

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y
ANATOMOPATOLÓGICAS DEL CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER LIMA - PERÚ EN EL
AÑO 2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

TAMAYO ESTACIO JAKELINE ROSA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2019

ASESOR

Dr. Angulo Reyes, Roy Martin

AGRADECIMIENTOS

A los Doctores del Servicio de Oncología que me apoyaron en la elaboración y motivación del presente trabajo.

DEDICATORIA

A mis padres por guiarme siempre por el camino del estudio y motivarme hacer cada día mejor profesional.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal. Población 75 pacientes, según los criterios de exclusión terminó con una muestra de 70 participantes. Se utilizó una ficha de recolección de datos como instrumento y los datos fueron analizados de acuerdo al tipo de variable por el programa SPSS v25.

Resultados: La mayoría de pacientes con cáncer gástrico, fueron de sexo masculino (70%) y el 51,4% tienen 70 años o más; estado civil casado 51,4%, desempleado 72,9%, educación técnica 46% y procedente de la sierra un 54,3%. El 52,9% tiene como antecedente familiar algún tipo de cáncer distinto al cáncer gástrico y el 57,1% antecedente de infección por *H. pylori*. Hábitos nocivos predomina el tabaco en 57,1%. El síntoma que prevalece el dolor abdominal un 42,9%. El tipo histológico, más frecuente adenocarcinoma con 80% y su localización en el antro con 57,1%.

Conclusiones: El cáncer gástrico predominó en el sexo masculino, mayores de 70 años o más, procedente de la sierra, estado civil casado, desempleado. Antecedentes familiares de algún tipo de cáncer diferente al cáncer gástrico y antecedente de patología gástrica por infección por *H. pylori*. Hábitos nocivos como el tabaco tuvieron significancia. La mayor manifestación clínica fue el dolor abdominal, tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma y la localización más frecuente fue en el antro.

Palabras claves: Cáncer gástrico, características epidemiológicas, características clínicas, características anatomopatológicas.

ABSTRACT

Objective: To describe gastric cancer's cancer the epidemiological, clinical and anatomopathological characteristics in patients treated at the oncology service of the Central Military Hospital Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Peru in 2018.

Materials and methods: A descriptive, observational, retrospective, cross-sectional study was carried out. Population 75 patients, according to the exclusion criteria ended with a sample of 70 participants. A data collection form was used as an instrument and the data were analyzed according to the type of variable by SPSS v25 program.

Results: The most part patients with gastric cancer were men (70%) and 51.4% were 70 years or older, married civil status 51.4%, unemployed 72.9%, technical education 46% and of the mountains 54.3%. 52.9% had cancer's family history different to gastric cancer and 57.1% had a history of pylori infection's H. pylori infection. Harmful habits, tobacco predominates with 57.1%. The symptom that prevails abdominal pain is 42.9%. The most frequent histological type is adenocarcinoma with 80% its location in the antrum with 57.1%.

Conclusions: Gastric cancer predominated in the male sex, the same or older 70 year old, from sierra, marital status married, unemployed. Family history of a cancer other than gastric cancer and a history of gastric pathology due to H. pylori infection. Unhealthy eating habits, such as harmful habit, tobacco had a significant meaning. The greatest clinical manifestation was abdominal pain, the most frequent histological type was adenocarcinoma and the most frequent location was in the antrum.

Keywords: Gastric cancer, epidemiological characteristics, clinical characteristics, anatomopathological characteristics.

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico como tal, sigue siendo un problema relevante tanto social como de salud, ya que es la quinta neoplasia maligna en incidencia y tercera en mortalidad a nivel mundial, con marcadas diferencias geográficas en su distribución. En el Perú es la tercera en incidencia, pero primera en mortalidad por cáncer. La literatura si bien es cierto es amplia de esta patología, no hay suficientes estudios realizados en nuestro país, esto hace que la prevención se vea limitada por la falta de conocimientos que son necesarios y de una cultura de promoción y prevención en el Perú.

Por lo mismo, nuestra investigación tiene como objetivo general: Describir las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018.

Para querer dar solución a la problemática actual, es necesario de iniciativas, el cual se puede sustentar en un interés genuino sobre el tema y el anhelo de conocimiento, por tanto, nuestro estudio es de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal, mediante este fortalecer la prevención por la falta del conocimiento y de una cultura preventivo – promocional adecuada.

El problema radica en la situación de pobreza de nuestro país, ya que presentan mayor exposición a los distintos agentes que producen la enfermedad; el acceso a los servicios de salud, los hábitos nocivos como el tabaco y alcohol, patologías gástricas que son pasadas por alto y optando por la automedicación, que solo acuden a algún establecimiento de salud por atención cuando los síntomas le son limitantes, y en la mayoría de los casos ya se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad. Como interna del mencionado hospital, he tenido contacto con pacientes con esta enfermedad, tardíamente diagnosticados evidenciándose así la falta de conocimientos sobre esta patología oncológica, todo esto motivo a la

realización de esta investigación. Para la realización del presente estudio, se investigó distintos antecedentes bibliográficos a nivel nacional y mundial; posterior a esto se elaboró la “ficha de recolección de datos” para luego proceder a la recopilación de estos mismos.

Lo que se busca con el estudio es profundizar sobre esta patología y con esto aportar nuevas estadísticas para así constituir una base para futuros estudios, también se busca que el personal de salud se una más a la población y así poder brindar mayor conocimiento buscando que estos se sensibilicen en el cuidado de su salud.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	IX
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XIV
LISTA DE ANEXOS	XVI

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1. GENERAL	2
1.2.2. ESPECÍFICOS	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.6. OBJETIVOS	5
1.6.1. GENERAL	5
1.6.2. ESPECÍFICOS	5
1.7. PROPÓSITO	6

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.2. BASE TEÓRICA	11
2.3. MARCO CONCEPTUAL	20

2.4.	HIPÓTESIS	21
2.4.1.	GENERAL	21
2.4.2.	ESPECÍFICAS	21
2.5.	VARIABLES	21
2.6.	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	22
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		
3.1.	DISEÑO METODOLÓGICO	24
3.1.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	24
3.1.2.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	24
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	24
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
3.4.	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
3.5.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	26
3.6.	ASPECTOS ÉTICOS	26
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		
4.1.	RESULTADOS	27
4.2.	DISCUSIÓN	44
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
5.1.	CONCLUSIONES	48
5.2.	RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		50
ANEXOS		54

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla Nº 01	
Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.	27
Tabla Nº 02	
Edad de la edad de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.	29
Tabla Nº 03	
Sexo de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.	30
Tabla Nº 04	
Estado civil de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.	31
Tabla Nº 05	
Procedencia de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.	32
Tabla Nº 06	
Grado de instrucción de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.	33

Tabla Nº 07

Ocupación de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **34**

Tabla Nº 08

Antecedente familiar de cáncer gástrico de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **35**

Tabla Nº 09

Antecedente familiar de otro tipo de cáncer de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **36**

Tabla Nº 10

Antecedente de patología gástrica de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **37**

Tabla Nº 11

Hábitos nocivos de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **38**

Tabla Nº 12

Sintomatología de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **39**

Tabla N° 13

Tipo histológico de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **40**

Tabla N° 14

Localización más frecuente del cáncer gástrico de los pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **41**

Tabla N° 15

Tabla general de las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **42**

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico N° 01

Edad de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **29**

Gráfico N° 02

Sexo de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **30**

Gráfico N° 03

Estado civil de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **31**

Gráfico N° 04

Procedencia de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **32**

Gráfico N° 05

Grado de instrucción de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **33**

Gráfico N° 06

Ocupación de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **34**

Gráfico N° 07

Antecedente familiar de cáncer gástrico de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **35**

Gráfico N° 08

Antecedente familiar de otro tipo de cáncer de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **36**

Gráfico N° 09

Antecedente de patología gástrica de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **37**

Gráfico N° 10

Hábitos nocivos de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **38**

Gráfico N° 11

Sintomatología de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **39**

Gráfico N° 12

Tipo histológico de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **40**

Gráfico N° 13

Localización más frecuente del cáncer gástrico de los pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018. **41**

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo N° 01	
Operacionalización de variables.	55
Anexo N° 02	
Instrumento.	57
Anexo N° 03	
Validez de instrumentos.	59
Anexo N° 04	
Matriz de consistencia.	62

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo el cáncer se considera como un problema de salud pública.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2014 estimó que, dentro de 10 años más de 20 millones de personas desarrollarán la enfermedad y que de esta el 60% fallecerán. La presencia de nuevos casos, así como la mortalidad del cáncer va en aumento según el Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer que depende de la OMS, en el año 2018 y es de mayor preferencia en países subdesarrollados que representa las dos terceras partes del total de casos a nivel mundial. Según GLOBOCAN en el año 2018, informa que durante este año en el Perú hubo 66 627 nuevos casos de cáncer, ocupando el primer lugar el cáncer de próstata con 11.4%, en segundo lugar, cáncer de mama con 10.5% y en tercer lugar el cáncer gástrico con 8.6%. Se muestra a demás predominancia del cáncer gástrico en el sexo masculino 10%, en donde este tipo de cáncer es el segundo en frecuencia y en el caso del sexo femenino es el tercero 7.4%.²

Cerca de un tercio de las neoplasias malignas están ligadas a los cinco principales factores de riesgo dietéticos y conductuales como son ingesta mínima de frutas y verduras, poca actividad física, consumo de tabaco y alcohol. Siendo estos modificables y así pudiéndose no solo evitar el cáncer gástrico sino otros tipos de cáncer.³

El cáncer gástrico es un gran problema de salud pública en el país, es por ello la importancia de políticas de lucha contra el cáncer, situación que empeora debido a la detección del cáncer en fase avanzada y a la falta de tratamiento que son problemas frecuentes, es por ello la importancia de su prevención, diagnóstico precoz y tratamiento

oportuno de esta patología, ya que, si se hace el diagnóstico en estadios tempranos, es curable en más de la mitad de los casos.⁴

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018?

1.2.2. ESPECÍFICOS

1. ¿Cuáles son las características epidemiológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018?
2. ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018?
3. ¿Cuáles son las características anatomopatológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

1.3.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El principal motivo por el cual se realizó esta investigación es para brindar conocimientos sobre las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas de esta entidad nosológica, siendo en la actualidad una de las entidades más agresivas y frecuentes en el país y el mundo.

1.3.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Se desarrolló con el fin de contribuir a los conocimientos y datos estadísticos ya existentes sobre las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas del cáncer gástrico, ya que hay necesidad de tener conocimientos actualizados. Se dará a conocer esta información obtenida al servicio de oncología, así como también esta información obtenida será de gran apoyo en los conocimientos de la comunidad universitaria, quienes ampliarán sus conocimientos acerca de este tema.

1.3.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal, observacional. El acceso a las historias clínicas y a la información estadística, de pacientes con cáncer gástrico. La población y la muestra se adquirieron a través de los criterios de inclusión. La técnica que se usó para la recolección de datos es el registro de la información en la ficha de recolección de datos.

1.3.4. JUSTIFICACIÓN SOCIAL

El conocimiento de estas características que se asocian al cáncer gástrico, contribuye a la disminución de la incidencia, además facilita a la promoción y prevención, esto contribuye a disminuir la carga social para las familias y el sistema de salud pública.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

1.4.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL

Se realizó en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber.

1.4.2. DELIMITACIÓN TEMPORAL

Este estudio se desarrolló durante el año 2018.

1.4.3. DELIMITACIÓN SOCIAL

La población de estudio estuvo dirigida a aquellos pacientes que tengan el diagnóstico establecido de cáncer gástrico, que son atendidos en el servicio de oncología del Hospital Central Militar Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

1.4.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Se tuvo en cuenta la revisión de los conceptos y conocimientos más recientes e importantes sobre el tema de estudio, que se describen en el marco conceptual.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las limitaciones que se presentaron:

- Falta de disponibilidad de datos estadísticos del hospital.
- Letra ilegible en las historias clínicas.
- Historias clínicas incompletas, no habidas.
- Limitaciones en el acceso de información de la institución.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

Describir las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018.

1.6.2. ESPECÍFICOS

1. Identificar son las características epidemiológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018.
2. Identificar las características clínicas los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018.
3. Identificar las características anatomopatológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018.

