

Ley de los 60 Días: Realidad del Tratamiento Oportuno en el Análisis de una Serie de Casos de Cáncer Colorrectal

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n4.4145>

The 60-Days Law: Reality of Timely Treatment in the Analysis of a Series of Colorectal Cancer Cases

Lei dos 60 Dias: Realidade do Tratamento Tempestivo na Análise de uma Série de Casos de Câncer Colorretal

José Zago Pulido¹; Sabina Bandeira Aleixo²; Luciana Carrupt Machado Sogame³

RESUMEN

Introducción: La ley 12.732/12 determina que el primer tratamiento oncológico debe ocurrir dentro de los 60 días posteriores al diagnóstico. **Objetivo:** Verificar el cumplimiento de la ley en pacientes con cáncer colorrectal (CCR) atendidos en el Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI). **Método:** Estudio transversal con recolección de datos retrospectivos del Sistema de Registro Hospitalario de Cáncer (SisRHC HECI) en el período 2010-2017 para identificar el primer tratamiento después del diagnóstico. Se realizó un análisis descriptivo y se utilizó la prueba de ji cuadrada para evaluar la diferencia en el tiempo entre el diagnóstico, ≤ 60 días o > 60 días, y el primer tratamiento oncológico. **Resultados:** Se identificaron 585 casos de CCR. La mayoría eran hombres (52,8%), estadios III y IV (60%), localización en colon (65%), edades entre 51 y 80 años (70,5%) y el 71% recibió su primer tratamiento dentro de los 60 días. En el análisis univariado, los casos de edad ≤ 50 años y con tumores localizados en el colon tuvieron más probabilidades de recibir el primer tratamiento a los pocos días ($p < 0,05$). El tiempo promedio entre la fecha del informe histopatológico y la primera consulta fue de 51,06 días y el tiempo promedio entre la primera consulta y el primer tratamiento fue de 30,10 días. **Conclusión:** Casi un tercio de los pacientes no recibió el primer tratamiento recomendado por la ley. Los pacientes más jóvenes con un tumor localizado en el colon tenían más probabilidades de recibir el primer tratamiento dentro de los 60 días. El momento de la primera consulta con un especialista de la Unidad de Atención Oncológica de Alta Complejidad (Unacon) parece ser el principal factor en el retraso del primer tratamiento. **Palabras clave:** neoplasias; epidemiología; diagnóstico tardío; tiempo de tratamiento; política pública.

ABSTRACT

Introduction: The Law 12,732/12 determines that the first oncological treatment occurs within 60 days after diagnosis. **Objective:** To verify the compliance with the law in patients with colorectal cancer (CRC) treated at "Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI)". **Method:** Cross-sectional retrospective study with data collected from "Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC HECI)" in the period 2010-2017 to identify the first treatment after diagnosis. A descriptive analysis was performed and the chi-square test was utilized to evaluate the difference in time between diagnosis, ≤ 60 days or > 60 days and the first oncological treatment. **Results:** 585 cases of CRC were identified, mostly in males (52.8%), stages III and IV (60%), located in the colon (65%), aged between 51 and 80 years (70.5%) and 71% received their first treatment within 60 days. In the univariate analysis, cases aged ≤ 50 years and with tumors located in the colon were more likely to receive the first treatment within 60 days ($p < 0.05$). The average time between the date of the histopathological report and the first consultation was 51.06 days and the average time between the first consultation and the first treatment was 30.10 days. **Conclusion:** Almost a third of patients did not receive the first treatment as determined by the law. Younger patients with a tumor located in the colon were more likely to receive the first treatment within 60 days. The time for the first consultation with an expert at a High Complexity Oncology Unit (Unacon) seems to be the main factor in delaying the first treatment. **Key words:** neoplasms; epidemiology; delayed diagnosis; time-to-treatment; public policy.

