

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



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y  
ENDOSCÓPICAS DE NEOPLASIAS MALIGNAS  
GÁSTRICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL  
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO  
2016-2017**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER  
STEFANIE BIBIANA NESTAREZ MENDOZA  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2018**

**ASESORA:**

Dra. Leny Bravo Luna

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser mi guía, por permitirme alcanzar todo lo que estoy viviendo en estos momentos.

A mis padres que con su esfuerzo, trabajo y amor apoyaron en toda mi formación profesional y porque creyeron siempre en mí.

A mi asesora la Dra. Leny Bravo por su dedicación y tiempo brindado durante el desarrollo de mi estudio de investigación. Gracias

## **DEDICATORIA**

A mis padres por todos sus consejos brindados. Y por el esfuerzo que realizan para cumplir con este objetivo. Muchas gracias porque parte de todos mis logros se los debo a ustedes.

## RESUMEN

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016 – 2017.

**Materiales y Métodos:** El estudio es de tipo observacional descriptivo, transversal y retrospectivo. Los datos recolectados fueron procedentes de las historias clínicas, llenadas en una Ficha de Recolección de datos. Se tomó a toda la población como muestra, conformada por 100 pacientes. Se muestran los resultados mediante estadísticas descriptivas.

**Resultados:** De los 100 casos estudiados, el género predominante fue masculino con 64% (64 casos). El grupo etario de mayor casuística fue de 66 a 76 años de edad con 44 pacientes (44%). Referente al lugar de procedencia, el distrito de Villa María del Triunfo presento 31 casos (31 %), seguido del distrito de San Juan de Miraflores con 27 casos (27%). En cuanto al grado de instrucción el 42% tenía educación primaria. El 21% de los pacientes consumía tabaco y el 45% consumía alcohol. El 65% de los pacientes presento antecedentes de gastritis crónica y un 27% infección por *Helicobacter pylori*. Según la localización de la neoplasia predomino en antro con 35% (35 casos); y 70% tuvo según la clasificación de Bormann un aspecto macroscópico tipo III. **Conclusiones:** La neoplasia maligna gástrica predomino en adultos mayores de 60 años, género masculino, procedentes del distrito de Villa María del Triunfo. El grado de instrucción con mayor frecuencia fue primaria; con un 25% de analfabetismo. El consumo de sustancias nocivas como alcohol y tabaco no tuvieron gran significancia respecto a esta enfermedad; dentro de los antecedentes de patologías gástricas la gastritis crónica fue la de mayor frecuencia. En cuanto a la endoscopia la localización fue predominante en antro, con un Bormann tipo III.

**Palabras Clave:** Neoplasia Maligna Gástrica, características epidemiológicas, endoscópicas.

## ABSTRACT

**Objectives:** To describe the epidemiological and endoscopic characteristics of gastric malignancies in patients treated at the gastroenterology service of the Maria Auxiliadora Hospital between 2016 - 2017. **Materials and Methods:** The study is observational descriptive, transversal and retrospective. The data collected were obtained from the medical records, filled out in a data collection form. The entire population was taken as a sample, made up of 100 patients. The results are shown by descriptive statistics. **Results:** Of the 100 cases studied, the predominant gender was male with 64% (64 cases). The age group with the highest casuistry was 66 to 76 years of age with 44 patients (44%). Regarding the place of origin, the district of Villa Maria del Triunfo presented 31 cases (31%), followed by the district of San Juan de Miraflores with 27 cases (27%). Regarding the level of education, 42% had a primary education. 21% of patients consumed tobacco and 45% consumed alcohol. 65% of the patients presented a history of chronic gastritis and 27% infection by *Helicobacter pylori*. According to the location of the neoplasm predominated in the antrum with 35% (35 cases); and 70% had a macroscopic type III appearance according to the Bormann classification. **Conclusions:** Gastric malignancy predominated in adults over 60 years of age, male, from the district of Villa Maria del Triunfo. The degree of instruction was more frequent primary; with 25% illiteracy. The consumption of harmful substances such as alcohol and tobacco did not have great significance with respect to this disease; Within the history of gastric pathologies, chronic gastritis was the most frequent. Regarding endoscopy, the location was predominant in the antrum, with a Bormann type III.

Palabras Clave: Gastric Malignant Neoplasia, epidemiological, endoscopic characteristics.

## **PRESENTACIÓN**

El presente estudio de investigación hace referencia a las características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas, tema de gran importancia por ser un problema que está vinculado a la sociedad, el cual se viene arrastrando desde años atrás hasta la actualidad. Al ser considerado un problema social, englobamos todo un suceso de situaciones que, en consecuencia, conlleva al aumento del número de fallecimientos por parte de la población enferma; menor tiempo de sobrevivencia, y la mala calidad de vida. Sin embargo todo este problema radica en la situación de la pobreza en la que vive nuestro país o los países en vías de desarrollo, dado a que presentan la mayor exposición a diferentes agentes que generan la enfermedad; y esto se ve reflejado por el nivel de educación y cultura, principalmente en el tema de la salud, el acceso a los servicios de salud, la misma alimentación, el uso agua potable; enfermedades gástricas que no son evaluadas a tiempo, pasadas por alto y optando por medicación propia; que cuando acuden a recibir atención es porque la sintomatología le es tan limitante, encontrándose en una etapa avanzada. Durante la etapa de desarrollo de mi internado en el servicio de Medicina, tuve contacto con pacientes que tenían este tipo de enfermedad oncológica, no diagnosticada a tiempo; pese a la gran tecnología endoscópica con la que cuentan gran parte de los hospitales. Tras contacto con estos pacientes observe la falta de información en prevención, explicado por la forma de vida que llevan; tanto en el aspecto sanitario, el consumo de sustancias nocivas y demás determinantes; todo ello es lo que me motivo a realizar este estudio. Este estudio se enfocó en la población que acude al Hospital María Auxiliadora; población caracterizada por presentar un nivel socioeconómico medio-bajo; deficiente en información y prevención en salud; manifestado por el bajo nivel de educación, consumo de sustancias nocivas como el alcohol y tabaco, antecedentes de patología gástricas como infecciones *Helicobacter pylori* y gastritis crónica, adquiridas normalmente por la mala manipulación y conservación de los alimentos. Este estudio también se enfoca en describir la

evaluación endoscópica, dado a que la principal utilidad de este instrumento es evaluar la lesión gástrica, en este caso un proceso neoplásico. Para proceder a la realización de este trabajo de investigación sobre las características epidemiológicas y endoscópicas de neoplasias malignas gástricas, se procedió a investigar diversos antecedentes bibliográficos tanto a nivel mundial como nacional; también se realizó una “ficha de recolección de datos” basados en historias clínicas valida por expertos, y posterior recopilación de datos de importancia. Lo que aporta este estudio es que profundiza sobre el tema y con ello aporta estadísticas recientes para así formar una base hacia otros estudios. También busca que el personal de salud se integre más en la población y brinde la mayor información buscando que este se sensibilice en el cuidado de su salud. Este trabajo de investigación consta de varios capítulos, el cual se realizó adecuadamente para una buena ejecución del estudio. En el capítulo I, respecto al tema se describe detalladamente cual es la problemática que conlleva a que realizara esta investigación; se formula el problema y se brinda los aportes y beneficios que trae esta investigación, tanto en el aspecto teórico, práctico, social y profesional. En esta sección también se presentan los objetivos del estudio y su propósito. En el capítulo II se describe la parte teórica de lo que aborda el tema; se iniciara con estudios de antecedentes internacionales y nacionales actualizados, tomándose como punto de referencia lo principal que busca esta investigación, finalmente para su mayor entendimiento se brindan definiciones de términos. El capítulo III describe la metodología de la investigación, donde también se detalla cómo se desarrolló esta investigación. En el capítulo IV se desarrolla el análisis de los resultados, el cual incluye la interpretación y discusión de los casos. Y en el capítulo V se desarrolla las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, este estudio termina brindando las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos, para mayor investigación según su interés.