1.7. PROPÓSITO

El propósito del presente trabajo de investigación es conocer e identificar las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas de los pacientes con cáncer gástrico en el servicio de oncología en citado nosocomio, así esta manera, se tendrá un estudio que servirá de base de conocimientos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1 Internacionales:

Canseco L, Zamudio F, Sánchez R, Trujillo M, Domínguez S, López C. Epidemiología de cáncer gástrico en el tercer nivel de atención en salud en Chiapas. Rev. Gastroenterol Mex 2018; 83(3):25-4.

Estudio descriptivo, longitudinal y ambispectivo. Se concluyó una leve predominancia del sexo femenino, con edad promedio de aparición de 57 años, hábitos nocivos como la ingesta de alcohol y tabaco tuvieron significancia en el desarrollo de la enfermedad así como tener antecedentes familiares de cualquier tipo cáncer. El 90% fueron de tipo histológico adenocarcinoma. Habitualmente esta enfermedad es diagnosticada en estadios avanzados y que es sensato elaborar políticas de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento.⁵

Ávalos R, Morales M. Romero S, Laud P. Comportamiento del cáncer gástrico avanzado diagnosticado por videoendoscopia en el Hospital 'Faustino Pérez Hernández' Matanzas. Rev Med Electrón 2017; 39(3):507-18.

Estudio tipo observacional, descriptivo y prospectivo. Se muestra la predominancia en varones, las personas de la sexta década de vida son los más afectados. La infección por la bacteria *Helicobacter pylori* constituye una de las principales asociaciones y factores de riesgo junto con la dieta inadecuada y el ser fumador. El diagnóstico y tratamiento precoz de la infección contribuirán a disminuir su incidencia. Los síntomas más relevantes fueron la pérdida de peso, la acidez y astenia. La

diversidad histológica que prevaleció fue el adenocarcinoma de tipo intestinal y la localización del tumor más habitual fue el antro.⁶

Montoya M, Gómez R, Ahumada F, Martelo A, Toro J, Pérez E, et al. Caracterización de 130 pacientes sometidos a gastrectomía por cáncer gástrico en el Instituto de Cancerología–Clínica Las Américas de Medellín. Rev Colomb Cancerol 2016; 20(2):73-8.

Tipo de estudio descriptivo retrospectivo. El tipo histológico de cáncer con mayor prevalencia fue el adenocarcinoma de tipo intestinal, sin embargo, no fue un predominio tan alto. Se concluye la representación de cáncer gástrico mayormente en varones, de áreas montañosas y adultos mayores, con ciertos factores asociados como lo es el tener antecedentes familiares en primer grado y la presencia de infección por *H. pylori*.⁷

Alfredo H, Eugenia P, Licet G. Comportamiento clínico, epidemiológico, endoscópico e histológico del cáncer gástrico de tipo epitelial. Rev Cubana Invest Bioméd 2016; 35(1):48-64.

Estudio observacional de casos y controles. Se observó que es predominante en el sexo femenino, la frecuencia de aparición de la enfermedad fue entre los 70 y 80 años de vida, con una edad de presentación promedio de 64 años, el dolor en el epigastrio coligada a la pérdida de peso, anorexia y astenia componen las manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes con cáncer gástrico de tipo epitelial con casi un 50% de casos. El carcinoma de células en anillo de sello fue el tipo histológico más frecuente, así como resultaron más frecuentes las lesiones mayores a 20 mm, localizados en la parte distal del

estómago (en sus dos tercios distales), así como en la clasificación de Paris es el tipo III.⁸

González A, Benavides E, Santofimio D, Gil F. Cáncer gástrico: características epidemiológicas, clínicas y patológicas de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Neiva entre enero del 2007 y diciembre del 2012. RFS Revista Facultad De Salud 2015; 7(2): 23-8.

Se realizó un estudio descriptivo observacional. Patología de alta prevalencia e incidencia en este hospital, por lo que debe continuar creando estrategias para mejorar y poder así tener un diagnóstico precoz y así también realizar un estudio prospectivo que nos permita identificar y caracterizar los factores de riesgo para el cáncer gástrico.⁹

2.1.2 Nacionales:

Valenzuela E, Criollo N. Factores relacionados a cáncer gástrico en un Hospital público de Huánuco. Rev Perú Investig Salud. 2018; 2(1):42-9.

Estudio observacional de casos y controles. El presentar infección por *Helicobacter pylori*, mayor de 60 años, sexo masculino y alto contenido de sal en las comidas son factores de riesgo que muestra el estudio para desarrollar cáncer gástrico. El nivel socioeconómico, procedencia, antecedentes familiares y la dieta no fueron factores de riesgo.¹⁰

Valdivia Cabrera R. Factores clínicos y epidemiológicos asociados a cáncer gástrico en pacientes del servicio de gastroenterología en Hospital Militar Central en el año 2015 - 2016. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018.

Se realizó un estudio analítico de casos y controles. Se llega a la conclusión de que ser del sexo masculino, ser mayor de 50 años, lugar de procedencia sierra, infección por *Helicobacter pylori*, con IMC mayor o igual a 25 y el consumo elevado de nitritos son factores de riesgo asociados.¹¹

Parillo L. Características endoscópicas y patológicas del cáncer gástrico en un hospital público peruano. Rev Gastroenterol Perú 2017; 37(3)209-16.

Tipo de estudio observacional retrospectivo transversal. Siendo más frecuente en el sexo masculino y en pacientes mayores de 76 años, la presentación endoscópica más frecuente fue Borrmann III e histológico adenocarcinoma, la presencia de *H. pylori* y metaplasia intestinal incompleta asociada a cáncer tipo intestinal. Presentación distal 8 veces más frecuente que la proximal.¹²

Yarlequé Rubio P. Prevalencia y características endoscópicas-histológicas de cáncer gástrico en Hospital II-2 Santa Rosa, durante periodo enero 2014-setiembre 2015. Piura: Universidad Cesar Vallejo; 2017.

Diseño de estudio no experimental tipo observacional descriptivo transversal y retrospectivo. Las conclusiones que se pudieron llegar luego del estudio fue que la prevalencia de esta patología fue de 73%, con una media de 58 años, más frecuente en adultos mayores y de sexo masculino. El cáncer gástrico pobremente diferenciado e intestinal fueron los grados histológicos y tipos más frecuentes, respectivamente. La localización más frecuente fue el píloro y según la morfología endoscópica el Bormann tipo IV fue el grado más habitual.¹³

Taípe de la Cruz A, Zevallos Crisostomo B. Factores de riesgo y tipo de cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia”, 2014-2016. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2017.

Estudio de tipo descriptivo correlacional transversal. El estudio nos muestra que los años promedio en los que la enfermedad aparece es 61 a 70 años, con predominio en varones y que provengan de áreas rurales. El tipo anatomopatológico más frecuente es adenocarcinoma y que el 83% de estos pacientes están expuestos al consumo de alimentos ahumados, elevado en condimentos alto contenido de sal; 79,2% asociado a dietas pobres en verduras y frutas, a diferencia de otros factores ambientales como lo son, tabaquismo, alcoholismo y ocupación de riesgo no son significantes en la presencia de este. Casi el total de pacientes presentaron gastritis atrófica, metaplasia intestinal y displasia además de la presencia de la bacteria *Helicobacter pylori*, otros factores de riesgo pre malignos como cirugía previa de estómago y pólipos gástricos no son de relevancia en la presencia del cáncer gástrico de este tipo.¹⁴

2.2 BASE TEÓRICA

El cáncer gástrico por definición es un desarrollo sin control de las células, localizadas en la superficie interna del estómago, este crecimiento celular puede ir más allá de la pared gástrica y finalmente propagarse a otros órganos.¹⁵

Hay múltiples factores tanto internos como externos que intervienen, como lo son ser de sexo masculino, la carga genética, la edad ya que es más frecuente en adultos mayores, provenir de países del continente asiático, así como el consumo de carnes rojas, ahumadas, escasa ingesta de verduras y frutas, comida grasosas, baja salubridad, tener

antecedente de lesiones ulcerativas, presencia de la bacteria *Helicobacter pylori*, entre muchos otros.¹⁶

Las neoplasias del estómago son principalmente malignos, y casi el total de ellos son tumores de tipo adenocarcinomas, con menos frecuencia de casos se han visto tumores malignos como los Linfomas, en especial el no Hodgkin; y los sarcomas, como por ejemplo el Leiomioma o los tumores benignos gástricos llamados leiomiomas, lipomas y tumores carcinoides. La forma de distribución de este cáncer es de comportamiento muy variable, se registran lugares de alta frecuencia en países en vías de desarrollo como Chile y Colombia. Existiendo otras áreas de baja frecuencia, ejemplo de ello son Canadá, Estados Unidos y Australia.¹⁷

De acuerdo a los datos brindados por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, la prevalencia al año del cáncer en nuestro país es de aproximadamente 150 casos por cada 100 000 habitantes. En la actualidad, la mayoría de diagnósticos de cáncer se detecta en etapas avanzadas. Esto encaminada a una baja tasa de curarse, en donde la calidad de vida se ve mellada, mayor coste del tratamiento además de la alta mortalidad, esto debido al difícil acceso a los diversos servicios de salud, a la insuficiente cultura preventiva, gran influencia de estilos de vida poco saludables, pobre educación, entre muchos otros.¹⁸

En el año 2017, se tuvo como registro de 10 650 casos de neoplasias, 7 537 corresponden a casos nuevos, ocupando un 70,8 %, estos casos proceden de 47 establecimientos notificantes de todo el país. En el Perú, la incidencia está estrechamente relacionada con el sitio de donde provenga dentro de Lima Metropolitana, en donde se muestra una mayor incidencia en los distritos de Breña, Puente Piedra, Lince, El Agustino, Villa El Salvador, Rímac, entre otros siendo estos distritos con nivel

socioeconómico medio bajo, aquellos con nivel socioeconómico alto como Miraflores y San Isidro muestran menor incidencia.¹⁹

El cáncer de estómago sucede con más frecuencia en edades mayores de 55. La edad más común de diagnóstico es entre 60 y 70 años, si se tiene en consideración a los pacientes diagnosticados en estadios precoces la edad media decrece a la cuarta década de la vida. Siendo el sexo masculino dos veces más proclives a desarrollar cáncer de estómago que el sexo femenino. El tener como antecedente de haber estado infectado con *Helicobacter pylori*, que es uno de los causantes de inflamación y de las úlceras gástricas, asimismo se le reconoce como una de las principales causas del cáncer gástrico. Las personas que tienen como antecedente familiar cáncer de estómago tienen mayores riesgos de presentarlo. Además, ciertas alteraciones genéticas, como el cáncer gástrico difuso hereditario, pueden incrementar el riesgo de padecer este cáncer de gástrico. Más frecuente en la raza hispana, asiática o negra que en las de raza caucásica, así como el lugar de procedencia, dentro del país varía. Una alimentación que incluya niveles de sal elevada puede subir el riesgo, se incluye alimentos conservados con ahumado, métodos de secado, encurtido y al poco consumo de verduras frescas y frutas, así como el exceso de alcohol y uso de tabaco. Las personas que fueron sometidas a cirugías de estómago, o tener como antecedente anemia perniciosa o aclorhidria tienen mayor riesgo de contraer cáncer de gástrico, la exposición a algunas sustancias en polvo o gas, puede acrecentar el riesgo de desarrollarla. En el Perú, se estima que aproximadamente la mitad de pacientes tienen metástasis ganglionares o están comprometidos los órganos colindantes al diagnosticarse. En pocas palabras, la manera ideal de menguar la enfermedad sería a través de intervenciones como prevención primaria o detección temprana efectiva.²⁰

Para entender la fisiopatología del cáncer gástrico primero debemos saber que es la carcinogénesis: la expresión de una neoplasia se describe al conjunto de patologías representadas por un desarrollo de células “neoplásicas” no normales de forma autónoma. Como resultado de la capacidad de regulación que se ve perdida en los distintos aspectos fundamentales del funcionamiento celular, hay una pérdida de su capacidad de regulación en sus aspectos fundamentales de su función celular, como es proliferación, diferenciación y muerte celular programada. Al no tener el control apropiado de estos, las células cancerígenas son producidas en un gran número, penetrando órganos contiguos y van formando en un inicio pequeñas colonias metastásicas. La gran parte de estos tipos de cáncer tienen como historia natural este crecimiento de las características no normales se produce de modo progresivo durante años. El progreso de un tejido a la malignidad conlleva varios procesos. La primera demostración perceptible de cambios neoplásicos es la displasia, condición que muestra que las células epiteliales desarrollan alteraciones en su forma, organización y tamaño. Esto es un cambio frecuente como respuesta a la inflamación de manera crónica de los órganos y a la exposición de irritantes ambientales o de toxinas. El nivel de gravedad de las estructuras normales de las células, definirán la displasia como leve, moderada, o severa.²¹