RESUMO

Introdução: A Lei 12.732/12 determina que o primeiro tratamento oncológico ocorra em até 60 dias após o diagnóstico. **Objetivo:** Verificar o cumprimento da lei em pacientes com câncer colorretal (CCR) tratados no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI). **Método:** Estudo transversal com coleta de dados retrospectivos do Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC HECI) no período de 2010 a 2017 para identificar o primeiro tratamento após diagnóstico. Foi realizada análise descritiva e utilizado o teste qui-quadrado para avaliar a diferença do tempo entre o diagnóstico, ≤ 60 dias ou > 60 dias, e o primeiro tratamento oncológico. **Resultados:** Foram identificados 585 casos de CCR, a maioria em homens (52,8%), classificados em estádios III e IV (60%), localizados no cólon (65%), com idade entre 51 e 80 anos (70,5%), e 71% receberam primeiro tratamento em até 60 dias. Na análise univariada, os casos com idade ≤ 50 anos e com tumores localizados no cólon tiveram maior probabilidade de receber o primeiro tratamento em até 60 dias ($p < 0,05$). O tempo médio entre a data do laudo histopatológico e a primeira consulta foi de 51,06 dias e o tempo médio entre a primeira consulta e o primeiro tratamento foi de 30,10 dias. **Conclusão:** Quase um terço dos pacientes não recebeu o primeiro tratamento conforme preconizado pela lei. Pacientes mais jovens e com tumor localizado no cólon tiveram probabilidade maior de receber o primeiro tratamento em até 60 dias. O tempo para a primeira consulta com especialista da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) parece ser o principal fator de atraso do primeiro tratamento. **Palavras-chave:** neoplasia; epidemiologia; diagnóstico tardio; tempo para o tratamento; política pública.

¹Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI), Serviço de Oncologia. Faculdade Multivix. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam). Cachoeiro de Itapemirim (ES), Brasil. E-mail: jzpulido799@yahoo.com.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0008-2853-8693>

²HECI, Serviço de Oncologia. Faculdade Multivix. Cachoeiro de Itapemirim (ES), Brasil. E-mail: sbaleixo@yahoo.com.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-0034-2716>

³Emescam. Vitória (ES), Brasil. E-mail: luciana.sogame@emescam.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-6913-5497>

Dirección para correspondencia: José Zago Pulido. Avenida Lacerda de Aguiar, 25 – Gilberto Machado. Cachoeiro de Itapemirim (ES), Brasil. CEP 29304-517. E-mail: jzpulido799@yahoo.com.br



INTRODUCCIÓN

El cáncer representa uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI en todo el mundo. Su progresivo impacto epidemiológico y la necesidad de mayor cobertura de las acciones, buscando su control, principalmente por parte del Sistema Único de Salud (SUS), colocan a esta enfermedad en el centro de las discusiones sobre medicina y salud pública en el Brasil^{1,2}. El cáncer también representa una enfermedad de alta mortalidad global, siendo la segunda causa de muerte por enfermedad en el mundo^{1,3}. En el Brasil, la mortalidad proporcional no ajustada para 2021 fue de 11,9 por cada 100 000 en hombres y 13,5 por cada 100 000 muertes entre las mujeres⁴.

Esta enfermedad, cuyo interés sobre la morbimortalidad creció en el transcurso del siglo XX, fue, durante muchos años, relegada al manejo del foco curativo en el Brasil, con raras medidas de tipo preventivo. Las políticas públicas en salud para la oncología datan de poco tiempo antes de la creación de las Cajas de Jubilación y Pensiones, iniciándose, de forma marcada, en 1921, en São Paulo, con el primer movimiento de acción dirigida al cáncer⁵. En los años siguientes, la militancia médica con relación a la cancerología creció progresivamente. Diversos sectores de la sociedad comenzaron sus manifestaciones de solución de medidas de impacto en salud pública que contemplasen a los pacientes oncológicos⁵. Luego de la implantación del SUS, mediante la Ley 8080 en 1990⁶, el Instituto Nacional del Cáncer (INCA) pasó a coordinar las estrategias de prevención del cáncer.

En las últimas décadas, se ha discutido mucho sobre cómo reducir la morbimortalidad del cáncer, siendo el diagnóstico temprano, por el rastreo poblacional, y el acceso al tratamiento oncológico las estrategias efectivas. En el año 2012, en un intento por garantizar la asistencia oportuna a los pacientes con diagnóstico de cualquier tipo de cáncer, el Poder Legislativo aprobó y la Presidencia de la República sancionó la Ley n° 12732⁷ –la Ley de los 60 días–, que se volvió ampliamente conocida en el Brasil como una de las estrategias que forman parte de las políticas públicas para reducir el agravamiento de la enfermedad.