## ÍNDICE

1. CARÁTULA	I
2. ASESOR	II
3. AGRADECIMIENTO	III
4. DEDICATORIA	IV
5. RESUMEN	V
6. ABSTRACT	VI
7. PRESENTACIÓN	VII
8. ÍNDICE	IX
9. LISTA DE TABLAS	XI
10. LISTA DE GRÁFICOS	XII
11. LISTA DE ANEXOS	XIII

### **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. OBJETIVOS	5
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	5
1.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS	5
1.5. PROPÓSITO	6

### **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.2. BASE TEÓRICA	12
2.3. HIPÓTESIS	22
2.4. VARIABLES	22
2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	23

### **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. TIPO DE ESTUDIO	26
3.2. ÁREA DE ESTUDIO	26
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	26
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	27

### **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

4.1. RESULTADOS	28
4.2. DISCUSIÓN	35

### **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1. CONCLUSIONES	39
5.2. RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	50

## LISTA DE TABLAS

TABLA N°1:	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y ENDOSCÓPICAS DE PACIENTES CON NEOPLASIAS MALIGNAS GÁSTRICAS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2016-2017	28
TABLA N°2:	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA	29
TABLA N°3:	CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS EN PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA	30
TABLA N°4:	DISTRIBUCIÓN POR ANTECEDENTE DE PATOLOGÍAS GÁSTRICAS EN PACIENTES CON NEOPLÁSIA MALIGNA GÁSTRICA	31
TABLA N°5:	LOCALIZACIÓN DEL TUMOR SEGÚN LA ENDOSCOPIA EN PACIENTES CON NEOPLÁSIA MALIGNA GÁSTRICA	32
TABLA N°6:	ASPECTO MACROSCÓPICO DEL TUMOR SEGÚN LA ENDOSCOPIA EN PACIENTES CON NEOPLÁSIA MALIGNA GÁSTRICA	33

## **LISTA DE GRÁFICOS**

- GRÁFICO N°1: LOCALIZACIÓN DEL TUMOR SEGÚN LA 32  
ENDOSCOPIA EN PACIENTES CON  
NEOPLÁSIA MALIGNA GÁSTRICA
- GRÁFICO N°2: ASPECTO MACROSCÓPICO DEL TUMOR 33  
SEGÚN LA ENDOSCOPIA EN PACIENTES CON  
NEOPLÁSIA MALIGNA GÁSTRICA

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO N°1:	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	50
ANEXO N°2:	INSTRUMENTO	51
ANEXO N°3:	VALIDEZ DE INSTRUMENTO CONSULTA DE EXPERTOS	52
ANEXO N°4:	MATRIZ DE CONSISTENCIA	55

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la actualidad la neoplasia maligna gástrica se encuentra dentro de las principales causas de muerte a nivel mundial y nacional. En el Perú no deja de ser alarmante dado a que la neoplasia maligna gástrica es la principal causa de muerte por neoplasia maligna<sup>1</sup>; este problema se debe a que los mayores casos son diagnosticados en etapas avanzadas cuando las posibilidades de sobrevivencias son menores; cuando gran parte de la población continúa manteniendo un estilo de vida inadecuado y dejan de tener sensibilidad por el cuidado de su salud y el de su entorno familiar. El Hospital María Auxiliadora brinda atención a la mayor parte de la población proveniente de Lima sur; para el año 2016 el total de población oncológica atendida durante el primer trimestre fue de aproximadamente 949 pacientes y de los distritos que mayor caso de neoplasias malignas gástricas tuvieron fue en primer lugar para el distrito de Villa El Salvador y Villa María del Triunfo <sup>2</sup>. La mayor parte de esta población se caracteriza por tener un nivel socioeconómico medio – bajo asociado a un grado de cultura y educación deficiente principalmente en el tema de la salud. Son todos estos problemas los que conllevan a la enfermedad sin pensar en las consecuencias trágicas que trae y que frecuentemente se ve en personas añosas; que consumen tabaco, alcohol, o que presentan patologías gástricas no evaluadas como infección por *Helicobacter pylori*, que comúnmente se debe a los malos hábitos de higiene, mala manipulación de los alimentos, mal estado de conservación y sobre todo las dolencias físicas no tratadas y dejadas de lado; lo alarmante de este problema no solo radica en todo ese detalle epidemiológico mencionado sino también a nivel del ámbito salud; porque aún no se llega a un grado de sensibilización en prevención de salud y estrategias de despistaje que abarque a toda la población para llegar a ellas, y hacer un diagnóstico temprano., por ello busca describir los problemas que en frecuencia se observa en esta población enferma por la neoplasia maligna.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuáles son las características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas según los aspectos sociodemográficos de las neoplasias malignas gástricas en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017?
  
- ¿Cuáles son las características epidemiológicas respecto al consumo de sustancias nocivas en pacientes con neoplasia maligna gástrica atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017?
  
- Según las características epidemiológicas ¿Cuáles son los antecedentes de patologías gástricas presentes en los pacientes con neoplasia maligna gástrica atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016 -2017?
  
- ¿Cuáles son las características endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017?

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Esta neoplasia maligna constituye un problema de salud pública por el aumento de la mortalidad, de casos nuevos, como por la discapacidad misma que produce y por el mayor impacto que se da en poblaciones con bajos recursos. Para que esta neoplasia genere alteraciones en el organismo; se necesita que pase un largo periodo, que si acudiesen a tiempo a un servicio de salud el final sería distinto, sin embargo, lo más frecuente que es que cuando acuden ya se encuentran en estadios avanzados. Este trabajo procura describir aquellas características epidemiológicas y endoscópicas que se encuentran frecuentemente en pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna gástrica y de esta manera proponer programas de vigilancia e intervenir en la población buscando la prevención.

#### **1.3.1. Justificación Teórica**

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas la mortalidad que conlleva una neoplasia maligna gástrica es alta para ambos géneros y que los mismos agentes de riesgos que continuamente la población vive expuesta son en mayor parte los causantes de esta enfermedad.

#### **1.3.2. Justificación Práctica**

El Hospital María Auxiliadora es un hospital de referencias el cual atiende principalmente a toda la población perteneciente a Lima Sur, por lo mismo que cuenta con un servicio de gastroenterología donde se realizan endoscopias a gran multitud de pacientes; sin embargo al realizar este estudio pude percibir que no se enfoca adecuadamente en identificar aquellos pacientes con riesgos que lo conllevaron a desarrollar la enfermedad; motivo por el cual esta investigación busca determinar aquellas características epidemiológicas y endoscópicas de neoplasias malignas gástricas y con ello favoreciendo en la actualización de estos datos importante en este tipo de población y para que finalmente se tomen medidas estratégicas.

### **1.3.3. Justificación Social**

El proceso de esta enfermedad conlleva a un cambio social en el cual no solo afecta a la persona de manera emocional, física y laboral, sino que también se incluye la parte familiar. Con este trabajo de investigación indirectamente al haber mejora en cuanto a la identificación y seguimiento de estos agentes epidemiológicos y de detección temprana, a la par también se genera mejora en cuanto a toda la población y su entorno.

### **1.3.4. Justificación Personal y Profesional**

Este trabajo de investigación es de gran interés por que se llega a una descripción profunda de la problemática a la que continuamente la población vive expuesta. Así mismo profesionalmente enriquece el conocimiento del problema en la actualidad.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo General**

- Describir las características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Describir las características epidemiológicas según el aspecto sociodemográfico de las neoplasias malignas gástricas en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017
- Identificar las características epidemiológicas respecto al consumo de sustancia de nocivas en pacientes con neoplasia maligna gástrica atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017.
- Identificar las características epidemiológicas según los antecedentes de patologías gástricas presentes en los pacientes con neoplasia maligna gástrica atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016 -2017.
- Conocer las características endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017.

## **1.5. PROPÓSITO**

El propósito de este trabajo de investigación es brindar información actualizada, sobre la situación en la que se encuentran los pacientes con neoplasia maligna gástrica, principalmente los atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora; a través de la observación y descripción epidemiológica y endoscópica. Proponer o recomendar programas de vigilancia que ayuden a minimizar la problemática. De igual manera busca profundizar en el tema y abrir la posibilidad de realizar estudios prospectivos, el cual indague en la población y determine los factores de riesgos.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS**

Avalos García y col. En el año 2017 en Matanzas- Cuba. Realizaron un estudio sobre el “Comportamiento del cáncer gástrico avanzado diagnosticado por video endoscopía en el Hospital Faustino Pérez Hernández”. Encontraron que la mayor frecuencia de pacientes con el cáncer gástrico fue superior en hombres que en mujeres; lo que encaja con otras investigaciones realizadas; razón que puede ser generada por la mayor presencia de hábitos tóxicos que se dan en el género masculino. Los resultados en cuanto a la mayor incidencia del grupo etario se obtuvo entre la sexta y séptima década de la vida y un mínimo de presentación de casos entre los 20 a 39 años; lo que este autor conjunto a otras investigaciones mencionan es que aunque la presentación en menores de 30 años es menos frecuente, este es considerado el punto de inicio para el aumento de casos de cáncer gástrico hasta que lleguen a su mayor pico incidencia por lo que es considerada una enfermedad de la tercera edad que tras continua exposición de agentes de riesgos genere que se desarrolle; y dentro de los principales que se encontró en este estudio fue la ingesta de alimentos conservados en sal y condimentados, tabaquismo y alcoholismo; lo que encaja en otras investigaciones. El riesgo del consumo de tabaco aumenta con las horas y el número de cigarrillos fumados; así mismo también la ingesta crónica de alcohol por el efecto directo que genera en la mucosa gástrica. En cuanto a localización que más se vio afectada fue a nivel de antro y fondo lo que puede estar relacionado a estos eventos mencionados<sup>3</sup>.