El tejido displásico conserva un nivel de regulación sobre la proliferación de las células, por esto habitualmente es reversible cuando es retirado el elemento que lo induce. Sin embargo, la displasia grave conduce hacia carcinoma sino se intercede, difícilmente se tiene un retroceso hacia un nivel histológico menor y termina progresando a adenocarcinoma en más tres cuartos de los pacientes en un lapso de tiempo de año y medio.²²

La particularidad más notoria es que tienen la capacidad que tiene de infiltrar la membrana basal y diseminarse no teniendo en cuenta los límites del órgano sano. Enfermedad localizada es el término que se usa para describir a la neoplasia cuya invasión es limitada a su tejido primario. Cuando se pasa los límites de esta membrana basal, el siguiente paso de la propagación del tumor es el drenaje linfático. Los ganglios linfáticos que son los responsables del drenaje del tejido de inicio se denomina enfermedad regional cuando las células cancerígenas las invade. La última fase del progreso del tumor es la metástasis, en el que se llega a instauran colonias de forma independiente del tumor en órganos alejados que favorecen su desarrollo. Un estado premaligno es la alteración en su histología en la mucosa que se encontraba sana la cual acrecienta el riesgo de cáncer. Los cambios dentro de las capas del estómago relacionados con el crecimiento del cáncer son, por ejemplo: metaplasia intestinal, gastritis atrófica o la presencia pólipos gástricos. La metaplasia se pueden dividir en 2 grupos dependiendo de las enzimas intestinales que se demuestren produzcan y el tipo de mucina secretada. La displasia es considerada como predecesor común de la malignidad y se ve tal igual en el epitelio foveolar sano como en la metaplasia intestinal. Los pólipos localizados en el estómago son de tipo hiperplásicos, que cuya distribución es en cualquier parte de este, es múltiple, miden menos de 2cm y adenomatosos son generalmente únicos, de localización más frecuente en el antro del estómago, tamaño mayor de 2 cm de diámetro, este segundo tipo de pólipos son los que tienen mayor riesgo de malignización con casi un 38%. De manera global se tiene aceptado que hay un riesgo de desarrollar cáncer gástrico debido a úlcera gástrica, pero este es mínimo. La histología no se puede clasificar de manera exacta de los carcinomas gástricos, fundada en su morfología, es dificultosa debido a la variedad de sus lesiones. Lauren expuso un sistema de clasificación histológica que los categoriza en: intestinal

(diferenciados) tienen un patrón de crecimiento expansivo, se ve de manera habitual infiltrado linfocitario de su estroma en la parte superficial de la masa tumoral y cercano de este, así como una metaplasia intestinal en la mucosa adyacente, y el tipo difuso (no diferenciados) poseen como modelo de desarrollo infiltrativo, sin infiltración linfocitaria.

23

Las formas de diseminarse del cáncer de estómago son parecidas a las otras lesiones del tracto gastrointestinal. A partir de la submucosa hasta tejidos vecinos mediante los conductos linfáticos, ya sea por vía hematógeno o transperitoneal. El cáncer de tipo difuso puede expandirse con extensión en la submucosa; es viable encontrar células cancerosas solitarias a varios centímetros de distancia del tumor principal a diferencia del tipo intestinal que se extiende a unos escasos milímetros del principal tumor. El pronóstico de la enfermedad es de manera proporcional al número comprometido de los ganglios linfáticos. La frecuencia de la infiltración ganglionar acrecienta en directa proporción con el grado de profundidad de su infiltración. El ganglio linfático es más frecuente su afectación cuando los carcinomas están en el tercio estómago.²⁴

La localización más habitual de metástasis se encentra en el hígado y pulmones. Los casos de pacientes que tienen metástasis hepática tienen baja tasa de supervivencia, casi el total de paciente mueren dentro de los 12 meses subsiguientes, si el tumor no se extirpa. Una vez alcance la superficie del peritoneo del estómago, estas células neoplásicas malignas pueden invadir el peritoneo y dar como resultado a estas siembras peritoneales y a tumores localizados en la pelvis.²⁵

Aun se tiene escaso conocimiento de las modificaciones genéticas, desde aneuploidía en el ADN celular en tres cuartos de pacientes, así como es la supresión de genes oncológicos supresores como el APC,

p53, DCC y MCC y con menos incidencia es reconocida la amplificación de oncogenes como el erb-B2 en el tipo intestinal, el k-sam y c-met en el cáncer difuso. A demás se ha identificado una alteración de otros tipos de oncogenes como los RAS, siendo el desequilibrio microsatélite más usual en los tipos de cáncer poco diferenciados.²⁶

Las características clínicas de la enfermedad dependen del tiempo de evolución, años del paciente y el lugar en ubicación, la extensión y el tipo. En las etapas más tempranas, no se coliga a síntomas sistémicos. Aquellos tumores cuya localización sea en al inicio o parte distal del estómago corresponden a sintomatología dispéptica ligeros al inicio, para luego provocar conforme avance la enfermedad los de obstrucción. En cambio, los localizados en el cuerpo gástrico pueden ser clínicamente silenciosos hasta fases tardías o relacionarse con síntomas vagos como molestias epigástricas o anorexia. Los síntomas más habituales son: epigastralgia e indigestión, vómitos, anorexia o hematemesis, pérdida ponderal, disfagia, masa ocupante del abdomen, melena, esteatorrea y diarrea; son muy inespecíficos. No existiendo síntomas o signos patognomónicos del cáncer gástrico. Las expresiones conocidas de esta enfermedad pertenecen a la fase tardía de la patología. La poca especificidad de la sintomatología en etapas tempranas es uno de los motivos de un tardío diagnóstico. Se evidencia 3 grandes patrones en la clínica frecuente, que son los insidiosos, el obstructivo y los similares a la úlcera gástrica. Insidioso: constituyen mayor dificultad diagnóstica como resultado de la poca especificidad de los síntomas iniciales. La mayor parte de estos son los tumores que están ubicados en el cuerpo gástrico y a la imperceptible interrupción del funcionamiento del estómago en los estadios tempranos de patología. En los tumores que presentan ulceración la pérdida de sangre en heces o vómitos consiguen ser importante, existiendo el riesgo de una perforación. Los síntomas precoces de este tipo de tumor son molestias

epigástricas o dolor, náuseas, anemia, anorexia y pérdida ponderal. Obstrutivo: varían según donde se localice dentro del estómago ya sea en el cardias o en el píloro, en los que la clínica son resultado de su obstrucción. Si se sitúa en la unión gastroesofágica o próxima, refieren disfagia que progresa, en un primer momento para sólidos posterior a líquidos. Ya cuando el tumor invade la entrada del estómago, se evidencia la marcada pérdida de kilos bien apresurada. La mitad casos de pseudo-acalasia son consecuencia de la ocupación de la masa maligna. Si el tumor afecta al píloro, los síntomas tardíos pertenecen a la estenosis en esta zona. Frecuentemente, es difícil establecer si la obstrucción es subsiguiente a una úlcera o cáncer, si el diagnóstico se basara exclusivamente en la sintomatología. Los síntomas iniciales de este tipo se asemejan a los presentados en la úlcera péptica. El peritoneo de la pelvis puede ser invadido con diseminaciones del tumor, o pueden formarse grandes masas tumorales, como consecuencia de que las células por declive caen y pueden empezar con síntomas relacionados a la obstrucción en el momento de la defecación. Tipo úlcera péptica: cerca del 30% de pacientes con cáncer gástrico se muestran con dispepsia como antecedente de algunos años de progreso antes de realizarse el diagnóstico, llegan incluso un grupo de estos pacientes a recibir un tratamiento médico para úlcera gástrica crónica. La obstrucción del píloro provoca un incremento de la presión dentro del estómago que puede provocar reflujo gastroesofágico y este ser caracterizado por pirosis, regurgitación y agruras. No hay síntomas patognomónicos de esta patología. Si el médico no cree dentro de las posibilidades cáncer gástrico, es posible que el paciente reciba tratamiento de manera empírica para una patología ulcerosa o no recibir tratamiento si fuese el caso de avanzados tumores, se puede ser encontrado como hallazgo ascitis, una masa palpable, ictericia o una diseminación a los ganglios linfáticos superficiales. Cuando se revelan signos físicos de cáncer gástrico ya la enfermedad es incurable.²⁷

La anatomopatología es una rama de la Patología, abarca el análisis de las modificaciones que puedan surgir en su anatomía, histológicamente y citológicas de los órganos, tejidos y células en el curso de una patología, esto nos permitirá instaurar las causales, los mecanismos de cómo se produjeron y las consecuencias de este proceso de cualquier enfermedad. Histológicamente existen diferentes tipos:

- Adenocarcinoma que es el 90% del cáncer gástrico. Estos tipos de cáncer nacen en las células que componen la mucosa, la capa más superficial.
- Linfoma: son neoplasias del sistema inmune que en ciertas ocasiones se manifiestan en la pared del estómago. Siendo un 4% del cáncer gástrico. El tratamiento que se lleva y el pronóstico de este dependerá de qué tipo de linfoma sea.
- Tumores del estroma gastrointestinal (GIST): Muy poco frecuentes, nacen de células de la pared del estómago nombradas células intersticiales de Cajal, pudiendo ser benignos o malignos y localizarse en indistintamente dentro del tracto digestivo, siendo la localización más frecuente en el estómago.
- Tumores carcinoides: emergen de las células creadoras de hormonas del estómago. Gran parte de estos tumores no se disemina a otros tejidos. Aproximadamente ocupa el 3% de los tumores cancerosos del estómago.
- Otros tipos de cáncer, como el carcinoma de células escamosas, leiomioma y el carcinoma de células pequeñas, pueden nacer del estómago, aunque de por sí ocurren con mucha menor frecuencia.²⁸

Clasificación de Lauren

Clasificación científica sirve para estudios epidemiológicos. Existen 2 tipos: El tipo intestinal es el más común, prevalece en zonas geográficas con alta incidencia de carcinoma gástrico, asociado con gastritis crónica atrófica severa, metaplasia intestinal y displasia en la mucosa colindante. Se observa formaciones tipo glandular y en las células epiteliales que se asemejan a las células intestinales, crecen formando nódulos con amplios frentes adherentes. Se ubican sobre todo en el antro del estómago, y en aquellos lugares donde preexistían metaplasia intestinal y macroscópicamente suelen adoptar las formas polipoide (Tipo I) o ulceradas con bordes elevados (Tipo II) de la clasificación de Borrmann. En el tipo difuso se observan células que sobrepasan la pared gástrica sin verse desarrollo glandular con escaso grado de diferenciación, con células diseminadas que invadiendo en forma solitaria o en pequeños conjuntos. El antro-píloro es la ubicación preferente del cáncer gástrico, que se corresponde con el tipo intestinal. Durante los últimos años se ve un aumento de la frecuencia de los tumores cuya localización es en el cuerpo-fondo y la unión esófago-gástrica, se sospecha está correlacionado a la variación de la prevalencia del tipo difuso.²⁹

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Cáncer gástrico: proceso de multiplicación y propagación no controlada de células del estómago, que invade otros órganos.

Anatomopatología: estudia las alteraciones morfológicas, macroscópicas y microscópicas, que producen en las células, tejidos u órganos, las enfermedades.

Epidemiología: estudio de la distribución y de los determinantes de estados o eventos sobre todo de enfermedades.

Síntomas: referencia subjetiva que da la persona enferma de la percepción que identifica como anormal o provocada por un estado patológico o una enfermedad.

Signos: expresiones objetivas, clínicamente confiables y que son observadas en la exploración que realiza el médico.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 GENERAL

Debido a la naturaleza de este estudio no se realiza hipótesis.

2.4.2 ESPECÍFICAS

Debido a la naturaleza de este estudio no se realiza hipótesis.