Frente a lo expuesto y considerando que no se realiza rastreo estructurado para diagnóstico temprano del cáncer colorrectal (CCR) en el Brasil⁸, el tratamiento oportuno de los casos diagnosticados se vuelve fundamental para la reducción del agravamiento de la enfermedad. Dentro de esta perspectiva, se debe conocer la realidad de los servicios especializados en atención oncológica y evaluar si se está dando cumplimiento a la legislación vigente impuesta por la Ley de los 60 días. De esta forma, la presente

investigación busca responder la siguiente pregunta: “¿Están recibiendo los pacientes con diagnóstico de CCR atendidos en el Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) su primer tratamiento oncológico en hasta 60 días?”.

MÉTODO

Estudio longitudinal cuantitativo con recolección de datos retrospectivos, en el período de 2010 a 2017, del Sistema de Registro Hospitalario de Cáncer (SisRHC)/HECI, referencia en oncología para la región sur de Espírito Santo.

Los participantes de esta muestra fueron pacientes registrados en el SisRHC del HECI y que tuvieron su primera consulta en el período de 2010 a 2017. Fueron identificados 6962 nuevos casos de cáncer, siendo 3690 hombres y 3272 mujeres. Para el estudio propuesto, se seleccionaron los casos con diagnóstico de CCR de acuerdo con la 10ª edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud (CID-10)⁹ de C18.0 a C20.9, totalizando 676 casos nuevos. Fueron incluidos pacientes registrados en el SisRHC/HECI, con edad mayor de 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico confirmado por examen histopatológico de neoplasia maligna y que realizaron el primer tratamiento oncológico en el HECI (casos analíticos). Se excluyeron a los pacientes sin información de la fecha del diagnóstico anatomopatológico, a aquellos sin información de la fecha de inicio del primer tratamiento oncológico en el servicio de oncología del HECI, y a aquellos que empezaron el primer tratamiento oncológico en otro servicio y fueron transferidos hacia el HECI posteriormente (casos no analíticos). Después de aplicar los criterios de exclusión, quedaron 585 casos analíticos cuyos datos fueron analizados.

La variable edad fue agrupada en 18 a 50 años, 51 a 80 años y mayores de 80 años. El grupo de 50 años fue elegido debido a que los adultos de dicho grupo etario son considerados “adultos jóvenes” para el diagnóstico de CCR. El grupo etario de la pirámide del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) termina en 80 años. Además, la mayoría de los estudios clínicos excluye a los pacientes mayores de 80 años.

Los datos fueron obtenidos de la ficha del SisRHC y registrados en una ficha propia conteniendo las siguientes informaciones: a) perfil sociodemográfico: sexo (masculino y femenino), edad en la primera consulta (18 a 120 años), raza, antecedentes de consumo de bebidas alcohólicas, antecedentes de consumo de tabaco, grado de instrucción; b) ubicación del tumor primario de acuerdo con la CID-10⁹. Para el análisis, los casos de CID

C18 y C19 fueron agrupados y analizados juntos, por representar una enfermedad con las mismas características epidemiológicas, de tratamiento y de pronóstico. La estadificación de los diferentes tipos de cáncer se basó en el Sistema de Clasificación de Tumores Malignos (TNM), séptima¹⁰ y octava ediciones¹¹, publicadas en 2010 y 2016, respectivamente. El intervalo de tiempo para el tratamiento oncológico de pacientes con CCR fue considerado a partir de la fecha del diagnóstico patológico y de la fecha del primer tratamiento oncológico recibido por el paciente en el HECI. Este intervalo entre el diagnóstico histopatológico y el primer tratamiento oncológico fue dividido en dos tiempos para el análisis:

Tiempo 1: tiempo entre el diagnóstico, confirmado por el informe histopatológico (IHP), y la primera consulta con especialista.

Tiempo 2: tiempo entre la consulta con un especialista en la Unidad de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología (Unacon) y el primer tratamiento oncológico.