Crespo R, González P, López V y Pagarizabal N. En el año 2017 en Pinar del Río - Cuba. Se realizó un estudio sobre “Cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de endoscopia digestiva”; con el objetivo de “determinar las características clínico epidemiológicas de pacientes atendidos en el servicio de endoscopia digestiva del Hospital General Docente Abel

Santamaría Cuadrado”; en esta investigación la edad que más predominancia tuvo fue entre los 60 a 70 años resultado que concuerda con la edad estimada a nivel mundial; según el autor su presentación en esta etapa de vida es por el envejecimiento y los cambios genómicos que llevan a alteraciones en la eficiencia de protección y reparación celular. La exposición a agentes ambientales nocivos tanto ocupacionales o por estilo de vida asociado al consumo de tabaco y alcohol, hace que en el género masculino su presentación sea el doble que en la mujer; resultado que va acorde a este estudio. En cuanto a antecedentes de patologías gástricas la infección por *Helicobacter pylori* fue el agente que mayor porcentaje obtuvo, lo que estima que el 60% de la enfermedad es debido a esta infección. La localización más frecuente que se pudo observar fue a nivel de antro y píloro<sup>4</sup>.

Jaime Salazar O y Ronald R. En el año 2015 en San Salvador. En su investigación sobre “Caracterización clínico – epidemiológica de los pacientes con cáncer gástrico en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social” se obtuvo que el grupo etario más frecuente fue acorde a diferentes estudios realizados con un rango entre los 60 a 69 años, sin embargo, se ha observado una mayor relación en mujeres mayores de 40 años, aunque las cifras de incidencia sean menores para este grupo, el nivel básico fue el grado de educación que más caracterizo a este grupo. La incidencia de tabaquismo e infección por *Helicobacter pylori* fue alta lo que en otros estudios epidemiológicos conlleva a aumentar hasta 20 veces el riesgo. El grado III y IV fueron los estadios más frecuentes; lo que refleja que la mayor parte de la población acude cuando el cáncer ya está en etapa avanzada, donde los síntomas son más floridos y causan importancia para la persona<sup>5</sup>.

González A, Benavides E, Santofimio D, Gil F; En Colombia en el año 2015. “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”. Los datos estadísticos de investigaciones

realizadas hace 10 años atrás en la misma unidad de cancerología del Hospital de Huila, concuerdan con los resultados realizados en esta investigación con el promedio de edad de 60 años; predominando el género masculino (2:1). En cuanto a la zona afectada por la neoplasia predomino en antro y cuerpo; lo que no concuerda con otros estudios (ciudad de Bucaramanga) donde la afectación fue mayor en antro y píloro; sin embargo, si hay similitud en cuanto al estadio; con una alta presentación de etapas avanzadas (IV Y III); lo que semeja a datos de estadística estadounidense donde se detecta al 65% de la población en este estadio<sup>6</sup>.

Muñoz Altamirano. Ambato – Ecuador 2016. “Caracterización del Cáncer Gástrico en el Hospital Regional Docente Ambato en el periodo de enero 2013 – 2016”. Estima que gran parte del acontecimiento se debe al consumo crónico de tabaco y alcohol; describiendo que más del 68% hace consumo de tabaco y el 75% de alcohol, resultado que concuerda con investigaciones realizadas en Japón donde refieren que estas sustancias generan el doble de riesgo. Los afectados de esta neoplasia maligna gástrica tuvieron edades de 70 años a más con mayor afectación a varones que mujeres. La localización del tumor más frecuente en estos pacientes fue a nivel de la región antro-pilórica y con alto porcentaje de estadio avanzado según la clasificación de Bormann que es tipo III y IV, resultado que concuerda con datos estimados por el Instituto Nacional del Cáncer<sup>7</sup>.

Orlando Figueroa L. Lima – Perú (2017). “Comportamiento Epidemiológico e Histológico del Cáncer Gástrico en el Hospital Militar Central”. Según reportes sobre “el análisis de la situación del cáncer en el Perú (2013) y estudios realizados por Quiñones y col” ; el autor concluye que los resultados obtenidos son semejantes a este estudio; con predominio del género masculino y un grupo etario de mayores de 80 años, sin embargo, aun detalla que no hay datos definitivos que expliquen este problema; pero que la relación del cáncer gástrico con el tipo de vida que generalmente tiene la población son en parte

desencadenantes (malos hábitos alimenticios ,mala higiene, tabaquismo , alcoholismo y la misma infección por *Helicobacter pylori*) sumado a que el nivel socioeconómico que tienen es bajo. La mayor concentración de casos obtenidos fue en distritos como el agustino, san juan de Lurigancho, chorrillos, puente piedra y san juan de Miraflores lo que la oficina general de epidemiología considera con un nivel socioeconómico medio – bajo observado por el autor en publicaciones realizadas hace 06 años atrás. En cuanto a la ubicación el antro y cuerpo fueron los segmentos más afectados por la neoplasia<sup>8</sup>.

Rodríguez V y col. En el año 2013 en el Callao - Perú. Realizaron una investigación sobre las “Características Histológicas Y Endoscópicas del Cáncer Gástrico diagnosticado en un Hospital Nacional Del Callao”. Describieron que la edad promedio de 65 años y el alto porcentaje de pacientes del género masculino son datos similares a otras investigaciones peruanas como el realizado por Quiñones J. et al. La localización más frecuente fue en cuerpo seguido de antro lo que se corrobora con datos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, donde mencionan que los países en vías de desarrollo son los que más frecuentemente tienen presentación distal. En cuanto al estadio la mayoría tuvo características de cáncer avanzado siendo la más frecuente según la clasificación de Bormann tipo V y III<sup>9</sup>.

Parillo D. Lima – Perú 2017. “Características Endoscópicas y Patológicas del Cáncer Gástrico en un Hospital Público Peruano”. Este investigador tras los resultados obtenidos y al comparar su estudio con el realizado en un policlínico en la ciudad de Lima, observo que la prevalencia de cáncer gástrico está disminuyendo dado a que hace más de 30 años se obtuvo un 3.19% y que el mismo estudio realizado en el 2002 disminuyo a 0.92%; y tras comparación de su investigación durante los últimos 06 años se obtuvo menos de 0.6% resultado que podría plantearse por la “disminución de la infección

por *Helicobacter pylori* y su tratamiento para erradicación”. La relación en cuanto al género fue de 3 a 1 sin embargo la presentación en Hospitales de Lima y Callao no hay diferencia significativa en cuanto a varones y mujeres; menciona que esta institución está más constituida por población masculina. En cuanto a la edad se conoce por resultados de diferentes investigaciones que los diagnósticos más frecuentes están entre 70 años de edad, sin embargo, los datos de este estudio fueron en pacientes mayores de 56 años; menciona un estudio realizado por el “Hospital Nacional Arzobispo Loayza el cual busco determinar un punto corte de edad para el screening de cáncer gástrico”, concluyendo que lo adecuado es en mayores de 40 años, lo que explica el resultado mencionado. La presentación endoscópica más frecuente fue Bormann tipo III, estudio que está asociado a menor sobrevida. Y en cuanto a los riesgos por el consumo crónico de tabaco y alcohol e infección por *Helicobacter pylori* se concluye que el 49% incrementa la incidencia para el desarrollo de cáncer gástrico<sup>10</sup>.

Apaza Charaja. Arequipa – Perú 2014. “Características Epidemiológicas, Clínicas, Endoscópicas e Histológicas del Cáncer Gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Lii Yanahuara Essalud – Arequipa”. En cuanto al género el resultado de esta investigación no tuvo diferencias significativas lo que difiere con estudios a nivel nacional. El rango de edad entre los 60 – 69 años resultó ser similar al registro del Hospital Nacional del Callao – Perú y al estudio de Lima del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. El grado de instrucción que mayor predominancia tuvo fue educación secundaria sin embargo no dejo de considerarse la mayor cantidad de población analfabeta existente, que en cierto grado influye en lo que respecta al cuidado sanitario y la alimentación e infección por *Helicobacter pylori*. El porcentaje de pacientes que consumían alcohol no fue tan resaltante comparado con la investigación realizada por Pinto. et al; donde el 63% consumía; se dice que la ingesta de bebidas alcohólicas fuertes y el consumo de tabaco son factores potencialmente riesgosos e incluso son estos tipos de pacientes los que tienen

mayor riesgo de presentar infección por *Helicobacter pylori* que los no consumidores. En cuanto a los antecedentes de patologías digestivas; la más frecuentes fue gastritis crónica seguida por ulcera gástrica que fue en menor proporción similar al estudio de Lima. Las características endoscópicas de mayor presentación fueron a nivel de antro y cuerpo; con un estadio tipo III y IV según la clasificación de Bormann, lo que concluye que la mayor parte de la población acude a atención en estados avanzados de la enfermedad<sup>11</sup>.