2.5 VARIABLES

Variable Dependiente:

Cáncer gástrico

Variable Independiente:

Características epidemiológicas, características clínicas y anatomopatológicas.

• Indicadores

1. Características epidemiológicas

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Estado civil
- ✓ Procedencia
- ✓ Grado de instrucción
- ✓ Ocupación
- ✓ Antecedente familiar de cáncer gástrico
- ✓ Antecedente familiar de otro tipo de cáncer

- ✓ Antecedente de patología gástrica
 - ✓ Hábitos nocivos
2. Características clínicas
- ✓ Asintomático
 - ✓ Malestar o dolor en el abdomen
 - ✓ Pérdida de peso
 - ✓ Hemorragia
 - ✓ Plenitud precoz
 - ✓ Diarrea o estreñimiento
3. Características anatomopatológicas
- ✓ Tipo Histológico
 - ✓ Localización más frecuente

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Displasia: proliferación y alteración anormal que afectan a la forma, tamaño y a la organización. Esto nos puede indicar que se encuentra en una etapa de evolución inicial hacia el desarrollo en una neoplasia.

Metaplasia: cambio reversible en el que una célula diferenciada se reemplaza por otro tipo de célula. Puede ser una adaptación de estas células al ser sensibles al estrés, cambio por otros tipos celulares que tengan mayor resistencia al entorno adverso.

Helicobacter pylori: bacteria gram negativa que habita únicamente en el epitelio gástrico humano.

Oncogenes: gen que ha sufrido una mutación y que favorece el desarrollo del cáncer.

Edad: tiempo que transcurre desde el nacimiento de un individuo.

Neoplasia: desarrollo anómalo de alguna parte del organismo de un tejido nuevo tumoral, ya sea benigno o maligno.

Metástasis: células cancerosas se separan del tumor primario, y se diseminan a través del sistema sanguíneo o linfático, formando un nuevo tumor en otros órganos o tejidos del cuerpo, siendo este nuevo tumor del mismo tipo del tumor primario.

Clasificación de Lauren: se divide en dos tipos intestinal siendo el de mejor pronóstico y el difuso.

Clasificación de Bormann: uso para el cáncer avanzado, clasificación macroscópica para la etapificación del cáncer gástrico.

Antro: Parte más distal del estómago.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal; descriptivo porque la información se recolecta sin alterar el entorno ni se manipula, observacional porque solo se limita a observar, medir y analizar estas, retrospectivo porque se estudian hechos que han ocurrido y que se encuentran dentro del periodo en el que se desarrolló esta investigación; corte transversal porque se basa en la toma de muestra en un solo tiempo.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Según su naturaleza es de nivel descriptivo.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población que participó en nuestro estudio fueron 75 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico que fueron atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Luis Arias Schreiber en el año 2018.

Muestra:

Mediante un muestreo no probabilístico, en la presente investigación se trabajó con toda la población, la cual fue 75 pacientes, pero luego de aplicar los criterios de exclusión terminó estando conformado por un total de 70 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico concluyente de cáncer gástrico por estudio anatomopatológico.
- Pacientes de todas las edades.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con o sin tratamiento quirúrgico definitivo
- Pacientes que reciban o no tratamiento

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas, no habidas.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Técnica: Observacional directa debido a que se recopilará información de historias clínicas de todos los casos que presenten los criterios de inclusión y encasillen en nuestra población, para posterior análisis de información obtenida.

La recolección de datos, se realizará mediante el instrumento (ficha de recolección). Utilizaremos la historia clínica del paciente con diagnóstico de cáncer gástrico que incluye los siguientes datos: características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se presentó un documento al Departamento de Apoyo a la Docencia Capacitación e Investigación del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber, teniendo la aprobación y acceso a las historias clínicas de pacientes con cáncer gástrico. Posteriormente se realizó la revisión de las historias clínicas y el registro de la información en la ficha de recolección de datos, la cual contó con 14 ítems de opción múltiple y se englobó las variables a usar en la investigación,

organizadas en 3 categorías: características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se creará una plataforma de datos obtenidos de las historias clínicas para el proceso automatizado de los mismos en planillas de Microsoft Excel ® versión 2013 y SPSS v25. Los resultados se analizaron y se representaron mediante tablas y gráficos de porcentaje.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se rige bajo normas para el correcto empleo de los datos y la conservación de la ética en la investigación. No se realizarán procesos experimentales en los pacientes, por lo que se solicitará permiso al Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en donde se desarrollará el estudio y se guardará la confidencialidad de los datos que se adquieran. Los datos serán manejados solo por mi persona, una vez obtenidos se codifican para mantener las identidades de los pacientes en estudio. Luego se enviarán al hospital los resultados de la investigación, para que puedan ellos realizar actividades en mejora de la situación que se evidencia.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Tabla N° 01

Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

		N°	Porcentaje
Edad	<40	2	2,9%
	40-49	5	7,1%
	50-59	7	10%
	60-69	20	28,6%
	≥70	36	51,4%
Sexo	Masculino	49	70%
	Femenino	21	30%
Estado civil	Conviviente	4	5,7%
	Casado (a)	36	51,4%
	Soltero (a)	1	1,4%
	Viudo (a)	17	24,3%
	Divorciado (a)	12	17,1%
Procedencia	Costa	14	20%
	Sierra	38	54,3%
	Selva	18	25,7%
G. de instrucción	Sin educación	2	2,9%
	P. incompleta	2	2,9%
	P. completa	3	4,3%
	S. incompleta	4	5,7%
	S. completa	8	11,4%
	E. Técnica	32	45,7%
	E. Univ	19	27,1%
Ocupación	Trabajador	19	27,1%
	Desempleado	51	72,9%
A. familiar cáncer gástrico	Si	22	31,4%
	No	48	68,6%
A. familiar otro tipo de cáncer	Si	37	52,9%
	No	33	47,1%

		N°	Porcentaje
A. patología gástrica	Inf. H. pylori	40	57,1%
	Pólipos	9	12,9%
	GastritisC.Atrófica	19	27,1%
	Úlcera	2	2,9%
Hábitos nocivos	Alcohol	10	14,3%
	Tabaco	40	57,1%
	Alcohol y tabaco	20	28,6%
	Total	70	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Se evidencia en la tabla N° 01 que dentro de las características epidemiológicas las que mayor resaltan tener como edad mayor igual a 70 años, sexo masculino, estado civil casado, procedencia sierra, antecedente familiar de otro tipo de cáncer, como patología gástrica infección por H. pylori y dentro de los hábitos nocivos el ser fumador.

Tabla N° 02

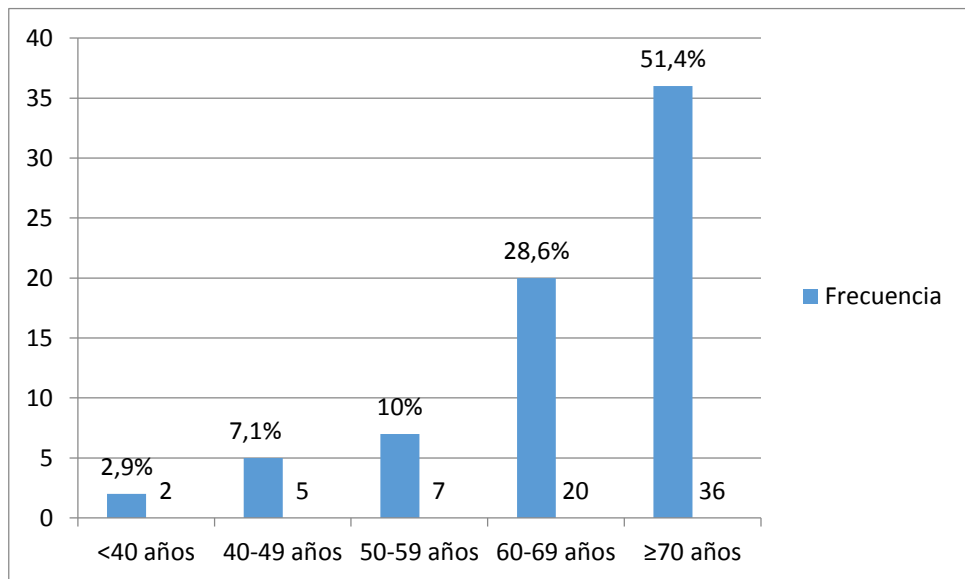
Edad de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
<40 años	2	2,9
40-49 años	5	7,1
50-59 años	7	10,0
60-69 años	20	28,6
≥70 años	36	51,4
Total	70	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 01

Edad de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Se evidencia en la tabla N° 02 y gráfico N° 01 que el 51,4% de los pacientes con cáncer gástrico son mayores de 70 años, siendo la mayoría, mientras que aquellos menores de 40 años solo representaron el 2,9% del total.

Tabla N° 03

Sexo de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

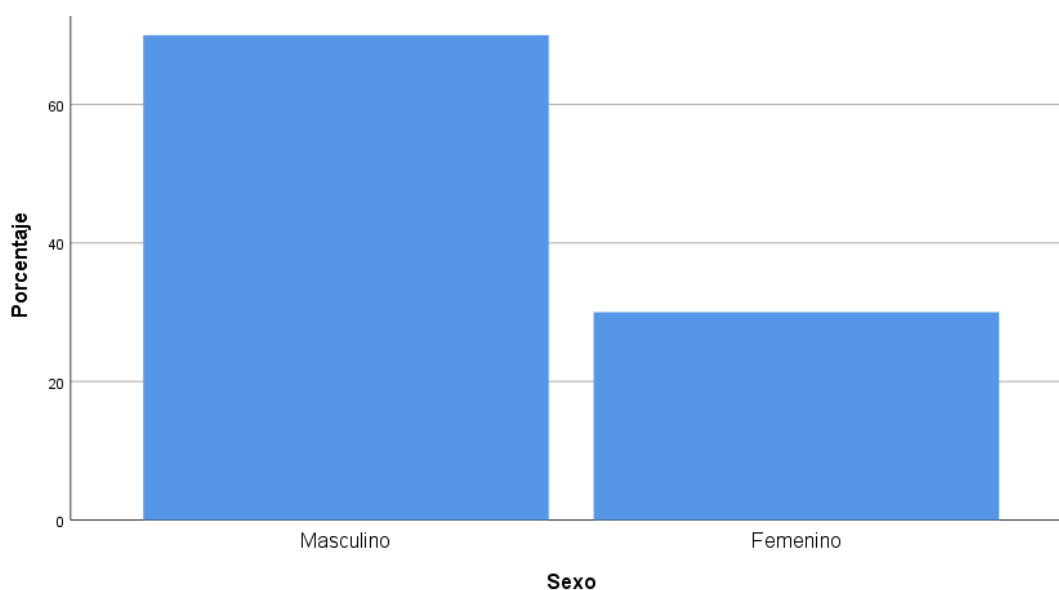
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	49	70,0
Femenino	21	30,0
Total	70	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 02

Sexo de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la presente tabla N° 03 y gráfico N° 02, se observa que el porcentaje mayoritario de pacientes con cáncer gástrico son de sexo masculino con un 70%, mientras que un 30% son de sexo femenino.

Tabla N° 04

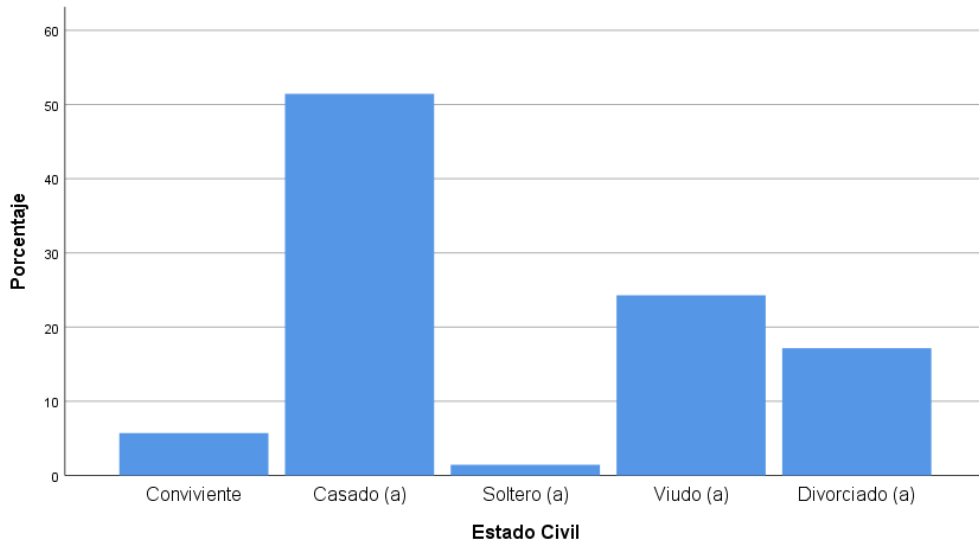
Estado Civil de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Conviviente	4	5,7
Casado (a)	36	51,4
Soltero (a)	1	1,4
Viudo (a)	17	24,3
Divorciado (a)	12	17,1
Total	70	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 03

Estado civil de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la tabla N° 04 y gráfico N° 03 muestra que existe mayor frecuencia en el estado civil casado(a), el cual asciende a 36 casos siendo éstos el 51% del total, por otro lado, solo se observa a un paciente con estado civil soltero.