En el Tiempo 1, no fueron considerados 139 casos porque tuvieron su primera consulta en la Unacon antes del IHP. Esto sucedió porque la Unacon recibe pacientes con diagnóstico establecido en un IHP y pacientes con alta sospecha de neoplasia, como una colonoscopia con una lesión vegetante a la que se le hizo biopsia y aguarda el IHP, una tomografía con metástasis hepáticas cuya investigación revela una neoplasia colorrectal, pacientes que llegan a emergencia obstruidos por neoplasia colorrectal, entre otras situaciones. En el Tiempo 2, se consideraron 583 casos. Dos casos fueron excluidos porque no había una indicación para recibir tratamiento oncológico.

Sesenta días fue el límite máximo de tiempo aceptable. El intervalo de tiempo entre el diagnóstico y la primera consulta con especialista fue llamado Tiempo 1, y el intervalo de tiempo entre la consulta con especialista (en la Unacon) y el primer tratamiento oncológico, Tiempo 2. Esta división tuvo como objetivo identificar si el atraso en el inicio del tratamiento se daba por dificultad de acceso al especialista (en la Unacon) o por problemas internos en la Unacon, o sea, después de la consulta. Se cree que esta es una manera indirecta de evaluar la aplicación de la Ley de los 60 días en pacientes con CCR que realizaron el primer tratamiento oncológico en el HECI, en el período de 2010 a 2017.

El análisis estadístico inductivo o inferencial fue realizado por pruebas univariadas, adoptándose un nivel de significancia de $p < 0,05$, utilizando la prueba de ji al cuadrado o exacta de Fisher, con intervalo de confianza del 95% (IC 95%) para todos los análisis. El análisis se realizó con BioEstat 5.3, considerando la tabla de frecuencia enviada en *MS Word* para la estadística.

El presente estudio forma parte de un proyecto primario titulado “Acceso al Tratamiento Oncológico de Pacientes Atendidos en Hospital de Referencia de la Región Sur-Capixaba”, que fue enviado para apreciación con el número de parecer 3.760.959 y dispensado del análisis por el Comité de Ética en Pesquisa (CEP) de la Escuela Superior de Ciencias de la Santa Casa de Misericordia de Vitória (Emescam), en conformidad con la Resolución del Consejo Nacional de Salud n.º 510/2016¹².

RESULTADOS

En el universo de pacientes de este estudio, de los 585 casos analizados, 117 pacientes (20% de los casos) tenían edades entre los 18 y 50 años (Tabla 1). De este 20%, 95 pacientes, lo que equivale al 81%, recibió el primer tratamiento oncológico en máximo 60 días (Tabla 2). La Tabla 1 presenta la población de pacientes estudiada dividida por grupo etario (18 a 50 años; de 51 a 80 años; mayores de 80 años) y de acuerdo con las características clínicas y demográficas más relevantes de la muestra.

Globalmente, en el período analizado, el 71% de los pacientes con CCR recibieron su primer tratamiento oncológico en hasta 60 días después del diagnóstico. La Tabla 2 presenta los resultados de primer tratamiento oncológico global y de acuerdo con la variable sociodemográfica analizada.

La Tabla 3 demuestra el resultado de la comparación entre las variables clínicas y el tiempo para el inicio del primer tratamiento. Con relación a la ubicación del tumor, se observa que el tiempo ≤ 60 días tuvo una mayor ocurrencia en la CID C18 y C19 (ubicación topográfica del colon).

Cuando se analiza el inicio del primer tratamiento, de acuerdo con el tipo de tratamiento recibido, conforme con los datos presentados en la Tabla 4, no se dieron diferencias significativas.

Además, con relación al tiempo, el tiempo promedio entre la fecha del diagnóstico (IHP) y la primera consulta con especialista en la Unacon fue de 51,06 días considerando 446 casos. El tiempo promedio entre la primera consulta con especialista (en la Unacon) y la fecha del primer tratamiento oncológico fue de 30,10 días. En el presente trabajo, fueron elegibles 583 casos. Considerando los 585 casos, el tiempo promedio entre el diagnóstico por IHP y la fecha del primer tratamiento oncológico fue de 60,48 días.