Andahua Pinedo, en su estudio “Características Epidemiológicas y Anatomopatológicas de Cáncer Gástrico en pacientes atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Central De Policía Nacional Luis N. Sáenz”. Lima – Perú (2016). Encontraron que los pacientes más afectados eran de edad avanzada con una edad promedio de 69 años lo que puede ser explicado por la esperanza de vida que hay en nuestro país (>70 años) y con ello mayor exposición a agentes cancerígenos. Describe que hubo un ligero predominio en hombres que mujeres, lo que puede ser explicado por el tabaquismo y la ingesta crónica de alcohol. En cuanto al estadio se encontró que el mayor porcentaje estaba en etapas avanzadas, lo que conlleva a menor supervivencia de los pacientes<sup>12</sup>.

## **2.2. BASE TEÓRICA**

El inicio de la carcinogénesis gástrica está muy relacionado con la respuesta que se produce por la infección de *Helicobacter pylori*, que activa un mecanismo de defensa tras el ingreso del microorganismo; sin embargo, paralelo a ello se generan lesiones gástricas que incluso pueden llegar a ser permanentes. Este proceso inicia con el ingreso de la bacteria Gram negativa; haciendo que el microorganismo active y active el NOD1; proteína que identifica al neuropéptido de los peptidoglicanos de la bacteria; todo ese proceso conlleva a la activación del sistema inmune innato a través del ingreso de células inflamatorias, de liberación de péptidos antibacterianos y células

efectoras inmunológicas con la finalidad de infiltrar por toda la mucosa que ha sido colonizada por esta bacteria; generando así la gastritis. Posterior a la primera respuesta generada, se produce una respuesta inmunológica tanto a nivel de la lesión como a nivel sistémico el cual persistirá durante toda la vida. Entonces una de las reacciones que hace el *Helicobacter pylori* es activar a las células Th1 lo que es reconocido como una respuesta errada dado a que el *Helicobacter pylori* es un germen de tipo extracelular donde lo normal es que active al Th2 semejante a la acción de otros microorganismos, sin embargo, el problema radica en que el Th1 produce citoquinas que conllevan a un daño gástrico severo con una permanente inflamación crónica dado a que tiene un efecto más bactericida; caso contrario al Th2 que es como un protector que conlleva a disminuir la inflamación y con ello evitar lesiones severas; pero tras diferentes investigaciones el autor menciona que este proceso tiene que ver más con la misma bacteria y los diferentes agentes de riesgo medioambientales; con el tiempo este proceso conlleva a la destrucción tisular; atrofia y metaplasia intestinal que tras lesión continua terminara en displasia y finalmente en una neoplasia maligna gástrica<sup>13</sup>.

La neoplasia maligna gástrica más frecuente es el adenocarcinoma con 95% de los casos, seguido del linfoma y de otras variedades mucho menos frecuentes de carcinoma. Las dos clasificaciones histológicas más comúnmente aceptadas son las de Lauren y la de la OMS. Según Lauren considera dos tipos histológicos; el de tipo intestinal que se caracteriza por la formación de glándulas que se disponen en diferentes patrones de crecimiento. Y es el que frecuentemente afecta a personas de edad avanzada predominando en antro y cuerpo gástrico. Es este tipo de neoplasia que sigue la secuencia de Pelayo Correa. En lo que respecta al tipo difuso la proliferación de células neoplásicas es en forma no cohesiva, sin formación de glándulas. Frecuentemente se presenta en grupo de edad más temprana que el intestinal y su localización más frecuente es proximal. La Organización Mundial de la Salud propuso cinco tipos: tubular, Papilar, Mucinoso, Poco cohesivo y Mixto. El tipo tubular y papilar corresponden a la neoplasia de tipo

intestinal y los tumores que son pocos cohesivos y están constituidos parcial o totalmente por células en anillo de sello corresponde al tipo difuso según la clasificación de Lauren <sup>14</sup>.

## **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA**

La Agencia Internacional para la Investigación sobre el cáncer informa que el número de casos nuevos de neoplasia maligna gástrica fue de 951 mil, dejándolo en el 5to lugar después del cáncer de próstata; donde el género masculino es el que mayor incidencia presenta, sobre todo es característico de países en vías de desarrollo. Así mismo el número de muertes estimadas por la neoplasia maligna gástrica fue 723 mil para ambos géneros, ocupando el 3er lugar después del cáncer de pulmón e hígado<sup>15</sup>.

En las últimas investigaciones nacionales llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se identificó que desde hace aproximadamente más de 10 años se continúa incrementado el número de casos nuevos sobre neoplasias malignas gástricas; observándose que en el año 2015 se obtuvo 1 002 casos nuevos, ocupando así el tercer lugar para ambos géneros<sup>16</sup>. En el registro de Lima Metropolitana del año 2010 al 2012 se registró 4 821 casos de los cuales el 55.4% fueron varones. Este estudio dividió a la población en tres grupos etarios y lo interesante es que la población  $\geq$  a 75 años en el caso de mujeres se obtuvo que la neoplasia maligna más frecuente fue la de tipo gástrica lo que semejó con la incidencia del género masculino; lo que describe que para esta edad ambos géneros tienen la misma posibilidad de presentar la enfermedad; diferencia para los demás grupos etarios donde la mayor frecuencia lo obtuvo el género masculino (55 - 74 y 30 - 54 años). En cuanto a las muertes por neoplasia maligna gástrica se le registro en el primer lugar para ambos géneros<sup>17</sup>.

Los lugares que frecuentemente afectan la neoplasia maligna gástrica tiene que ver mucho con la forma de vida en el cual el ser humano se expone

constantemente a un riesgo o estilo de vida no adecuado asociado al estrato socioeconómico en que viven; menciona que los que tienen un estrato socioeconómico bajo tienen mayor aparición de la neoplasia maligna gástrica a nivel de cuerpo y antro, y que eso se ha visto más asociado a una dieta mal conservada e insuficiente de verduras y frutas ( protectores ). Diferencia de los que presentan la neoplasia a nivel de cardias o unión gastroesofágico; los cuales están más relacionados a estratos socioeconómicos altos por enfermedad por reflujo gastroesofágico y obesidad<sup>18</sup>.

### ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Se caracteriza por afectar principalmente a personas mayores de edad; la frecuencia más alta al momento del diagnóstico cursa entre los 60 a 70 años con un promedio aproximado de 68 años<sup>19</sup>. A partir de los 40 años es considerado el punto de inicio hacia el pico máximo de desarrollo de la neoplasia maligna gástrica. El incremento de la esperanza de vida (>79 años), el mayor grado de afectación de factores de riesgo tras repetidas exposiciones, las modificaciones funcionales y anatómicas propias de la vejez son parte de la razón del porque la incidencia aumenta con la edad<sup>20</sup>.

El género masculino durante años de estudios nacionales e internacionales siempre ha sido el más afectado por esta enfermedad; debido a que es el género que mayor exposición a factores de riesgo presenta (factores externos medioambientales)<sup>1</sup>.

El nivel socioeconómico es considerado como uno de los principales factores para desarrollo de la lesión debido a que todo ello agrupa un conjunto de riesgo que la población frecuentemente presenta: El mal hábito higiénico, la mala preservación de los alimentos, el consumo de agua no clorada, conllevando a riesgo de contaminación y enfermedades principales como *Helicobacter pylori*<sup>21</sup>.

## CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

El consumo de sustancias nocivas como el tabaco ha sido reconocido como el factor de riesgo para desarrollar neoplasia maligna gástrica en el cual conllevan a lesiones a nivel de la mucosa gástrica por los mismos componentes químicos del tabaco<sup>22</sup>. Se han descrito que estas sustancias son carcinógenos, como los hidrocarburos aromáticos policíclicos, nitrosaminas y aminas aromáticas promotores de la carcinogénesis. El riesgo de presentar neoplasia maligna gástrica en fumadores equivale al 60% en hombres y el 20% en mujeres<sup>23</sup>. Estudios respaldan que el consumo de tabaco asociado a la presencia de infección por *Helicobacter pylori* el riesgo incrementa considerablemente frente a los que no presentan la infección<sup>24</sup>. En un estudio realizado en SURGEON general identificaron que los fumadores que aun consumían tabaco tenían mayor riesgo que los consumidores antiguos con un riesgo relativo de 1.2 y 1.6 respectivamente<sup>25</sup>. En un estudio holandés de cohorte prospectivo se llegó a la conclusión de que el riesgo de desarrollar neoplasia maligna gástrica es alto tanto en los fumadores actuales como en los que dejaron de fumar hace más de 10 o 20 años. Si bien el dejar de fumar disminuye el riesgo de neoplasia maligna gástrica; refieren de que comparado con los que no fuman mantienen igual un riesgo alto. El riesgo relativo fue mayor en los que fumaban más de 40 paquetes al año. Otro punto interesante de este estudio es que el consumo de alcohol conjunto con el tabaco genera el riesgo de desarrollar la enfermedad; solo que cuando estos se juntan la forma actuar se vuelve sinérgica; y es porque la mayoría de las sustancias que contiene en el humo del cigarro son cancerígenas y es el etanol de las bebidas alcohólicas el que facilita la captación de los cancerígenos que están presentes en el humo del cigarro<sup>26</sup>.

En cuanto a la ingesta de alcohol; se considera que su consumo excesivo de está asociado al desarrollo de neoplasia maligna gástrica a diferencia del consumo ligero que no tiene ningún efecto sobre el desarrollo de la enfermedad<sup>27</sup>. El efecto que frecuentemente se le asocia es a una gastritis

crónica y no descartar que sumado a ello tengan relación con otros factores de riesgo y ser el desencadenante. En un estudio de metaanálisis sobre la asociación de consumo moderado de alcohol y la neoplasia maligna gástrica concluyen que definitivamente no hay asociación entre ellos pero que si la hay para el consumo excesivo de esta sustancia<sup>28</sup>. En un estudio de cohorte prospectivo multicéntrico europeo se llegó a la conclusión de que el consumo diario de alcohol  $\geq 60$  gramos o más de 4 bebidas por día está potentemente asociado a cáncer gástrico predominantemente distal con una proporción de 2: 1 de los que solo hacen consumo moderado independientemente del tabaquismo, de factores dietéticos y estados de infección por *Helicobacter pylori*. Y que la bebida que mayor asociación tuvo fue la cerveza y no el vino u otros licores; dado a que contiene Nitrosaminas NDMA el cual es un carcinógeno animal; otras de las sustancias que contiene es etanol y acetaldehído considerado un carcinógeno humano, que induce lesiones en el DNA, genera radicales libres y se une a las enzimas implicadas en la reparación del ADN, y la protección antioxidante conllevando al daño de la mucosa gástrica. Tras búsqueda de diversos estudios epidemiológicos y de metaanálisis se concluye que el consumo de cerveza se ha asociado a mayor riesgo de neoplasia maligna gástrica no cardiaca o distal 1,65 (IC del 95%: 1,06-2,58). Así mismo este estudio considera que el punto límite de inicio es a partir de los 30 gramos de consumo por día para ser considerado un factor de riesgo<sup>29</sup>. En el año 2012 la Organización Mundial de la Salud informo que a nivel mundial el 40% de la población consume regularmente alcohol, el cual es considerado como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de neoplasia maligna. Un estudio reciente evidencio que este aumento de riesgo solo se observó en ausencia de infección por *H. pylori*, caso contrario ocurrió en personas que estaban infectadas por el *H. Pylori*; dado a que el consumo moderado de alcohol puede actuar como antimicrobiano, favoreciendo la supresión y eventual eliminación de la infección por *H. pylori*. La fundación Mundial de investigación del cáncer, en el año 2016 concluyo que la ingesta de alcohol, de más de 3 bebidas por día,

aumenta el riesgo de cáncer gástrico; sin embargo, los estudios individuales son limitados dado a que aún no llegan con precisión la relación de dosis-respuesta para el desarrollo de neoplasia maligna gástrica en poblaciones con estrato socioeconómico bajo. Este autor también menciona que, en un metaanálisis, el cual estuvo basado en 15 estudios de cohorte y 44 de casos y controles, se encontró un 20% más de riesgo de cáncer gástrico (RR 1,20; IC del 95%)<sup>30</sup>.

### ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS GÁSTRICAS

El *Helicobacter Pylori* ha sido reconocido como uno de los principales causantes de enfermedades gástricas; conllevando a gastritis crónica, úlceras gástricas y la misma neoplasia maligna gástrica; razón por el cual es considerado como un importante factor de riesgo para la enfermedad<sup>31</sup>. En un análisis de 12 estudios prospectivos se evidencio “un riesgo acumulado de 2.97 para la infección por *Helicobacter pylori* como causante de la neoplasia maligna gástrica”; de igual manera también se demostró en un estudio ejecutado en pacientes que presentaban la infección por *Helicobacter pylori* sin erradicación de este; con un tiempo de seguimiento de 10 años; donde el odds ratio para la neoplasia malignas gástrica aumento a 5.93 lo que estimo que el 80% de la población que presenta esta infección tiene el riesgo atribuible a la enfermedad. Tras resultados de diferentes metaanálisis de un estudio llevado a cabo por más de 14 años mostró que el 1.7% de personas que tenían la infección por *Helicobacter pylori* desarrollaron la neoplasia maligna gástrica<sup>32</sup>.

El tipo de transmisión fecal-oral y oral-oral, son modos de adquirir la infección por *Helicobacter pylori*; la mayor parte está relacionado a las características ambientales de la población. Por lo mismo que se ha identificado este germen en heces de personas infectadas y tras diversos estudios se han indicado que el vector sea el agua contaminada que contenga productos residuales fecales humanos<sup>33</sup>. La alta persistencia de casos de infecciones en países en desarrollo está muy relacionado a las pobres condiciones sanitarias, sumado

a problemas como la cloración del agua, preparación de los alimentos y hacinamiento. Tras un estudio realizado en el Perú, se había encontrado *H. pylori* en el agua procedente de la “Atarjea (central de procesamiento donde se distribuye el agua a toda la ciudad)”, lo que llegó a la conclusión de que la forma más importante de transmisión probablemente sea por el agua; debido a que gran parte de población carente de recursos con una situación socioeconómica baja utiliza y bebe agua que vienen de los pozos<sup>34</sup>. En diferentes estudios epidemiológicos señalaron al agua como factor importante de reservorio y vector de la infección por *Helicobacter pylori*<sup>32</sup>. Problemas relacionados a este tema conllevan a mayor prevalencia de infecciones y con ello mayor incidencia de casos de neoplasias malignas gástricas; observándose predominantemente en áreas con bajo desarrollo socioeconómico<sup>33</sup>. Si bien el tener la infección por *Helicobacter pylori* no indica que todos desarrollaran la neoplasia maligna gástrica; es un riesgo potente para su desarrollo. Así mismo mencionan que para que ocurra este efecto tiene que haber una asociación compleja entre la interacción de factores genéticos, medioambientales y bacterianos (Cepas bacterianas con diferentes factores de virulencia). En otros estudios se ha visto la existencia de países con alta prevalencia de *Helicobacter pylori* con una baja prevalencia en cáncer gástrico y esto se explica dado a que hay cepas más virulentas que producen una “proteína citotóxica asociada al gen A (Cag A +; Vac A +) conllevando generar mayor daño epitelial y progresivo<sup>21</sup>. En Lima – Perú las cepas del *Helicobacter Pylori* son Cag A +”, en más del 90%, lo que está relacionado a un mayor riesgo de inflamación crónica y cáncer. <sup>30</sup> Otros autores también confirman que, si bien hay mayor población que se encuentra infectado por el *Helicobacter pylori*, menos del 1% tiene neoplasia maligna gástrica sin embargo los que tienen neoplasia maligna gástrica el 40 a 50% está relacionado a *Helicobacter pylori*; lo que indicaría que hay otros agentes que condicionan su desarrollo junto a la infección<sup>35</sup>.

En 1994 tanto la Agencia Internacional para Investigación en Cáncer (IARC) como la Organización Mundial de la Salud “clasificaron al *Helicobacter pylori*

como un carcinógeno del grupo 1". Lo que significa que hay pruebas suficientes que confirman que puede causar neoplasia maligna a los seres humanos<sup>30</sup>. El 80% de los casos de gastritis crónicas que se registran en el país están originados por la presencia de la bacteria "Helicobacter pylori", el cual se contrae en el agua; por más procesamiento de potabilización que se realicen<sup>27</sup>.

