el cáncer de

mama y colon-recto, ambos sexos, es entre 45-54 años; y el mayor número de nuevos casos para el cáncer de cuello uterino, es en la edad comprendida entre 35-54 años.

Sobre los tiempos entre a consulta médica y la cirugía, la mayoría de los pacientes estuvieron entre el tiempo de atención estándar del lapso, no más de seis a meses¹⁷. Sin embargo, según registros del año 2019, solo el 1% de los pacientes excedió el tiempo a más de 8 meses, mientras que, en el 2020 este grupo representó el 21,52% del total de pacientes, variación que puede explicarse con los hallazgos de Pisula y et al (2021)³¹, referido a la dificultad de los pacientes a asistir a consultas presenciales, tipo de consulta no reemplazable por medios electrónicos, ya que la especialidad de cirugía es esencialmente presencial.

Otro indicador de la variable a destacar son los estadios de cáncer diagnosticados, coincidiendo con la investigación de Barriga, Camacho, Román, Retamal, Cádiz, Gallegos y Carvajal (2021)³², conduciendo a señalar que, aun cuando la pandemia Covid19, las medidas de aislamiento social y confinamiento, incidieron en la accesibilidad de los servicios de salud de la región, la accesibilidad se conjuga con factores personales, como la necesidad de atención y la autopercepción de la enfermedad y su gravedad, pudiendo ser determinante en la búsqueda de atención médica.

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos más realizados, logran la mayor frecuencia, la mastectomía radical modificada, la resección local, la laparotomía no terapéutica, la sigmoidectomía y hemicolectomía, cónsonas con los diagnósticos clínicos y estadios encontrados. No obstante, llama la atención que en el 2019 se realizaron 95 cirugías oncológicas, mientras que, en el 2020, se practicaron 65, representando una disminución de 31,57%.

Tal disminución de las cirugías electivas, también fueron encontradas en las investigaciones de Maldonado, Caula, Planellas, Rodríguez, López, Delisau y Codina (2021)³³ y Cote, Torres, Loera, Campos, Zamora y Cerda (2020)³⁴ y Rosales, Rodríguez y Ameriso (2020)³⁵, adicionalmente, en este último estudio, no solo se encontró una disminución similar en términos porcentuales, sino que, resultado similar el predominio de la cirugía mastectomía radical modificada. Esta coincidencia, puede explicarse porque la mamá constituye una de las principales ubicaciones de cáncer, además de proporcionar mayor posibilidad de autopercepción

de la enfermedad a las personas, dado su carácter externo.

En otro orden de ideas, el resultado del plan quirúrgico oncológico, es posible analizarlo desde el propio hecho de haberse instrumentado por iniciativa de los profesionales de la salud participantes, en correspondencia con los fines del tratamiento quirúrgico de los pacientes oncológicos, en cuanto a la actuación en estadios tempranos y la predilección por las cirugías curativas, condiciones garantes de menor mortalidad, mayor calidad de vida y más años de sobrevivencia³⁶. Indudablemente, los profesionales participantes, a través del plan, manifiestan su interés por el cuidado de la vida.

Este interés, suele tener origen en la empatía de los profesionales de salud con el dolor físico y psíquico causado por la enfermedad, promoviendo se aboquen al alivio del sufrimiento, surgiendo condiciones propicias para la creación de alternativas dirigidas a la superación de las limitaciones del sistema de salud, logrando de esta forma ocuparse del cuidado humano³⁷. Y es también este interés por “cuidar de otros”, un impulso transformador de la filosofía de las organizaciones, acorde con las competencias del ser social de los profesionales y la responsabilidad de la institución de salud.

De ahí que, los resultados del plan, constituyen un medio para dar cumplimiento del encargo social de los profesionales de la salud, porque permite responder a las demandas de atención, aplicando alternativas incluyentes, particularmente en la circunstancia experimentada, donde estuvo comprometida la capacidad hospitalaria³⁸. Así, el plan quirúrgico oncológico, materializa responsabilidad y compromiso social, valores del cuidado humano, que se hacen parte de la política de salud institucional.

CONCLUSIÓN.

Se realizaron un total de 65 cirugías oncológicas electivas durante el 2020, la mayoría de los pacientes estuvieron en el tiempo ideal entre la búsqueda de diagnóstico y la cirugía, seis a ocho semanas, aunque en el 2020 el 21,52% excedió el tiempo, en contraposición al 1% en el 2019. Estas cifras indican que, el plan quirúrgico oncológico, constituye un aporte de cuidado humano a los pacientes, facilitando la superación de las limitaciones de accesibilidad a la cirugía durante la pandemia, integrando una herramienta institucional para el reconociendo el derecho a la

salud de todos pacientes, aun en situaciones de desastre natural, fortaleciendo el sistema clásico de atención a la salud, centrado en la organización del trabajo.

REFERENCIAS.