DISCUSIÓN

El cáncer es una enfermedad de alta incidencia mundial y nacional. Se estiman 19,3 millones de casos nuevos en

Tabla 1. Población de pacientes estudiada por grupo etario de acuerdo con las características clínicas y demográficas de la muestra

Pacientes Total 585	Edad 18 a 50 años 117	Porcentaje 20,00%	Edad 51 a 80 años 413	Percentual 70,59%	Edad > 80 años 55	Percentual 9,40%
Variable	N	%	N	%	N	%
Sexo masculino	61	10,42%	218	37,26%	30	5,12%
Sexo femenino	56	9,57%	195	33,33%	25	4,27%
Raza branca	53	9,05%	198	33,84%	37	6,32%
Raza negra/parda	50	8,54%	170	29,06%	12	2,05%
Raza amarilla	0	0,00%	2	0,34%	0	0,00%
Sin información	14	2,39%	43	7,35%	06	1,02%
Bebidas alcohólicas						
Nunca	69	11,79%	237	40,51%	29	4,95%
Sí/Exconsumidor	33	5,64%	99	16,92%	7	1,19%
Sin información	5	0,85%	29	4,95%	5	0,85%
Tabaquismo						
Nunca	76	12,99%	206	35,21%	21	3,58%
Sí/Exconsumidor	29	4,95%	145	24,78%	15	2,56%
Sin Información	3	0,51%	23	3,93%	5	0,85%
Ubicación (CID-10)						
C18.0 a C19.9	78	13,33%	267	45,64%	35	5,98%
C20.0 a C20.9	39	6,66%	146	24,95%	20	3,41%
Estadificación						
1	9	1,53%	32	5,47%	4	0,68%
2	21	3,58%	76	12,99%	12	2,05%
3	45	7,69%	158	27,00%	22	3,76%
4	28	4,78%	95	16,23%	6	1,02%

Leyenda: CID-10 = 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud⁹.

el mundo. En el Brasil, se esperan 704 000 casos nuevos por cada año del trienio 2023-2025³. Es también una enfermedad de alta mortalidad, siendo la segunda causa de muerte por enfermedad en el mundo y en el Brasil. Por este motivo, el cáncer ha sido una preocupación mundial y forma parte de la pauta de la agenda política de la gran mayoría de los países, principalmente en el siglo XXI¹⁴.

La Ley de los 60 días, sancionada por la Presidencia de la República en 2013, se hizo ampliamente conocida en el Brasil por tratarse de una referencia en el acceso al tratamiento oncológico, dado que busca asegurar, por el proyecto de ley, que el paciente reciba el primer tratamiento oncológico en hasta 60 días, evitando retrasos en el inicio del tratamiento. A pesar de esto, la existencia de una ley no es garantía de su implantación y, por lo tanto, estudios que evalúen el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento oncológico deben realizarse en centros de tratamiento oncológico de las más diversas regiones del Brasil para medir su eficiencia.

Considerando lo expuesto, la presente investigación se realizó en un centro de tratamiento oncológico localizado en el sur de Espírito Santo (Unacon con

radioterapia) enfocado en el CCR. Este centro atiende a la macrorregión sur del estado de Espírito Santo que totaliza 26 municipios y una población de 693 396 habitantes según los datos del Plan Director de Regionalización de 2016¹³. Los pacientes son referidos hacia la Unacon de dos maneras: por agendamiento hecho por el propio municipio, usando el Sistema de Regulación (SisReg), o por agendamiento directo en el servicio de oncología por el propio paciente o el responsable por encaminamiento médico hacia el servicio de oncología, o presentando un examen que confirme la necesidad de atención en el servicio de oncología (alta sospecha de neoplasia o un IHP que confirma neoplasia). La decisión de estudiar el CCR se basó en el hecho de que este tipo de cáncer sea de alta incidencia y de alta mortalidad.

Después del análisis de los registros de los 585 pacientes incluidos, se concluyó que el 71% recibió el primer tratamiento oncológico en hasta 60 días. Esto significa que casi un tercio de los pacientes no recibió tratamiento oncológico de manera oportuna, en hasta 60 días, y este número puede considerarse elevado si se compara con datos publicados por el INCA en el observatorio de oncología

Tabla 2. Análisis de las variables sociodemográficas con relación al tiempo entre el diagnóstico anatomopatológico y el primer tratamiento oncológico recibido: ≤ 60 días o > 60 días en pacientes con CCR