Tabla N° 05

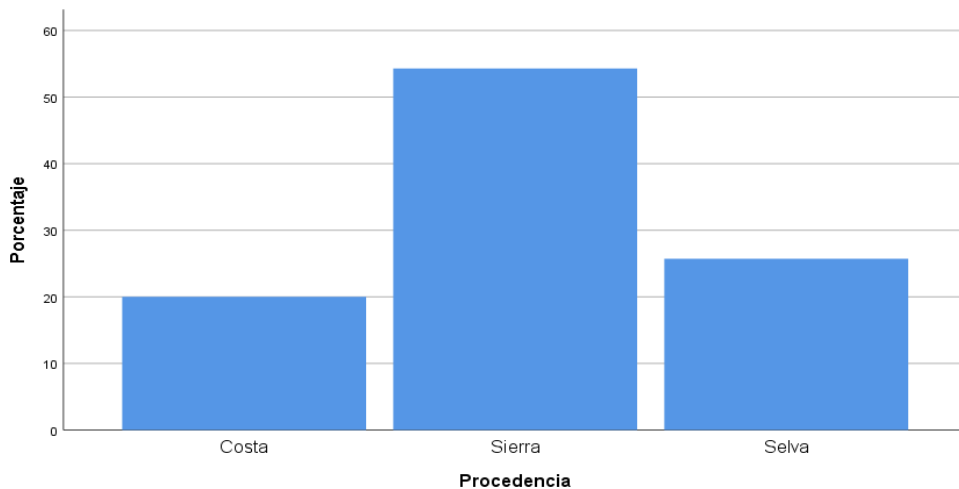
Procedencia de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Costa	14	20,0
Sierra	38	54,3
Selva	18	25,7
Total	70	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 04

Procedencia de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Se observa en la tabla N° 05 y gráfico N° 04 que la mayoría de pacientes con cáncer gástrico son procedentes de la sierra de nuestro país, ascendiendo a 38 casos, los cuales representan el 54% del total, el 26% proviene de la selva y el 20% de la costa.

Tabla N° 06

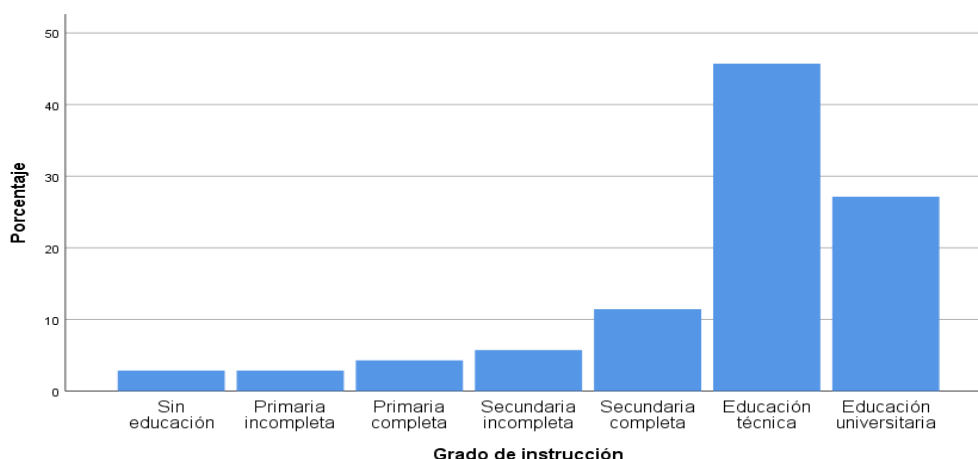
Grado de instrucción de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin educación	2	2,9
Primaria Incompleta	2	2,9
Primaria Completa	3	4,3
Secundaria Incompleta	4	5,7
Secundaria Completa	8	11,4
Educación técnica	32	45,7
Educación universitaria	19	27,1
Total	70	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 05

Grado de instrucción de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la tabla N° 06 y gráfico N° 05 se ve que éstos pacientes tuvo estudios técnicos con 45,7%, mientras que el menor porcentaje está igualado entre los pacientes con grado de instrucción primaria incompleta y aquellos que no tuvieron estudio alguno, ambos con el 3%.

Tabla N° 07

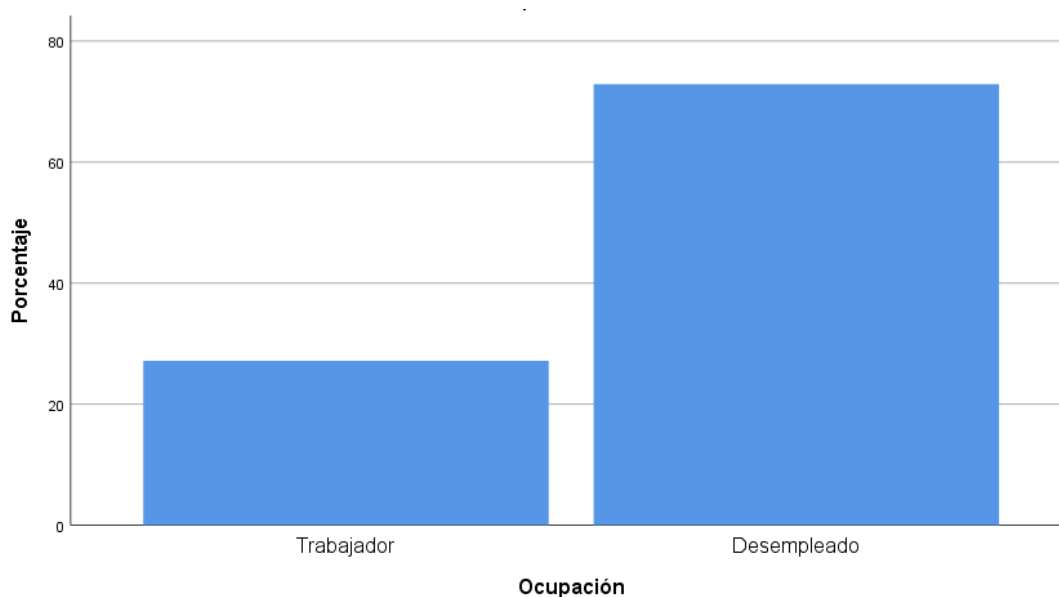
Ocupación de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Trabajador	19	27,1
Desempleado	51	72,9
Total	70	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 06

Ocupación de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la tabla N° 07 y gráfico N° 06 se muestra que 51 de los 70 pacientes con esta patología están desempleados, siendo el 73% del total, se encuentran con trabajo el 27%.

Tabla N° 08

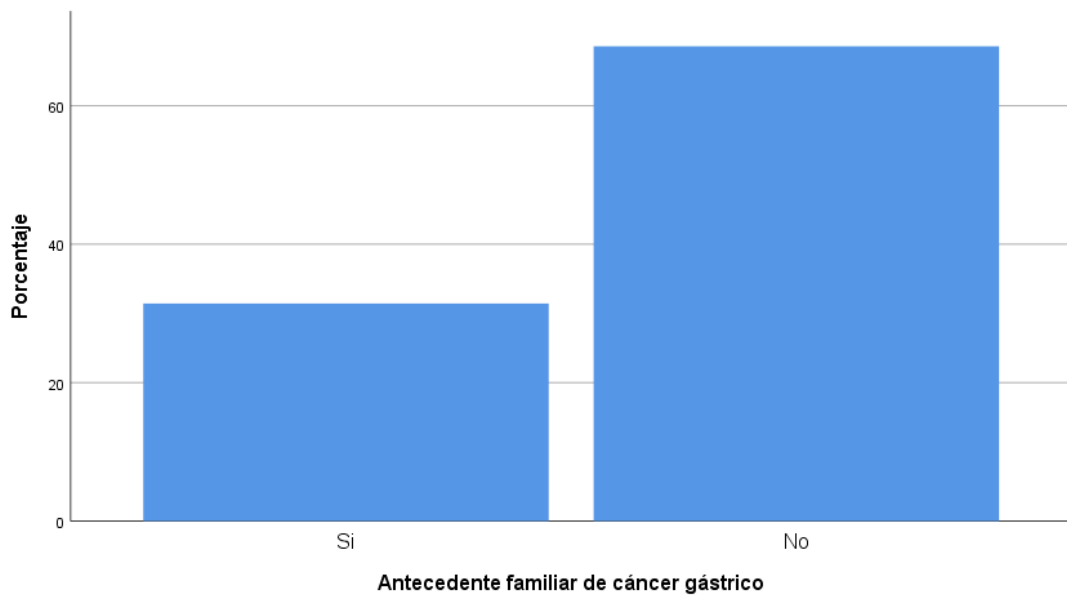
Antecedente familiar de cáncer gástrico de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018

	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	31,4
No	48	68,6
Total	70	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 07

Antecedente familiar de cáncer gástrico de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Se observa en la tabla N° 08 y gráfico N° 07 que solo el 31% de pacientes presento antecedente familiar de cáncer gástrico, aquellos que no tuvieron dicho antecedente familiar conformo la mayoría, con un total de 48 participantes, los cuales representan el 69% del total.

Tabla N° 09

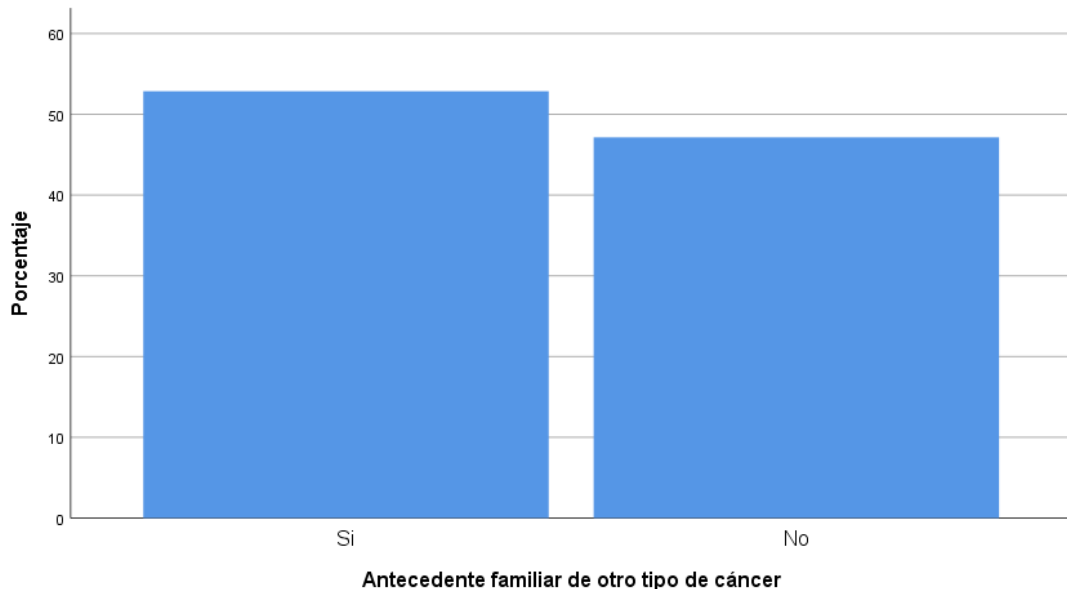
Antecedente familiar de otro tipo de cáncer de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	52,9
No	33	47,1
Total	70	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 08

Antecedente familiar de otro tipo de cáncer de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Se demuestra en la tabla N° 09 y gráfico N° 08, que el 53% de pacientes presentaron antecedente familiar de otro tipo de cáncer con 37 casos, aquellos que no tuvieron dicho antecedente familiar fueron 33 participantes, los cuales representan el 47% del total.