La presencia de úlceras gástricas se puede generar por múltiples causas, pero los más importantes son el Helicobacter pylori, Antiinflamatorios no esteroideos, tabaco, alcohol, la dieta y la edad. Existe una asociación entre las úlceras gástricas benignas y los cánceres gástricos lo que refleja ser uno de los factores de riesgo comunes (principalmente la infección por H. pylori). Menciona que, en un estudio de Japón, 1120 pacientes con enfermedad ulcerosa péptica que tenían terapia de erradicación de H. pylori fueron seguidos durante una media de 3,4 años. El cáncer gástrico se desarrolló solo en pacientes con úlcera gástrica pero no en pacientes con úlceras duodenales. Un estudio de seguimiento del mismo grupo mostró que, en pacientes con enfermedades de úlcera péptica, el riesgo de cáncer gástrico aumentaba significativamente con infección persistente por H. pylori, un grado más alto de atrofia de la mucosa gástrica inicial y edad avanzada<sup>36</sup>.

## **CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS DE LA NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA**

La neoplasia maligna gástrica puede diferenciarse en dos aspectos; en un estado temprano donde la tumoración se encuentra limitada a la mucosa o submucosa y un estado avanzado donde la tumoración infiltra y sobrepasa la capa muscular propia; para que se produzca toda este cambio lleva tiempo; sin embargo su desarrollo va en conjunto con diferentes sintomatologías clínicas que hacen que el paciente acuda a un servicio de gastroenterología o sea referido por otros servicios; entonces conforme a la sintomatología , la edad y los antecedentes se toman en cuenta diferentes exámenes

diagnósticos importantes para evaluar el cuadro enfocándose principalmente a la parte la endoscópica<sup>37</sup>. Este estudio conforma el método estándar para el diagnóstico de Neoplasia Maligna Gástrica y que para la realización de este procedimiento debe de tenerse en cuenta la edad (>40 años), la clínica de paciente como la epigastralgia de más de 15 días de duración, asociada o no a hemorragia digestiva (Hematemesis o melena), disminución de peso no aclarada, llenura precoz post prandial y compromiso del estado general<sup>38</sup>. Existen clasificaciones que comúnmente se emplean en todos los centros de estudios endoscópicos gastrointestinales; para la descripción de la neoplasia maligna gástrica; las cuales se observan macroscópicamente. Si la neoplasia es de tipo incipiente se evalúan tres. El tipo I (elevado protruido) aquí el crecimiento se observa de tipo polipoide, el tipo II (plano o superficial) su crecimiento no es polipoide y se divide en tres subtipos (IIa que es ligeramente elevado; IIb plano y el IIc que es ligeramente deprimido), y por último el tipo III que es ulcerado o excavado. Todo ello conforma la clasificación de París. En cuanto a la neoplasia maligna avanzada hasta la actualidad se sigue usando la clasificación de Bormann<sup>39</sup>. La clasificación de Bormann se divide en 5 tipos: El tipo I que son polipoides o fungosos; el tipo II donde las lesiones son ulceradas de bordes elevados; el tipo III con Lesiones ulceradas que infiltran la pared gástrica; el tipo IV caracterizado por que las lesiones son infiltrantes difusas (Linitis plástica) y el ultimo agregado es el tipo V dado a que las lesiones no son clasificables. Esta clasificación es de suma importancia en el pronóstico; dado a que si se encuentran casos de tipo I; se estima que el 90% de ellos son bien diferenciados; diferencia de un tipo III donde el 50 % ya presenta escasa diferenciación. Señalan que las neoplasias vistas macroscópicamente y tienen el aspecto de ser elevadas con limites definidos se asocian más a tumores bien diferenciados de tipo intestinal, en tanto los que tienen aspectos tipo III o IV como la linitis plástica predomina el tipo difuso<sup>40</sup>.

### **2.3. HIPÓTESIS**

El presente trabajo, no requiere hipótesis por ser de tipo descriptivo.

### **2.4. VARIABLES**

Características epidemiológicas y endoscópicas de la neoplasia maligna gástrica

#### **2.4.1. Subvariable**

- Sociodemográfico
- Consumo de sustancias nocivas
- Antecedentes de patologías gástricas
- Características endoscópicas

#### **2.4.2. Indicadores**

- Edad
- Género
- Procedencia
- Grado de instrucción
- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Infección por *Helicobacter pylori*
- Gastritis crónica
- Úlcera gástrica
- Localización del tumor
- Aspecto macroscópico del tumor.

## **2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

- ALIMENTOS CONSERVADOS: Alimentos naturales a la cual se le agrega diferentes aditivos como sal o vinagre para mejorar el sabor y tenerlo en buen estado por mayor tiempo.
- ANALFABETISMO: No saber leer ni escribir lo básico.
- ANTRO: Parte más distal del estómago.
- CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS: Identificación u observación de algo que hace que sea distinto; y es a través del paso de una cámara que se encuentra dentro de un tubo o endoscopio.
- CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: Describir y adquirir conocimientos respecto a esta población en cuanto a la enfermedad y lo que genero su desarrollo que frecuentemente se expone la población. Abarca todos los datos demográficos, sustancias nocivas y antecedentes de patologías gástricas.
- CALIDAD DE VIDA: Percepción de la situación en la que vive un individuo considerando la salud física y su relación con el medio ambiente.
- CAMBIOS GENÓMICOS: Diferenciación en cuanto a la estructura y función que puede sufrir el ADN.
- CARCINOGENESIS: Proceso en el cual se transforma una célula normal a la aparición de una neoplasia maligna el cual es influenciado por diferentes fenómenos.
- CLASIFICACIÓN DE BORMANN: Apariencia que tienen un grupo de células cancerosas los cuales se describen según su tamaño y aspecto dentro de normas ya establecidas.
- CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS: Expresión que describe conductas desde el uso ocasional hasta el uso compulsivo de estas sustancias.
- CUERPO GÁSTRICO: Parte del estómago que se encuentra a nivel de tercio medio.

- ENDOSCOPIA: Proceso que permite la observación de la cavidad de un órgano a través de un tubo flexible que contiene una cámara.
- EPIDEMIOLOGÍA: Es el estudio de todos los aspectos que abarca a la población y sus acontecimientos que se producen en ellos; donde el interés es el grupo de personas.
- EPIDEMIOLOGÍA DE LA NEOPLASIA MALIGNA: Es una parte de lo que engloba la epidemiología general, el cual se ocupa del estudio de las neoplasias y de la población de la que proceden los pacientes; describiendo las causas, como la razón de la mortalidad, y la búsqueda de que hacerse para reducirla. En términos finales la epidemiología no solo se ocupa de la enfermedad sino también los estados de salud y prevención.
- GASTRITIS CRÓNICA: Inflamación de la mucosa gástrica que puede presentarse gradualmente o por largo tiempo.
- HELICOBACTER PYLORI: Bacteria Gram negativa que conlleva a generar inflamación y úlceras predominantemente a nivel del estómago.
- NEOPLASIA: Tumor generado por la multiplicación descontrolada de células las cuales pueden ser benignas o malignas.
- ILETRADOS: Persona falta de cultura y de estudios pese a que sabe leer y escribir.
- INFILTRANTE: Neoplasia que presenta un crecimiento el cual va más allá de su crecimiento inicial y que llega a invadir tejido sano.
- POSTPRANDIAL: Después de comer.
- LINITIS PLÁSTICA: Tipo de neoplasia que inicia su desarrollo a nivel del revestimiento del estómago hasta llegar a la parte muscular de este.
- MUCOSA: Superficie que reviste la parte interna del estómago.
- NEOPLASIA MALIGNA: Células dañadas que inician un proceso de división descontrolada y que llegan a destruir tejidos e invadir otros.
- ESPERANZA DE VIDA: Cantidad de años que puede vivir una persona o población.

- NITROSAMINAS: Sustancia cancerígena que se encuentran en los alimentos que contienen nitratos.
- NIVEL SOCIOECONÓMICO: Posición social y económica que tiene un individuo.
- SENSIBILIZACIÓN: Sentimiento positivos o negativos que tiene una persona sobre sí misma.
- ÚLCERA GÁSTRICA: Herida profunda que se encuentra a nivel de la mucosa o submucosa.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. TIPO DE ESTUDIO**

El presente es un estudio de tipo observacional descriptivo porque observa, describe y caracteriza la población objeto de estudio, de corte transversal porque observa y registra datos en una unidad de tiempo; y retrospectivo porque registra datos que ocurrieron en el pasado. (Año 2016-2017).

### **3.2. ÁREA DE ESTUDIO**

El trabajo de investigación se realizó en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. Población**

Todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna gástrica atendidos por el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017; que fueron un total de 100 pacientes.