Variable		≤ 60 días	(%)	> 60 días	(%)	p
Total	Todos	417	(71,28)	168	(28,72)	
Sexo	Masculino	225	(72,81)	84	(27,13)	0,438
	Femenino	192	(69,56)	84	(31,44)	
Edad	18 a 50 años	95	(81,19)	22	(28,81)	0,028 ¹
	51 a 80 años	283	(68,52)	130	(31,47)	
	≥ 81 años	39	(70,90)	16	(29,09)	
Raza	Blanca	200	(69,44)	88	(30,56)	0,489
	Negra/Parda	173	(74,56)	59	(25,44)	
	Amarilla	1	(50,00)	1	(50,00)	
	Sin información	43	(68,26)	20	(31,75)	
Bebidas alcohólicas	Nunca	232	(69,25)	103	(30,75)	0,115
	Exconsumidor	63	(70,78)	20	(29,22)	
	Sim	41	(82,00)	9	(18,00)	
	Sin información	81	(72,97)	30	(26,03)	
Tabaco	Nunca	219	(72,27)	84	(26,73)	0,325
	Exconsumidor	96	(66,20)	49	(23,80)	
	Sim	35	(79,54)	9	(20,46)	
	Sin información	67	(72,04)	26	(27,96)	
Grado de Instrucción	Ninguna	33	(63,46)	19	(35,54)	0,109
	Educación Primaria	188	(69,88)	81	(30,12)	
	Educación Secundaria	65	(83,33)	13	(16,67)	
	Educación Superior	27	(72,97)	10	(27,03)	
	Sin información	104	(69,79)	45	(30,21)	
Procedencia	Caparaó	58	(62,36)	35	(37,64)	0,105
	Polo Cachoeiro	286	(74,09)	100	(25,93)	
	M. Expandida Sur	66	(70,21)	28	(29,89)	
	Otros	7	(58,33)	5	(41,67)	

¹p < 0,05 referente a la prueba ji al cuadrado o exacta de Fisher.

cuya tasa global fue del 20,4% en el período de 2009 a 2015¹⁴. Cuando se analizaron las variables del estudio, se pudo demostrar que los pacientes con edad ≤ 50 años y los pacientes con tumor ubicado en el colon (CID C18 y C19) tuvieron mayor probabilidad de recibir el primer tratamiento en un período de hasta 60 días. Estos datos se asemejan a los presentados en otro estudio que señala que individuos con edad mayor de 50 años tuvieron un atraso en el inicio del tratamiento, en comparación con individuos diagnosticados con CCR menores de 50 años⁸. Las posibles justificaciones para este hallazgo son:

a) los más jóvenes tienen menor dependencia para la búsqueda de servicios de salud en lo que se refiere a la capacidad de locomoción y a la búsqueda de atención de salud. Con el avance de la edad, las personas se vuelven más dependientes de familiares para agendar consultas y para el transporte que, muchas veces, se realiza en los servicios de salud con agendamiento previo o cuando el transporte es realizado por familiares más jóvenes, hijos y nietos, o hasta vecinos y amigos;

b) los más jóvenes, con mayor acceso a información en medios sociales, tienen mayor conocimiento para la comprensión de la enfermedad y el reconocimiento de síntomas y señales sospechosos de CCR y, en consecuencia, de la necesidad de atención médica, contra lo que ocurre entre los pacientes con edad más avanzada, siendo común que escondan los síntomas para no preocupar a los demás miembros de la familia y no parar de trabajar, ignorando la gravedad y el agravamiento de la enfermedad;

c) los más jóvenes usualmente tienen menos comorbilidades y consecuentemente la preparación para una cirugía electiva es más rápida, bastando, la mayoría de veces, la realización de los exámenes preoperatorios y una consulta con el anestesista y el cardiólogo. Al contrario de pacientes con edad más avanzada que, muchas veces, necesitan exámenes adicionales y más complejos en su evaluación preoperatoria, como ecocardiograma y prueba ergométrica, aumentando el tiempo para el inicio del tratamiento.