Tabla N° 10

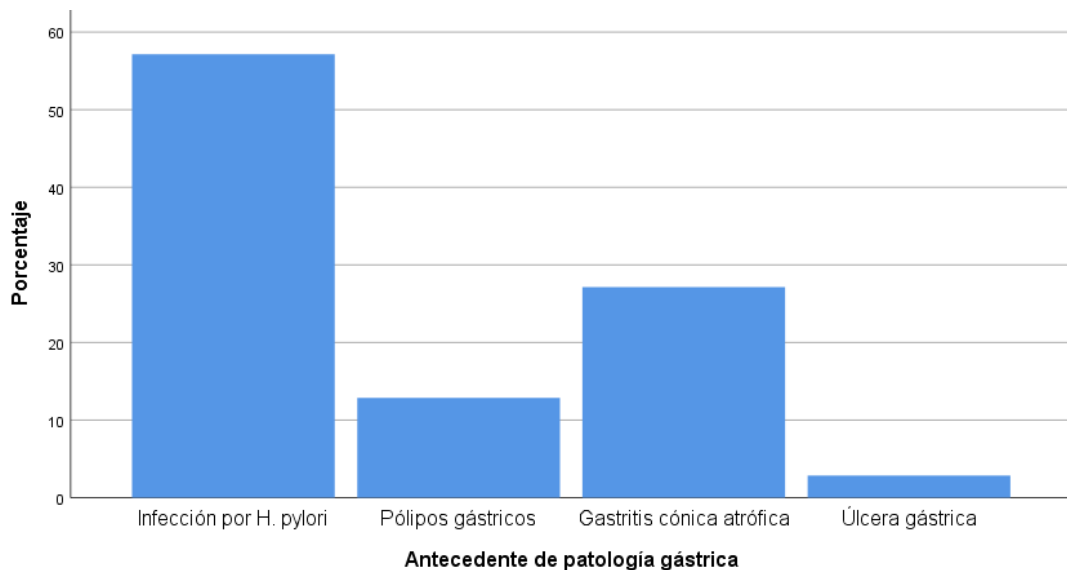
Antecedente de patología gástrica de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Infección por H. pylori	40	57,1
Pólipos gástricos	9	12,9
Gastritis cónica atrófica	19	27,1
Úlcera gástrica	2	2,9
Total	70	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 09

Antecedente de patología gástrica de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la tabla N° 10 y gráfico N° 09 se observa que los participantes que presentaron el antecedente de patología gástrica, se observa en la tabla que la mayor parte de éstos, con un 57%, tuvieron infección por H. pylori, mientras que solo el 3% tuvo como antecedente úlcera gástrica que fueron solo 2 pacientes del total.

Tabla N° 11

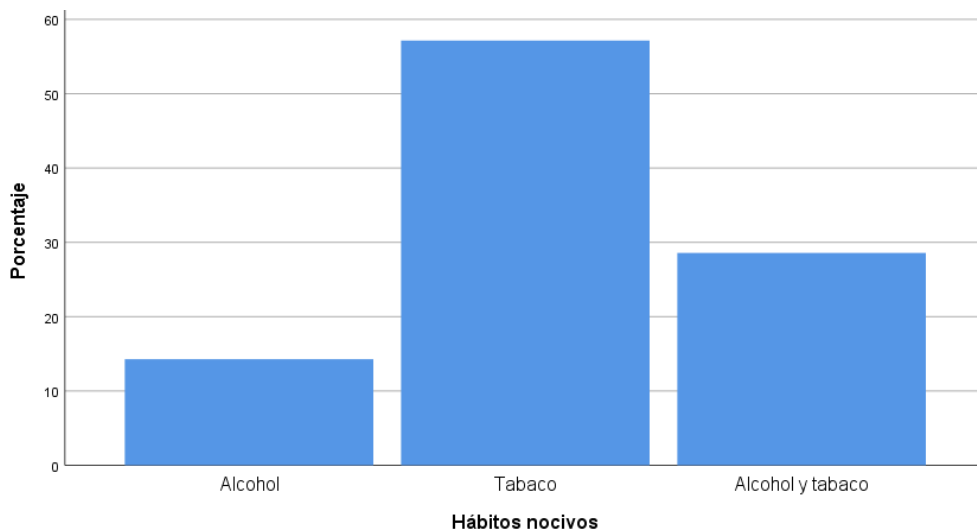
Hábitos nocivos de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	10	14,3
Tabaco	40	57,1
Alcohol y tabaco	20	28,6
Total	70	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 10

Hábitos nocivos de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Se muestra en la tabla N° 11 y N° 10, que el 57% de pacientes que representan 40 casos del total tienen como hábito nocivo el tabaco, en segundo lugar, el consumo de alcohol y tabaco con un 29%, finalmente el 14% consume solo alcohol.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Tabla N° 12

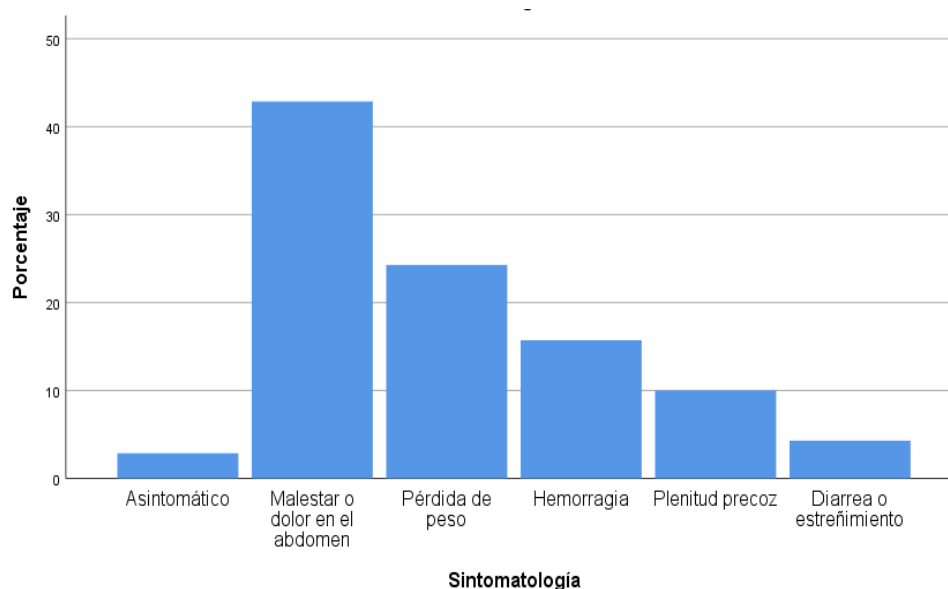
Sintomatología de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Asintomático	2	2,9
Dolor abdominal	30	42,9
Pérdida de peso	17	24,3
Hemorragia	11	15,7
Plenitud precoz	7	10,0
Diarrea o estreñimiento	3	4,3
Total	70	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 11

Sintomatología de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la tabla N° 12 y gráfico N° 11, se observa mayor predominancia del dolor abdominal con 43% del total de casos.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLOGICAS

Tabla N° 13

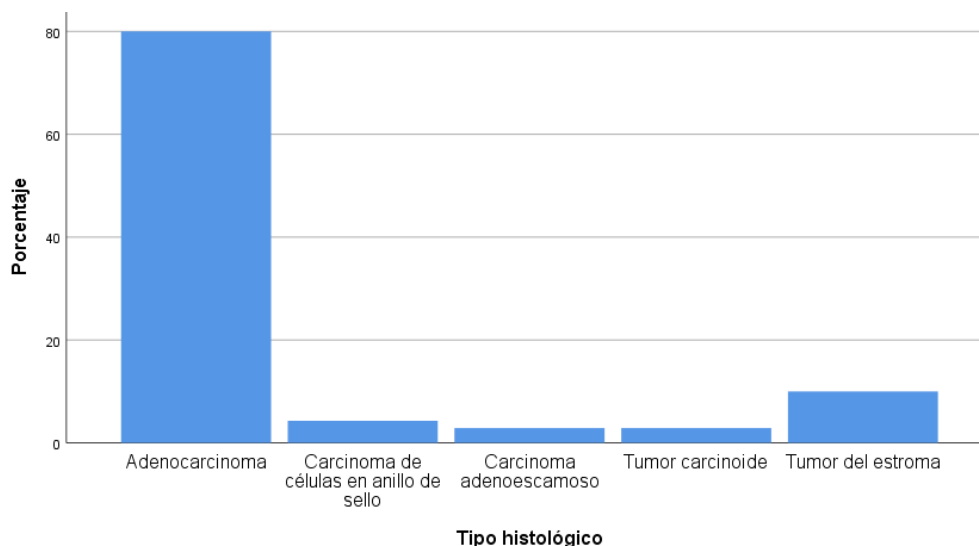
Tipo histológico de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Adenocarcinoma	56	80,0
Carcinoma de células en anillo de sello	3	4,3
Carcinoma adenoescamoso	2	2,9
Tumor carcinoide	2	2,9
Tumor del estroma	7	10,0
Total	70	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 12

Tipo histológico de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: La tabla N° 13 y gráfico N° 12, expresa que el tipo histológico predominante es el adenocarcinoma con el 80%, mientras que los de menor porcentaje son el carcinoma adenoescamoso y el tumor carcinoide con un 3% cada uno.

Tabla N° 14

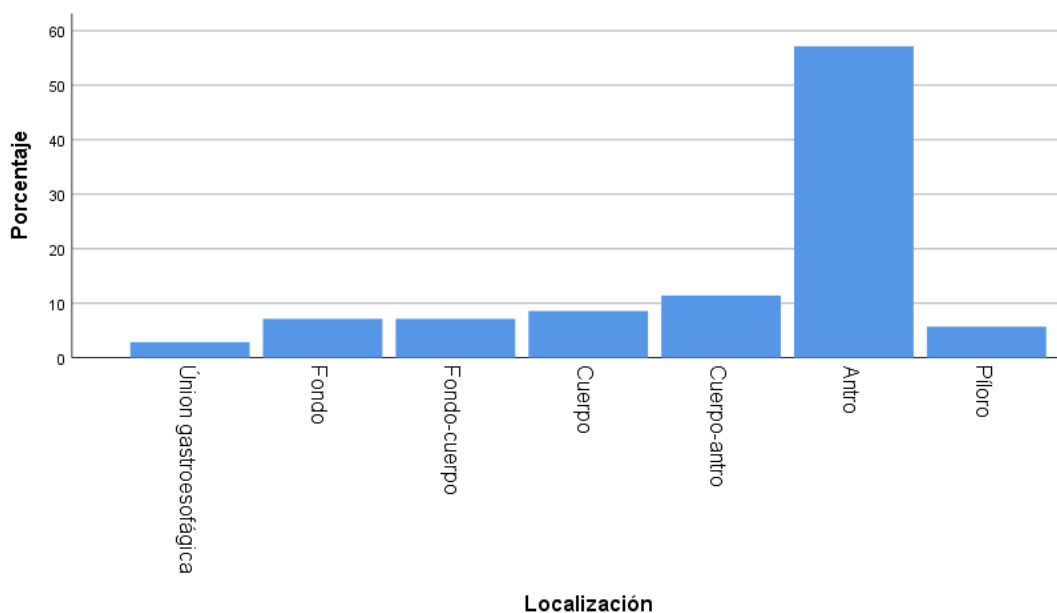
Localización más frecuente del cáncer gástrico de los pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Únion gastroesofágica	2	2,9
Fondo	5	7,1
Fondo-cuerpo	5	7,1
Cuerpo	6	8,6
Cuerpo-antro	8	11,4
Antro	40	57,1
Píloro	4	5,7
Total	70	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 13

Localización más frecuente del cáncer gástrico de los pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la tabla N° 14 y gráfico N° 13 muestra que la localización del tumor más frecuente que se evidencia en la tabla, es en el antro con 40 pacientes representando este un 57% del total y tan solo un 3% se localiza en la unión gastroesofágica.

TABLA N° 15

Tabla general de las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas de los pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber en el año 2018.