1. Wiesner C. Salud pública y epidemiología del cáncer en Colombia. *Colom. Med.* 2018; 49 (1):13-15. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v49n1/es1657-9534-cm-49-01-00013.pdf> [Consultado el 25.12. 2020].
2. Sánchez J; Cabrera A; Pérez A y Merino J. Estudio de las principales causas de muerte en Guanajay en el año. *Medisur.* 2015; 13 (3):383-390. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1727-897X2015000300008>. [Consultado el 25.12.2020].
3. De la Garza J y P Juárez. El cáncer. México: Ediciones Universidad Autónoma de Nuevo León; 2014.
4. OMS. Latest Global Cancer Data: Cancer Burden Rises To 18.1 Million New Cases And 9.6 Million Cancer Deaths In 2018. Press Release No 263 International Agency for Research on Cancer. Disponible en https://iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf [Consultado el 12.12.2020].
5. Barrios E y Garau M. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, Aspectos epidemiológicos. *An. Fac. Med.* 2017; 4 (1):7-761. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_serial&pid=2301-1254&lng=es&nrm=iso. [Consultado el 25.12.2020].
6. Lence J y Camacho R. Cáncer y transición demográfica en América Latina y el Caribe. *Rev. Cub. Salud Pública.* 2006; 32 (3) Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300010 [Consultado 4.11.2020].
7. Kielstra P. Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina. Una historia de luces y sombras. The Economist Intelligence Unit. 2017 Disponible en: www.alatro.org/images/archivos/Cancer-control-access-LatinAmerica-SPANISH.pdf +&cd=6&hl=es&ct=clnk&gl=ve. [Consultado 14.12.2020].
8. Torrens R. Atención al paciente oncológico desde la perspectiva de enfermería. España: Ediciones Fundación Dr. Antonio Esteben; 2010 Disponible en https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/elibros/atencion_paciente_oncologico_enfermeria.pdf [Consultado el 8.11.2020].
9. Pardo C y Vries E. Supervivencia global de pacientes con cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología (INC). *Rev.colomb.cancerol.* 2017; 21 (1):12-18 Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v21n1/0123-9015-rcc-21-01-00012.pdf> [Consultado el 8.11.2020].
10. Brozos E.; Vásquez F; Cueva J y Barón F. Supervivientes al cáncer de España: situación actual. Largos sobrevivientes del cáncer. Monografía. Sociedad Española de Oncología Médica. 2013 Disponible en https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOGRAFICO_SEOM_LARGOS_SUPE RVIVIENTES_I.pdf [Consultado el 25.10. 2020].
11. Carrillo A. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? *Cuad. Salud Publica.* 2018; 34 (3): e00058517 Disponible en <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n3/e00058517/p12> [Consultado 15.10.2020].
12. Echarte M; Martínez M y Zambrano O. Un análisis de la crisis económica de Venezuela desde los postulados de la Escuela Austríaca de Economía. *Rev. Lasallista Investig.* 2018; 15 (2):68-82 Disponible en www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0014-1800200068+&cd=7&hl=es&ct=clnk&gl=ve&client=firefox-b. [Consultado el 25.12.2020].
13. OMS. Informe de la OMS sobre el cáncer: establecimiento de prioridades, inversión inteligente y atención para todos. 2020, Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>. [Consultado el 25.12. 2020].
14. Oletta JF y C Walter. ¿Qué sucede con el Programa Nacional de Cáncer en Venezuela? Observatorio Venezolano de Salud. Publicaciones de Salud. Centro de Estudio del Desarrollo UCV 2018. Disponible en <https://www.ovsalud.org/publicaciones/salud/que-sucede-con-el-programa-nacional-de-cancer-venezuela/> [Consultado el 12.12.2020].
15. Granados M; Arrieta O y Meneses A. Cáncer. En Granados M; Arrieta O y Hinojosa J, editores. Tratamiento del cáncer: oncología médica, quirúrgica y radioterapia. 2th ed. México: Editorial Manual Moderno; 2016. p. 11-17.
16. OMS. El diagnóstico temprano del cáncer salva vidas y reduce los costos de tratamiento. Comunicación de prensa. Ginebra, 2017. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs> [Consultado el 7.11.2020].
17. Dalla T; Turrini R y Brito V. Factores que intervienen en el inicio de tratamiento de los pacientes con cáncer de estómago y colorrectal. *Rev. Lat. Am. Enfermería.* 2017; 25 (287) e2879. Disponible en https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2879.pdf. [Consultado el 14.12.2020].
18. Díaz C y Peña R. Factores pronóstico de sobrevida de los cánceres prioritarios en el seguro social de salud Lambayeque Perú. *Rev. Venez. Oncol.* 2012; 24 (3):202-216. Disponible en [http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/03_diaz_c_\(202-216\).pdf](http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/03_diaz_c_(202-216).pdf) [Consultado 25.12.2020].
19. Flores G. Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud. *Acta Med. Costarric.* 2012; 54 (3):181-188. Disponible en <https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0001-60022012000300010#:.:text=En%20tanto%20se%20define%20a,los%20servicios%20con%20relaci%C3%B3n%20al> [Consultado el 8.11.2021].
20. Figueroa D y Calvacanti G. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la estrategia salud de la familia. *Enferm. Glob.* 2014; 13 (33): 267-278. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100013 [Consultado el 9.11.2020].