Estos datos se asemejan a los presentados por Lima *et al.*¹⁵ que estudiaron los factores asociados al tiempo para

Tabla 3. Análisis comparativo de las variables clínicas con relación al tiempo entre el diagnóstico anatomopatológico y el primer tratamiento oncológico recibido: ≤ 60 días o > 60 días

Variable		≤ 60 días	(%)	> 60 días	(%)	p
Ubicación del tumor	CID C18 y C19	285	(75,00)	95	(25,00)	0,009 ¹
	CID C20	132	(64,39)	73	(35,61)	
Tumor (T)	T1	8	(72,72)	3	(27,27)	0,495
	T2	41	(73,21)	15	(26,69)	
	T3	167	(67,33)	81	(32,57)	
	T4	56	(75,67)	18	(24,33)	
	Sin información	145	(73,97)	51	(26,03)	
Ganglio (N)	N0	112	(64,00)	63	(36,00)	0,073
	N1	95	(73,07)	35	(26,93)	
	N2	65	(78,04)	19	(21,96)	
	Sin información	145	(73,97)	51	(26,03)	
Metástasis (M)	M0	244	(69,71)	106	(30,29)	0,581
	M1	26	(72,22)	10	(27,78)	
	Sin información	147	(73,86)	52	(25,14)	
Estadio clínico (EC)	EC 0	4	(100,00)	0	(0,00)	0,189
	EC 1	32	(71,11)	13	(28,89)	
	EC 2	69	(63,30)	40	(36,70)	
	EC 3	160	(71,11)	65	(28,89)	
	EC 4	100	(77,51)	29	(22,49)	
	Sin información	52	(71,23)	21	(28,77)	

Leyenda: CID-10 = 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud⁹.

¹p < 0,05 referente a la prueba ji al cuadrado o exacta de Fisher.

Tabla 4. Análisis comparativo de las variables con relación al tiempo entre el diagnóstico anatomopatológico y el primer tratamiento oncológico recibido por tipo de tratamiento (quimioterapia, cirugía o radioterapia): ≤ 60 días o > 60 días

Variable		≤ 60 días	(%)	> 60 días	(%)	p
Primer tratamiento recibido	Quimioterapia	86	(70,49)	36	(29,51)	0,372
	Cirugía	218	(74,14)	76	(25,85)	
	Radioterapia	65	(67,01)	32	(33,00)	
	Sin información	46	(65,71)	24	(34,30)	

el inicio del tratamiento del cáncer de colon y recto en el Brasil (2006-2015).

Pacientes con tumores localizados en el colon necesitan de menos exámenes complementarios, como recomienda la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN)¹⁶, y de menos profesionales envueltos para la toma de decisiones sobre el primer tratamiento en comparación con los tumores del recto. Muchas veces, el tratamiento del cáncer de colon es decidido y realizado solo por el cirujano, mientras que, en la neoplasia del recto, CID C20, es necesaria la evaluación del cirujano, del oncólogo y del radioterapeuta en la mayoría de casos. En el cáncer de recto, también se necesitan más exámenes complementarios, como resonancia magnética de la pelvis para la estadificación locoregional y una tomografía computarizada para el planeamiento radioterápico en los casos en donde está indicado un tratamiento neoadyuvante con radioterapia, diferente del cáncer de colon que no necesita esos exámenes de estadificación y planeamiento

de tratamiento, lo que justificaría la diferencia de inicio de tratamiento entre colon y recto.

Los motivos que conducen a los pacientes a no recibir el primer tratamiento son multifactoriales, pero, en la práctica, se debe dividir este intervalo de tiempo entre el diagnóstico anatomopatológico y el primer tratamiento oncológico en dos períodos distintos: el período entre el diagnóstico anatomopatológico y la consulta con un especialista de la Unacon (Tiempo 1), y el período entre la consulta con especialista de la Unacon y el primer tratamiento oncológico (Tiempo 2), debido a que las acciones para disminuir el tiempo de ambos períodos son distintas. En este estudio, el tiempo promedio entre la fecha del diagnóstico (IHP) y la primera consulta con un especialista en la Unacon fue de 51,06 días, y el tiempo promedio entre la primera consulta con un especialista (en la Unacon) y la fecha del primer tratamiento oncológico fue de 30,10 días. En esta investigación, se hizo evidente que el Tiempo 1 fue casi el doble del Tiempo 2.

CONCLUSIÓN

Ofrecer tratamiento oncológico oportuno continúa siendo un desafío por vencer. Las acciones de políticas públicas futuras deben tener una mirada especial hacia los pacientes mayores de 50 años y hacia los pacientes con diagnóstico de cáncer de recto, además de ser realizadas comprendiendo los períodos distintos que suceden entre el diagnóstico –considerando que muchas veces el diagnóstico se hace fuera de la Unacon o del Centro de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología (Cacon)– y el primer tratamiento oncológico realizado en Unacon o Cacon.