		N°	Porcentaje
CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS			
Edad	<40	2	2,9%
	40-49	5	7,1%
	50-59	7	10%
	60-69	20	28,6%
	70	36	51,4%
Sexo	Masculino	49	70%
	Femenino	21	30%
Estado civil	Conviviente	4	5,7%
	Casado (a)	36	51,4%
	Soltero (a)	1	1,4%
	Viudo (a)	17	24,3%
	Divorciado (a)	12	17,1%
Procedencia	Costa	14	20%
	Sierra	38	54,3%
	Selva	18	25,7%
G. de instrucción	Sin educación	2	2,9%
	P. incompleta	2	2,9%
	P. completa	3	4,3%
	S. incompleta	4	5,7%
	S. completa	8	11,4%
	E. Técnica	32	45,7%
	E. Univ	19	27,1%
Ocupación	Trabajador	19	27,1%
	Desempleado	51	72,9%
A. Fam. cáncer gástrico	Si	22	31,4%
	No	48	68,6%

		N°	Porcentaje
A. Fam. otro tipo de cáncer	Si	37	52,9%
	No	33	47,1%
A. patología gástrica	Inf. H. pylori	40	57,1%
	Pólipos	9	12,9%
	Gastritis C. Atrófica	19	27,1%
	Úlcera	2	2,9%
Hábitos nocivos	Alcohol	10	14,3%
	Tabaco	40	57,1%
	Alcohol y tabaco	20	28,6%
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS			
Sintomatología	Asintomático	2	2,9%
	Dolor abdominal	30	42,9%
	Pérdida de peso	17	24,3%
	Hemorragia	11	15,7%
	Plenitud precoz	7	10%
	Diarrea/estreñimiento	3	4,3%
CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLOGICAS			
Tipo histológico	Adenocarcinoma	56	80%
	CA. en anillo de sello	3	4,3%
	CA. Adenoescamoso	2	2,9%
	Tumor carcinoide	2	2,9%
	Tumor del estroma	7	10%
Localización	U. gastroesofágica	2	2,9%
	Fondo	5	7,1%
	Fondo-cuerpo	5	7,1%
	Cuerpo	6	8,6%
	Cuerpo-antro	8	11,4%
	Antro	40	57,1%
	Píloro	4	5,7%
Total		70	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Se puede observar en la tabla N° 15 que dentro de las características epidemiológicas los resultados que resaltan en frecuencia son tener edad mayor igual a 70 años, sexo masculino, procedente de la sierra del país, desempleados, tener antecedente de algún tipo de cáncer diferente al cáncer gástrico, antecedente de patología gástrica por H. pylori y

como habito nocivo ser fumador. En las características clínicas se evidencia que el principal síntoma fue el dolor abdominal y por último en las características anatomopatológicas el tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma y localización más frecuente fue el antro gástrico.

4.2 DISCUSIÓN

El cáncer gástrico en las diferentes investigaciones realizadas es considerado una patología que afecta frecuentemente al adulto mayor que cursa entre los 60 y 70 años, pero que inicia su crecimiento cerca de los 40 años. En el presente estudio se observa que el 51% de los pacientes con esta enfermedad tienen como edad mayor igual a 70 años; que se asemeja a la investigación realizada por Hierro Gonzales⁸, donde el 45,4% tiene como edad mayor a 70 años y al resultado de Parillo¹² en donde la edad fue mayor de 76 con un 42%; lo que demuestra que esta entidad predomina más en pacientes adultos mayores. Se halló que el 70% de pacientes son de sexo masculino; resultado que fue acorde al estudio realizado por Parillo¹², en donde el 62% fue varones o el estudio de Yarleque¹³, en donde el género masculino era el predominante con un 71,6%; esto se debe a que los varones se encuentran más expuestos a los distintos factores de riesgo. En el estudio se evidencia que el 51% de las pacientes tienen el estado civil de casado. Poca es la literatura que señala la asociación del estado civil con el desarrollo de cáncer gástrico. Chirinos²⁹ en su investigación obtuvo como resultado el predominio de estado civil de casado 73.3%. En un estudio realizado por Valdivia¹¹ y Chirinos²⁹, muestran que el 68.62% y 56,8% de pacientes son procedentes de la sierra del Perú, siendo la población más afectadas por el cáncer gástrico, acorde al resultado de nuestro estudio con un 54%. Se evidencia que el grado de instrucción de los pacientes con esta enfermedad fue predominante la educación técnica (46%), mientras que en menor

medida lo son aquellas con nivel de primaria incompleta y sin educación con un 3% ambas. La bibliografía clásica refiere que podría existir una relación entre el grado de instrucción y el cáncer gástrico, esto se podría relacionar al hecho de que a menor grado de instrucción menor son las oportunidades económicas y de trabajo. El cáncer gástrico está disminuyendo en el nivel socioeconómico medio y alto, aun manteniéndose estacionaria en el nivel socioeconómico bajo que muchas veces está relacionado con un grado de instrucción bajo. En cuanto a la ocupación, predominan con un 73% los desempleados. El cambio del rol laboral ya sea como consecuencia de la enfermedad o del tratamiento; hace que se presente dificultades económicas y que pueda presentar dependencia económica. Esto puede llevar a otras alteraciones en menor proporción como es pérdida de las actividades recreativas, provocar aislamiento social y alterar la dinámica familiar. Son numerosas las investigaciones que comprueban la relación existente entre el factor de riesgo herencia familiar y el cáncer gástrico; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tener antecedente familiar de cáncer gástrico tiene un riesgo de 2 a 3 veces mayor de sufrir esta enfermedad. En nuestra investigación salió como resultado que cerca del 31% de los pacientes tenía este antecedente familiar. En el estudio realizado por Gomez³⁰ se evidencia una asociación positiva. En el estudio realizado por Canseco⁵ y Rondan²⁷ se muestra que 25.28% y 32.1% respectivamente de los pacientes tenían como antecedente familiar otro tipo de cáncer distinto al cáncer gástrico no acorde a nuestro estudio en donde un 53% tiene este antecedente. Diversos estudios demuestran la asociación entre este antecedente y el cáncer gástrico. En España Thomson³¹ señala que los familiares de primer grado tuvieron 2-3 veces más posibilidades de tener esta enfermedad. En cuanto a los resultados sobre antecedente de patología gástrica se obtuvo mayor predominancia la infección por H.

pylori con un 57% de casos, que es acorde con las demás investigaciones nacionales e internacionales como la de los autores Avalos⁶ y Taipe¹⁴, describen que aproximadamente el 60.7% y el 86.8% respectivamente presentaron con mayor frecuencia la infección por esta bacteria. Otros antecedentes epidemiológicos de suma importancia en los pacientes, son sus hábitos nocivos; en este estudio se encontró que solo el 57% consume tabaco y que el 14% ingería alcohol y ambos el 27%. Cual difiere con los resultados de Avalos⁶, donde el porcentaje de consumo fue de tabaco fue 42.9% y el de alcohol el 39.3%. No solo es un problema social, sino que también afecta a la salud, se ha demostrado que contiene agentes nocivos como en el caso del alcohol, que por estudios muestra que el etanol es punto de desarrollo de esta enfermedad, aparte otras sustancias cancerígenas que tiene, al igual que en el caso del tabaco que es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de esta y otras enfermedades.

Con respecto a los síntomas de los pacientes Hierro⁸ en su estudio muestra que el dolor abdominal fue el síntoma predominante 85,2% aunque en nuestro estudio solo se presentó en un 43% igual fue el de mayor frecuencia. Este síntoma es el más común de las patologías del sistema digestivo alto, esto no permite sospechar la presencia de un cáncer gástrico cuando se presenta de forma solitaria, habría que profundizar en las características de semiología para así poder perfilar un patrón de comportamiento en este tipo de pacientes, característicamente acuden cuando los síntomas le son limitantes que es cuando la enfermedad ya está en etapa tardía.

El tipo de cáncer gástrico más común fue el adenocarcinoma con un 80% en diversos estudios se ha identificado el predominio del adenocarcinoma, como por ejemplo en el estudio de Canseco⁵ se muestra que el 90% tiene como tipo histológico el adenocarcinoma

lo cual confirma que es el tipo histológico de mayor incidencia en Perú y en el mundo. Avalos⁶ en su estudio muestra que el 46,4% de los tumores malignos de estómago se localizan en el antro, siendo el lugar más frecuente en dicho estudio acorde a nuestra investigación en donde se muestra el antro (57%) como localización frecuente. Probablemente esto sea por la relación con las características anatomopatológicas del estómago, de factores de riesgo asociados a los cambios de las células en las diferentes partes del estómago como por ejemplo la presencia de *Helicobacter pylori* cuyo hábitat natural es el antro.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Se puede identificar, que dentro de las características epidemiológicas del cáncer gástrico que presento la mayoría de los pacientes en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber durante este año de estudio, se encuentran que el sexo predominante es el masculino con un 70%, el 51,4% tienen 70 años o más y es procedente de la sierra del país un 54,3%, como estado civil el 51,4% está casado, el 72,9% como ocupación se encuentra desempleado, grado de instrucción en su mayoría educación técnica (45,7%). Se evidencia que un 52,9% de pacientes tiene antecedentes familiares de algún tipo de cáncer diferente al cáncer gástrico, 68,6% no tiene antecedente familiar de cáncer gástrico y el 57,1% tiene antecedente de patología gástrica por infección por H. pylori. Como hábito nocivo el tabaco predomina con 57%.
2. Como se evidencia en las características clínicas del cáncer gástrico en los pacientes estudiados, la mayor manifestación clínica fue el dolor abdominal presentándose en un 43% del total, seguido de la pérdida de peso con un 24%.
3. En relación a las características anatomopatológicas en el presente estudio, nos muestra que el tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma con 80% del total de pacientes y la localización más frecuente del cáncer gástrico fue en el antro con un 57%.

5.2 RECOMENDACIONES

1. En cuanto a las características epidemiológicas de estos pacientes es necesario dar a conocer los principales factores de riesgo como lo es ser del sexo masculino, adultos mayores, antecedentes familiar de cáncer. Así como promover estilos de vida saludables, campañas para el diagnóstico temprano de esta enfermedad.
2. Sabemos que la enfermedad en un inicio es silenciosa y que la mayoría de estos pacientes suelen acudir a emergencia, en donde muchas veces solo tratan los síntomas, sin decirles a los pacientes que es necesario una evaluación más exhaustiva y por ello la necesidad de acudir a un especialista. Brindar conocimientos a la población mediante campañas realizadas por personal capacitado de salud, sobre la clínica del cáncer gástrico para así poder reconocerlos de manera oportuna y realizar un diagnóstico y tratamiento integral temprano, ya que la mayoría de los pacientes hace caso omiso a estos y solo acuden al centro de salud cuando la enfermedad se encuentra en un estadio avanzado.
3. Informar que el cuidado de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico no finaliza con el diagnóstico o tratamiento que reciba. Se necesita de controles posteriores ya sean exámenes físicos regulares, análisis médicos, procedimientos, entre otros. Es por ello que se debe concientizar a los pacientes y a sus familias sobre el tener un seguimiento adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zaharia M. El cáncer como problema de salud pública en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30(1):7-8.
2. Bray F et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA CANCER J CLIN 2018; 68:394–424.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Indicadores Demográficos, sociales y económicos de los resultados de los Censos Nacionales 2007. Disponible en: www.inei.gob.pe.
4. Perú, Ministerio de Salud. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013. Lima: Dirección General de Epidemiología, MINSA; 2013.
5. Canseco L et al. Epidemiología de cáncer gástrico en el tercer nivel de atención en salud en Chiapas. Rev. Gastroenterol Mex 2018; 83(3):25-4.
6. Avalos R et al. Comportamiento del cáncer gástrico avanzado diagnosticado por videoendoscopia en el Hospital 'Faustino Pérez Hernande' Matanzas. Rev Med Electrón 2017; 39(3):507-18.
7. Montoya M et al. Caracterización de 130 pacientes sometidos a gastrectomía por cáncer gástrico en el Instituto de Cancerología–Clínica Las Américas de Medellín. Rev Colomb Cancerol 2016; 20(2):73-8.
8. Alfredo H et al. Comportamiento clínico, epidemiológico, endoscópico e histológico del cáncer gástrico de tipo epitelial. Rev Cubana Invest Bioméd 2016; 35(1):48-64.
9. González A et al. Cáncer gástrico: características epidemiológicas, clínicas y patológicas de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Neiva entre enero del 2007 y diciembre del 2012. RFS Revista Facultad De Salud 2015; 7(2): 23-8.