21. Sevilla A; González M y Ramos I. Accesibilidad geográfica y social en un servicio de salud de especialidad. Acapulco, Guerrero, México, año 2011. Terra [online]. 2013; 29 (46): 69-79. Disponible en http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-70892013000200005 [Consultado el 9.11.2020].
22. Sánchez D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2016; 201/55 (1):82-99 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf>. [Consultado el 15.12.2020].
23. Fajardo G; Gutiérrez J y García S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Publ. Mex. 2015; 57 (2):180-186 Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014 [Consultado el 8.11.2020].
24. Carrillo A. Sistema de salud en Venezuela: ¿Un paciente sin remedio? Cuad. Salud Pública. 2018; 34 (3): 1-15 Disponible en <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00058517.pdf> [Consultado el 8.11.2020].
25. Pacora L. Covid-19, la pandemia por el coronavirus: enfrentando un enemigo invisible. Perú: eBook, Google, 2020.
26. Maguiña C; Gástelo R y Tequen A. El nuevo coronavirus y la pandemia del Covid-19. Rev. Med. Hered. [Online]. 2020; 31 (2):125-131 Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2020000200125&script=sci_arttext. [Consultado el 15.12.2020].
27. OMS. Hacer frente a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de Covid-19 y después de ella. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2020 Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335827/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Policy_brief-2020.1-spa.pdf [Consultado el 7.1.2021].
28. OCDE/The World Bank. Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Paris: OCDE Publishing. 2020. Disponible en <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>. [Consultado el 16.12.2020].
29. CEPAL y OREALC/UNESCO. La Educación en Tiempos de la Pandemia de Covid-19. Informe Covid19 CEPAL/UNESCO. Santiago de Chile. 2020. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45904-la-educacion-tiempos-la-pandemia-covid-19> [Consultado el 7.1.2021].
30. Castillo A; Miranda C; Villalta D; Sajo A y Ovalles P. Boletín de incidencia y mortalidad del cáncer 2019. 3th ed. Sociedad Anticancerosa de Venezuela, 2019 Disponible en <https://www.cancervenezuela.org/descargas/boletin-incidencia-mortalidad-cancer-informe-pronosticos-mortalidad-venezuela->
31. Pisula P; Salas J; Báez G; Loza C; Valverdi R; Discacciati; V y et al. Estudio cualitativo sobre los adultos mayores y la accesibilidad a los servicios de salud durante el confinamiento por Covid-19 en Buenos Aires, Argentina. Parte 2. Medwave. 2021; 21(4): e8192. Disponible en <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/EstCuaLit/8192.act>. [Consultado el 8.12. 2021].
32. Barriga C; Camacho J; Román E; Retamal T; Cádiz F; Gallegos M y Carvajal D. Evaluación del impacto de la pandemia Covid-19 en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer de mama tratadas en Clínica Alemana de Santiago. Rev. Cir. 2021; 73 (3):302-306 Disponible en: <https://www.revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/view/1165> [Consultado el 6.12.2021].
33. Maldonado E; Caula C; Planellas P; Rodríguez J; López S; Delisau O y Codina A. Estudio del impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la práctica quirúrgica urgente y electiva en un hospital de tercer nivel. Cir Esp. 2021.; 99(5): 68–373. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7402232/> [Consultado el 7.9.2021].
34. Cote L; Torres R; Loera M; Campos F; Zamora J y Cerda L. Impacto de la pandemia Covid-19 en la práctica de cirugía general en México. Encuesta Nacional. Cir Gen. 2020;42 (2):149-164. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95375&id2=> [Consultado el 7.8.2021].
35. Rosales J; Rodríguez M y Ameriso S. Efecto de la pandemia Covid-19 y la cuarentena en el número de consultas, subtipos y tratamiento del accidente cerebrovascular en un centro neurológico de Argentina. Medicina. 2020; 80 (Supl VI):65-70. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020001000065 [Consultado el 13.8. 2021].
36. Arraztoa J. Cirugía oncológica el porqué de una nueva especialidad quirúrgica derivada de la cirugía general. Rev. Chil. Cir. 2007; 29 (1):84-88 Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0718-40262007000100014>. [Consultado el 9.1.2021].
37. Conde GD. El cuidado humano en riesgo de extinción. Reflexiones en torno a la Psicología y el cuidado humano. En Carrasco A; Delfino M; González P; Margel G y Victoria M. El cuidado humano, reflexiones interdisciplinarias. Montevideo: Editorial de la Universidad de la República de Uruguay; 2011. p. 77-94.
38. Zambrano CV. Subjetividad e institucionalidad en las políticas por venir. En Zambrano CV, coordinador. Las políticas sociales que vendrán. España: Editorial Aranzadi; 2023. p. 35-53.