En el primero, las acciones necesitan ser realizadas con las unidades de salud (municipios), que refieren los casos hacia la Unacon o Cacon y, en el segundo período, las acciones deben darse internamente en la Unacon o Cacon, proporcionando celeridad al proceso. En este análisis, quedó claro que las primeras acciones a adoptarse deben buscar la reducción del Tiempo 1 para aumentar la proporción de pacientes que puedan recibir el primer tratamiento oncológico en hasta 60 días.

Con relación al estadio en el momento del diagnóstico, solo el 8% de los pacientes fueron diagnosticados en el estadio 1 de la enfermedad y el 60% de los pacientes fueron diagnosticados en los estadios 3 y 4 sumados –diagnóstico tardío (Tabla 2). Estos datos alertan sobre la necesidad de implementar urgentemente estrategias de diagnóstico temprano y prevención secundaria para reducir el impacto negativo del CCR en la población.

Por tratarse de una investigación que obtuvo datos de la ficha del SisRHC, fueron encontradas algunas limitaciones, como la incompletitud de datos; sin embargo, fue posible responder al cuestionamiento sobre el objetivo principal del estudio, identificar el porcentaje de pacientes atendidos dentro de la Ley de los 60 días y aun identificar, por las variables analizadas, a dos grupos (edad \leq 50 años y localización del tumor en el colon) de pacientes con mayor probabilidad de recibir el primer tratamiento oncológico dentro de los 60 días.

APORTES

José Zago Pulido y Luciana Carrupt Machado Sogame contribuyeron en la concepción y/o en el planeamiento del estudio; en la obtención, análisis y/o interpretación de los datos; en la redacción y/o revisión crítica. Sabina Bandeira Aleixo contribuyó en la concepción y/o en el planeamiento del estudio; en la obtención, análisis y/o interpretación de los datos. Todos los autores aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nada a declarar.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

1. Organização Pan Americana de Saúde [Internet]. Brasília (DF): OPAS/OMS Brasil; 2018. Folha informativa: câncer. [acesso 2020 abr 25]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>.
2. Araujo Neto LA, Teixeira LA. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. *Bol Mus Para Emílio Goeldi Cienc Hum Belém*. 2017;12(1):173-88. doi: <https://doi.org/10.1590/1981.81222017000100010>
3. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019. [acesso 2020 abr 25]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>
4. Atlas On-line de Mortalidade [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. c1996-2014. [acesso 2023 jul 15]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>
5. Barreto EMS. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Rev Bras Cancerol*. 2005;51(3):267-75. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2005v51n3.1954>
6. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 1990 Set 19, Seção I:18055.
7. Brasil. Lei 12.732, de 23 de novembro de 1992. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 1992 Nov 23. [acesso 2020 abr 25]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm
8. Camargo EB, Elias FT. Câncer colorretal no Brasil: perspectivas para detecção precoce. *Brasília Med*. 2019;56:8-13.
9. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 2008.
10. Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C, editores. TNM: classificação de tumores malignos. 7 ed. Eisenberg ALA, tradução. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

11. Brierley JD, Wittekind C, editores. TNM: classificação de tumores malignos. 8 ed. Eisenberg ALA, tradução. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
12. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso 2020 abr 25]; Seção I:44. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
13. Espírito Santo. Plano Diretor de Regionalização da Saúde [Internet]. Espírito Santo: Secretaria Estadual de Saúde; 2011. [acesso 2020 abr 25]. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR_PlanoDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf
14. Observatório de Oncologia [Internet]. Indicadores da Oncologia. São Paulo: Observatório de Oncologia; [sem data]. [acesso 2020 abr 25]. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/indicadores-da-oncologia/>
15. Lima MAN. Fatores associados ao tempo para o início do tratamento de câncer de cólon e reto no Brasil (2006-2015) [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2019.
16. National Comprehensive Cancer Network [Internet]. Plymouth Meeting: NCCN; 2020. [acesso 2020 abr 25]. Disponível em: https://www.nccn.org/login?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf

Recebido em 19/6/2023
Aprovado em 13/11/2023