10. Valenzuela E et al. Factores relacionados a cáncer gástrico en un Hospital público de Huánuco. Rev Peru Investig Salud. 2018; 2(1):42-9.
11. Valdivia R. Factores clínicos y epidemiológicos asociados a cáncer gástrico en pacientes del servicio de gastroenterología en Hospital Militar Central en el año 2015 - 2016. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018.
12. Parillo L. Características endoscópicas y patológicas del cáncer gástrico en un hospital público peruano. Rev Gastroenterol Peru 2017; 37(3):209-16.
13. Yarlequé P. Prevalencia y características endoscópicas-histológicas de cáncer gástrico en Hospital II-2 Santa Rosa, durante periodo enero 2014-setiembre 2015. Piura: Universidad Cesar Vallejo; 2017.
14. Taipe A et al. Factores de riesgo y tipo de cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia", 2014-2016. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2017.
15. Reyes J et al. Cáncer Gástrico Cirugía General Endoscópica, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos". Rev Fac Med Mex 2004; 47(5):204-9.
16. Belmar A et al. Ministerio de Salud. Guía Clínica Cáncer Gástrico. Serie guías clínicas MINSAL N°35. Santiago: Minsal, 2006.
17. Joachin J. Caracterización clínica y patológica del cáncer gástrico y correlación con la expresión del gen Her2. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015.
18. Salazar M et al. El Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. Rev. Perú. med. exp. salud publica 2013; 30(1):105-12.
19. Pilco P et al. Cáncer gástrico en Lima Metropolitana. Rev. gastroenterol. Perú 2006; 26(4): 377-85.

20. Cáncer de estómago: Factores de riesgo. American Society of Clinical Oncology 2017. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-est%C3%B3mago/factores-de-riesgo>
21. Goldman A. Medicina Interna 23 Edición ed Madrid Saunders Elsevier, 2008. P 1468-1471.
22. Tobal F et al. La metaplasia intestinal Servicio de Gastroenterología- Hospital Italiano de Buenos Aires, noviembre 2003. Disponible en: <https://www.intramed.net/log.asp?retorno=/contenido.asp?contenidoID=26753>
23. Sugano K. Gastric cancer: pathogenesis, screening, and treatment. *Gastrointest Endosc Clin E.E.U.U* 2008; 18(3): 513-22.
24. Farreras, Rossman, Medicina interna 14 ed. Editorial Elsevier, año 2005. P 108-116.
25. Robins, Cotrán RS, Kumar V, Abbas, Fausto. Patología estructural y funcional 7ª ed. Madrid McGraw Hill Interamericana 2005.
26. Lauwers G, Srivastava A. Gastric preneoplastic lesions and epithelial dysplasia. *Gastroenterol Clin N Am EE.UU.* 2007; 36(4): 813–29.
27. Rondán F. Factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en pacientes atendidos en el consultorio externo del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2014. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
28. Rodríguez B et al. Características histológicas y endoscópicas del cáncer gástrico diagnosticado en un hospital nacional del Callao, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública, Perú* 2013; 30(1):12-7.
29. Chirinos J et al. Cáncer Gástrico: Perfil Epidemiológico 2001-2007 en Lima, Perú. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2012; 32(1):58-64.
30. Gómez M et al. Factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes colombianos. *Rev Col Gastroenterol* 2009; 24(2):134-143.

31. Pérez S et al. Caracterización del cáncer gástrico en pacientes del municipio Caimito. Revista Cubana de Medicina Militar. 2012; 41(2):8.

ANEXOS

Anexo N° 01 Operacionalización de variables

ALUMNO: TAMAYO ESTACIO, JAKELINE ROSA

ASESOR: DR. ANGULO REYES, ROY MARTIN

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS DEL CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER LIMA - PERÚ EN EL AÑO 2018.


VARIABLE INDEPENDIENTE: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Edad	- <40, 40-49, 50-59, 60-69, ≥70.	Intervalo	Ficha de recolección de datos
Sexo	- Masculino y Femenino.	Nominal	Ficha de recolección de datos
Estado civil	- Conviviente, Casado(a), Soltero(a), Viudo(a), Divorciado(a).	Nominal	Ficha de recolección de datos
Procedencia	- Costa, Sierra, Selva.	Nominal	
Grado de instrucción	- Sin Educación, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta, Secundaria completa, Educación técnica, Educación universitaria,	Ordinal	Ficha de recolección de datos Ficha de recolección de datos
Ocupación	- Trabajador, Desempleado.	Nominal	Ficha de recolección de datos
Antecedente familiar de cáncer	- Si, No.	Nominal	Ficha de recolección de datos
Antecedente familiar de otro tipo de cáncer	- Si, No.	Nominal	Ficha de recolección de datos
Antecedente de patología	- Infección por H. pylori, Pólipos gástricos, Gastritis crónica	Nominal	Ficha de recolección de datos

gástrica	atrófica, Úlcera gástrica.		
Hábitos nocivos	- Tabaco, Alcohol, Tabaco y alcohol.	Nominal	Ficha de recolección de datos
VARIABLE INDEPENDIENTE: CARACTERISTICAS CLINICAS			
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Asintomático	- Lista de cotejo	Nominal	Ficha de recolección de datos
Dolor abdominal	- Lista de cotejo	Nominal	Ficha de recolección de datos
Pérdida de peso	- Lista de cotejo	Nominal	Ficha de recolección de datos
Hemorragia	- Lista de cotejo	Nominal	Ficha de recolección de datos
Plenitud precoz	- Lista de cotejo	Nominal	Ficha de recolección de datos
Diarrea o estreñimiento	- Lista de cotejo	Nominal	Ficha de recolección de datos
VARIABLE INDEPENDIENTE: CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICOS			
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Tipo Histológico	- Adenocarcinoma, Carcinoma de células en anillo de sello, Carcinoma adenoescamoso, Tumor carcinoide, Tumor del estroma	Nominal	Ficha de recolección de datos
Localización más frecuente	- Unión gastroesofágica, Fondo, Fondo-cuerpo, Cuerpo, Cuerpo-antro, Antro, Píloro	Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE DEPENDIENTE: CANCER GASTRICO			
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Cáncer Gástrico	- Si/No	Nominal	Ficha de recolección de datos

Anexo N° 02

Instrumento

	UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
---	--

TITULO: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLINICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS DEL CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER LIMA - PERÚ EN EL AÑO 2018.

Autor: Tamayo Estacio, Jakeline Rosa

Fecha:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (INTRUMENTO)

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS N° -- FICHA: _____ N° H.C. _____

I. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

1. Edad:

<40 (___) 40-49 (___) 50-59 (___) 60-69 (___) ≥70 (___)

2. Sexo:

Masculino (___) Femenino (___)

3. Estado civil

Conviviente (___) Casado(a) (___) Soltero(a) (___) Viudo(a) (___)
Divorciado(a) (___)

4. Procedencia

Costa (___) Sierra (___) Selva (___)

5. Grado de instrucción

Sin Educación (___) Primaria incompleta (___) Primaria completa (___)
Secundaria incompleta (___) Secundaria completa (___)
Educación técnica (___) Educación universitaria (___)

6. Ocupación

Trabajador (___) Desempleado (___)

7. Antecedente familiar de cáncer gástrico

Si (___) No (___)

8. Antecedente familiar de otro tipo de cáncer

Si (___) No (___)

9. Antecedente de patología gástrica

Infección por H. pylori (___) Pólipos gástricos (___) Gastritis crónica atrófica (___) Úlcera gástrica (___)

10. Hábitos nocivos

Alcohol (___) Tabaco (___) Tabaco y alcohol (___)

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

11. Síntoma predominante

Asintomático (___) Dolor abdominal (___)

Pérdida de peso (___) Hemorragia (___) Plenitud precoz (___)

Diarrea o estreñimiento (___)

III. CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLOGICAS

12. Tipo Histológico

Adenocarcinoma (___) Carcinoma de células en anillo de sello

(___) Carcinoma adenoescamoso (___) Tumor carcinoide (___)

Tumor del estroma (___)

13. Localización más frecuente

Unión gastroesofágica (___) Fondo (___) Fondo-cuerpo (___)

Cuerpo (___) Cuerpo-antro (___) Antro (___) Píloro (___)

Anexo N° 03

Validez de instrumento – Consulta de expertos

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Solórzano Palacios Raquel Mercedes
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Médico Asistente de Oncología
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Tamayo Estacio Jakeline Rosa

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas.					100%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas.					100%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo.					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICA (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima, 31 Enero de 2019

Raquel Solórzano Palacios
Oncología Médica
C.M.P. 67316 - R.N.E. 35962

Firma del Experto Raquel

D.N.I N° 44 12 53 80

Teléfono: 971 15 3217

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Bazán Rodríguez Elsi
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente UPSJB
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Tamayo Estacio Jakeline Rosa

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas.					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas.					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo.					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplica* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, 31 Enero de 2019

Elsi Bazán Rodríguez
GOESPE N° 444

Firma del Experto

D.N.I N°: 19204583

Teléfono: 977 414829

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Angulo Reyes Roy Martin
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Medico docente
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Tamayo Estacio Jakeline Rosa

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					✓
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre las características epidemiológicas, clínicas y anamopatologicas.					✓
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					✓
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características epidemiológicas, clínicas y anamopatologicas.					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					✓
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo.					✓

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplicar* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima, 31 Enero de 2019


 M. C. Roy Martin Angulo Reyes
 Firma del Experto
 D/N.I N° 06190093
 Teléfono: 923354110

ANEXO N° 04
Matriz de consistencia

ALUMNA: TAMAYO ESTACIO, JAKELINE ROSA

ASESOR: DR. ANGULO REYES, ROY MARTIN

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS DEL CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER LIMA - PERÚ EN EL AÑO 2018.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><u>Problema general</u> ¿Cuáles son las características epidemiológicas y anatomopatológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018?</p>	<p><u>Objetivos general</u> Describir las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018.</p>	<p>Debido a la naturaleza de este estudio no se realiza hipótesis.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Características epidemiológicas <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado civil • Procedencia • Grado de instrucción • Ocupación • Antecedente familiar de cáncer • Antecedente familiar de otro tipo de cáncer • Antecedente de patología gástrica • Hábitos nocivos 2. Características clínicas

			<ul style="list-style-type: none"> • Asintomático • Dolor abdominal • Pérdida de peso • Hemorragia • Plenitud precoz • Diarrea o estreñimiento <p>3. Características anatomopatológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo Histológico • Localización más frecuente
<p><u>Problemas específicos</u></p> <p>¿Cuáles son las características epidemiológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018?</p> <p>¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018?</p> <p>¿Cuáles son las características anatomopatológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018?</p>	<p><u>Objetivos específicos</u></p> <p>Identificar las características epidemiológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018.</p> <p>Identificar las características clínicas los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018.</p> <p>Identificar las características anatomopatológicas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber Lima - Perú en el año 2018.</p>		<p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>1. CANCER GASTRICO</p>

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS INSTRUMENTOS E
<p>NIVEL: Descriptivo.</p> <p>TIPO: Estudio de tipo observacional, retrospectivo, corte transversal.</p>	<p>POBLACIÓN: La población que participó en nuestro estudio estuvo conformado por los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico que fueron atendidos en el servicio de oncología del Hospital Militar Central Luis Arias Schreiber en el año 2018.</p> <p>N: 75 pacientes con cáncer gástrico.</p> <p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con diagnóstico concluyente de cáncer gástrico por estudio anatomopatológico. • Pacientes de todas las edades. • Pacientes de ambos sexos. • Pacientes con o sin tratamiento quirúrgico definitivo • Pacientes que reciban o no tratamiento <p>CRITERIO DE EXCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historias clínicas incompletas, no habidas. <p>N: 70 (población objetivo)</p> <p>TAMAÑO DE MUESTRA: 70.</p> <p>MUESTREO: No probabilístico</p>	<p>Técnica: Análisis documental</p> <p>Instrumentos: Ficha de Recolección de Datos.</p>