#### **3.3.2. Muestra**

Debido a la naturaleza de la investigación, se tomó a toda la población como muestra. Razón por el cual se trabajó con los 100 pacientes.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- Pacientes que tengan el diagnóstico de Neoplasia Maligna Gástrica,
- Cuenten con historia clínica completa y examen endoscópico realizado por el servicio.

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que se empleo fue la revisión de historias clínicas de todos los pacientes con neoplasia maligna gástrica que fueron atendidos en el “servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016 – 2017”. El instrumento que se utilizo fue una Ficha de Recolección de datos (ANEXO N°2) en base a la operacionalización de variables, en el cual se incluyeron

datos sobre las características epidemiológicas que engloba a datos sociodemográficos, consumo de sustancias nocivas y antecedentes de patologías gástricas y en otro punto datos sobre características endoscópicas que englobo a la localización y el aspecto macroscópico del tumor. La ficha de recolección de datos fue validada por la opinión de expertos como el especialista gastroenterólogo, un metodólogo y un estadista.

### **3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Con el instrumento elaborado y validado se revisaron 100 historias clínicas de pacientes diagnosticados con neoplasia maligna gástrica atendidos por el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017, los datos fueron apuntados en la ficha antes mencionada. Para poder ejecutar la realización de esta investigación se solicitó el permiso a las autoridades del comité de docencia e investigación, al departamento de estadística e informática y al director general del Hospital María Auxiliadora.

Se garantizó la confidencialidad de la información del paciente, al solo usar códigos para la identificación de cada ficha de recolección de datos.

### **3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

La información obtenida a través de las fichas de recolección de datos fue digitada en una base de datos usando el “software SPSS v24.0”. Para el procesamiento de análisis de los datos se utilizaron las técnicas de estadísticas descriptivas; posterior a ello los resultados se presentaron en tablas y gráficos referente a las características sociodemográficas (Edad, género, procedencia, grado de instrucción y ocupación); consumo de sustancias nocivas; antecedentes de patologías gástricas y características endoscópicas.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS

TABLA N°1: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ENDOSCÓPICAS DE PACIENTES CON NEOPLASIAS MALIGNAS GÁSTRICAS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2016-2017

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	CATEGORÍA	NÚMERO 100	PORCENTAJE 100%
<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>			
Edad	66-76	44	44%
Género	Masculino	64	64%
Procedencia	Villa María del Triunfo	31	31%
Grado De Instrucción	Primaria	42	42%
<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS</b>			
Ingesta de alcohol	si	45	45%
Consumo de tabaco	si	21	21%
<b>ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS GÁSTRICAS</b>			
Gastritis Crónica	si	65	65%
Helicobacter Pylori	si	27	27%
Úlcera Gástrica	si	19	19%
<b>CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS</b>			
Localización del tumor	Antro	35	35%
Aspecto del tumor	Bormann III	70	70%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: En la Tabla N°1, se puede apreciar la distribución por características epidemiológicas y endoscópicas, encontrándose que el 64% (64 casos) corresponde al género masculino, el 44% (44 casos) tenían un rango de edad entre los 66 a 76 años. El lugar de procedencia de mayor frecuencia perteneció al distrito de Villa María del Triunfo con 31% (31 casos).

El grado de instrucción principal fue la educación primaria representando al 42% (42 casos). De acuerdo al consumo de sustancias nocivas la más frecuente fue la ingesta de alcohol con 45%(45 casos). Sobre antecedentes de patologías gástricas, el 65% (65 casos) obtuvo gastritis crónica. En cuanto a las características endoscópicas, el 35% (35 casos) se localizó en antro y el 70% (70 casos) tuvo un Bormann de tipo III.

TABLA N° 2: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA

DATOS GENERALES	CATEGORÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
		100	100
EDAD (AÑOS)	44-54	9	9%
	55-65	25	25%
	66-76	44	44%
	77-87	18	18%
	>87	4	4%
GÉNERO	Masculino	64	64%
	Femenino	36	36%
DISTRITO	San Juan de Miraflores	27	27%
	Villa María del Triunfo	31	31%
	Villa El Salvador	23	23%
	Santiago de Surco	2	2%
	Chorrillos	8	8%
	Otros	9	9%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	25	25%
	Primaria	42	42%
	Secundaria	31	31%
	Superior	2	2%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°2, el grupo etario más frecuente se encontró entre los 66 a 76 años de edad con 44%. El género masculino tuvo un 64% (64) a diferencia del femenino con 36% (36) de los casos. Del total de

pacientes estudiados el 31% pertenecían al distrito de Villa María del Triunfo y solo el 8% de la población pertenecía al distrito de chorrillos; en cuanto al grado de instrucción el mayor porcentaje tenía educación primaria representando al 42% (42) del total de los casos, sin embargo, un 25% eran analfabetos y solo 2% tenía educación superior.

TABLA N° 3: CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS EN PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA

CONSUME SUSTANCIAS	CATEGORÍA	NÚMERO	PORCENTAJE
		100	100%
TABACO	SÍ	21	21%
	NO	79	79%
ALCOHOL	SÍ	45	45%
	NO	55	55%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a la Tabla N°3, el 79% (79 casos) no consume tabaco y el 21% (21 casos) sí consume tabaco. De acuerdo al consumo de alcohol el 55% (55 casos) no consume alcohol y el 45% (45 casos) si hacía uso de esta sustancia.

TABLA N° 4: DISTRIBUCIÓN POR ANTECEDENTE DE PATOLOGÍAS GÁSTRICAS EN PACIENTES CON NEOPLÁSIA MALIGNA GÁSTRICA

	CATEGORÍA	NÚMERO	PORCENTAJE
INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI	Sí	27	27%
	No	73	73%
GASTRITIS CRÓNICA	Sí	65	65%
	No	35	35%
ÚLCERA GÁSTRICA	Sí	19	19%
	No	81	81%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a la Tabla N°4, el 65% (65 casos)) del total tenía antecedentes de gastritis crónica. El 27%(27 casos) del total había presentado infección por Helicobacter pylori; y de acuerdo a antecedentes de úlcera gástrica solo el 19% (19 casos) presentó dicha lesión.

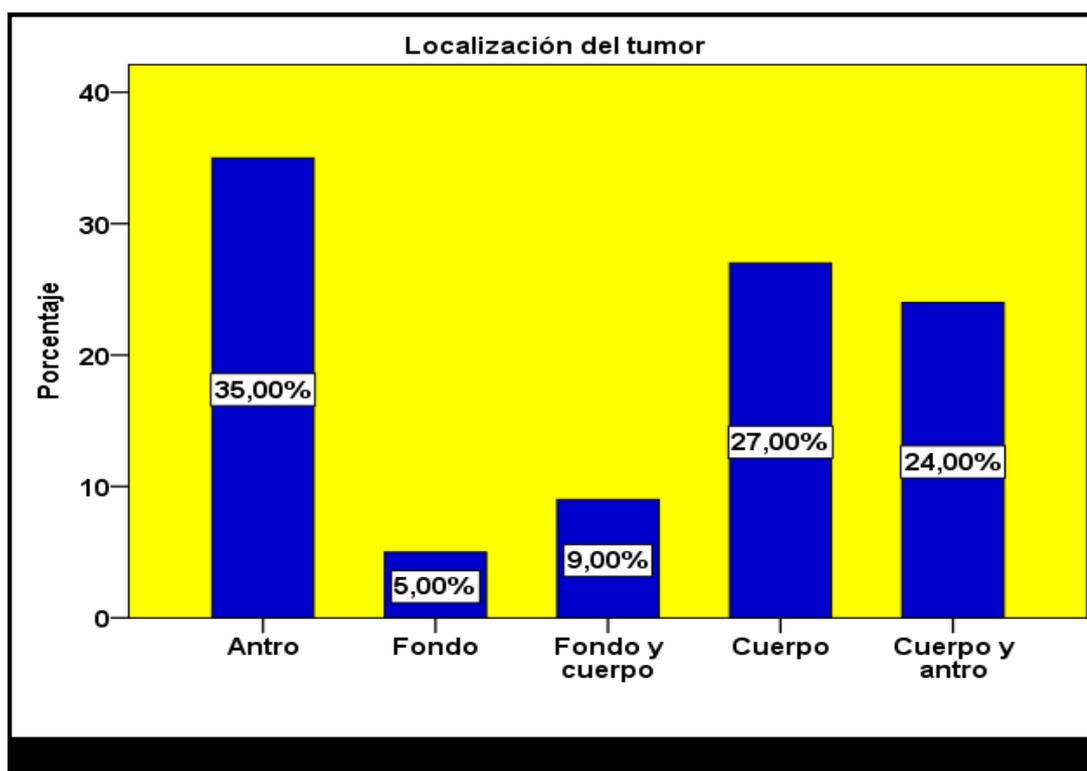
### CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS

TABLA N° 5: LOCALIZACIÓN DEL TUMOR SEGÚN LA ENDOSCOPIA EN PACIENTES CON NEOPLÁSIA MALIGNA GÁSTRICA

LOCALIZACIÓN DEL TUMOR	NÚMERO	PORCENTAJE
ANTRO	35	35%
FONDO	5	5%
FONDO Y CUERPO	9	9%
CUERPO	27	27%
CUERPO Y ANTRO	24	24%
Total	100	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 1: LOCALIZACIÓN DEL TUMOR SEGÚN LA ENDOSCOPIA EN PACIENTES CON NEOPLÁSIA MALIGNA GÁSTRICA



Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a la tabla N°5 y Gráfico N°1, se observa que la localización más frecuente de la neoplasia maligna gástrica fue a nivel de antro con 35% (35 casos) seguido de cuerpo con 27% (27 casos). La

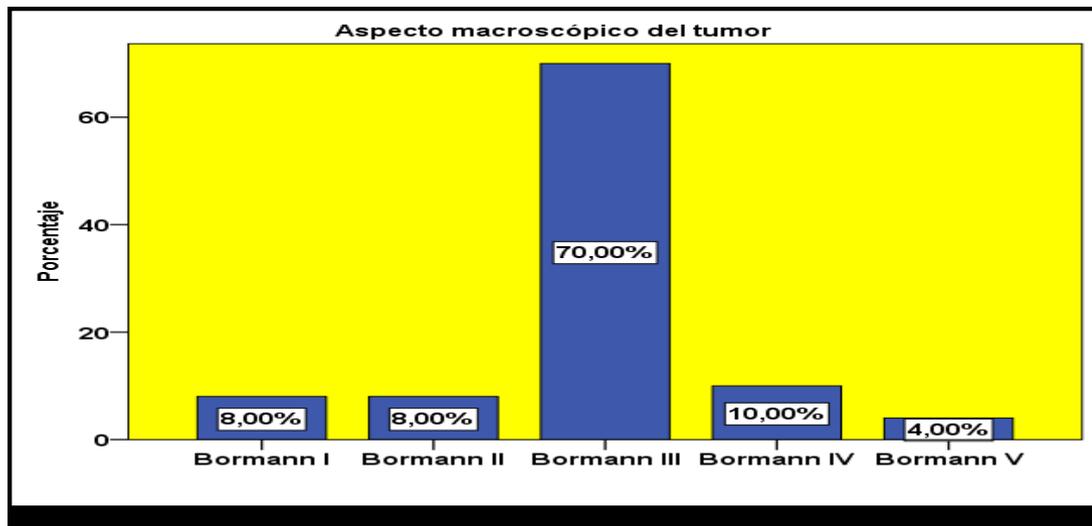
localización menos frecuente de la neoplasia fue en fondo con un 5% (5 casos).

**TABLA N° 6: ASPECTO MACROSCÓPICO DEL TUMOR SEGÚN LA ENDOSCOPIA EN PACIENTES CON NEOPLÁSIA MALIGNA GÁSTRICA**

ASPECTO MACROSCÓPICO DEL TUMOR	NÚMERO	PORCENTAJE
TEMPRANO	0	0%
BORMANN I	8	8%
BORMANN II	8	8%
BORMANN III	70	70%
BORMANN IV	10	10%
BORMANN V	4	4%
TOTAL	100	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**GRÁFICO N°2: ASPECTO MACROSCÓPICO DEL TUMOR SEGÚN LA ENDOSCOPIA EN PACIENTES CON NEOPLÁSIA MALIGNA GÁSTRICA**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a la Tabla N°6 y Gráfico N°2, se observa que el aspecto macroscópico más frecuente según la clasificación de

Bormann fue tipo III con 70% (70 casos), seguido el tipo IV con 10% (10 casos); no se hallaron lesiones de aspecto temprano.

## 4.2. DISCUSIÓN

Tras diversos estudios de investigaciones a nivel mundial y nacional se llegó a la conclusión de que las características epidemiológicas de las neoplasias malignas gástricas, se encuentra en primer lugar la infección por *Helicobacter pylori*, considerado como un potente carcinógeno<sup>12</sup>; sumado a otros agentes como el consumo excesivo del alcohol, el uso frecuente de tabaco y la misma susceptibilidad genética asociado a otras mutaciones, se consideran agentes de importancia tras diversos estudios. Lo relevante de esta investigación es en cuanto al antecedente de patologías gástricas, donde la más frecuente fue la gastritis crónica y posterior la infección por *Helicobacter pylori*, lo que puede ser explicado por la misma infección, la preocupación en la parte económica; e incluso el uso de medicamentos de manera inapropiada; enfatizando que la neoplasia maligna gástrica toma años para generar síntomas específicos. Otro punto discutido es el consumo de tabaco y alcohol que si bien en frecuencia no fueron acordes a diversos estudios como el realizado por Avalos García y col<sup>1</sup>; donde el 42.9% y 39.3% de pacientes hicieron el mayor consumo de esta sustancia respectivamente, o como el estudio de Muñoz Altamirano<sup>5</sup>, que obtuvo el mayor porcentaje de ingesta de alcohol con 75%, sin embargo el resultado obtenido en este estudio no tuvo mayor significancia, sin embargo, como resultado se observó que la sustancia más consumida fue el alcohol. A nivel sociodemográfico los más afectados son los adultos mayores; según MINSA (>60 años a más) principalmente el género masculino. Referente a las características endoscópicas se vio que la localización más frecuente, fue a nivel de antro y según el aspecto macroscópico tras la examinación gástrica el grado de lesión observada con mayor frecuencia fue un Bormann III indicativo de que la lesión cursa en un estado avanzado; generando en consecuencia aumento de la mortalidad, disminución del tiempo de sobrevivencia y una mala calidad de vida para el paciente; no deja de ser una problemática social amplia.

A nivel sociodemográfico se halló que el 64 % del total de los casos pertenecieron al género masculino; resultado que fue acorde a los antecedentes bibliográficos como el realizado por Figueroa Leyva <sup>6</sup>, en donde el porcentaje de varones afectados fue de 62.96% o el estudio de Gonzales Alejandro y col <sup>4</sup>, en donde el género masculino era el predominante con un 67.2% ; explican que la mayor frecuencia en varones se debe a que ellos se encuentran más expuestos y son más participes a estos factores de riesgo. La neoplasia maligna gástrica tras diferentes investigaciones ha sido considerada una enfermedad que afecta principalmente al adulto mayor que cursa entre la sexta y séptima década de la vida <sup>1,2</sup>, pero que inicia su desarrollo a partir de los 40 años<sup>8</sup>. En este estudio los pacientes que fueron diagnosticados con esta enfermedad tenían como edad mínima 44 años y una edad máxima de 93 años; con un promedio de 69 años para ambos sexos; según la división que se realizó por grupos etarios el 44% (44 casos) se encontró entre los 66 -76 años de edad ; lo que semeja al estudio realizado por Rodríguez Vargas y col<sup>7</sup>, donde el promedio de edad fue de 65 años y al resultado de Crespo Ramírez y col <sup>2</sup>, con un rango etario entre los 61-70 años; lo que indica que los pacientes más afectados por esta neoplasia maligna predomina en edades avanzadas. En un estudio realizado por Figueroa Leiva <sup>6</sup>, el 10.2% de pacientes provenían del distrito del Agustino, San Juan de Lurigancho y Chorrillos (5 casos por distritos) y 8.16% provenían del distrito de San Juan de Miraflores. En cuanto a este estudio el distrito de mayor procedencia lo obtuvo Villa María del Triunfo con 31% y seguido el distrito de San Juan de Miraflores con un 27% indicativo que a nivel de Lima sur son las poblaciones más afectadas por esta neoplasia, que comparado a estudios realizados por el INEN a nivel de Lima Metropolitana por distrito en el año 2012 la población más afecta fueron de Villa El Salvador y Villa María del Triunfo. En un estudio realizado por Apaza Charaja <sup>9</sup>, en cuanto al grado de instrucción el 40 % solo tenían educación secundaria y un 38.33% tenían educación superior y solo el 1.67 % de sus casos estudiados eran iletrados lo que en este estudio difiere dado a que el 42% solo tenía educación primaria y

un 31% educación secundaria sin embargo, lo más alarmante es que el 25% sean analfabetos; considerado un gran riesgo, dado a que indirectamente indica que un buen porcentaje de la población tiene una educación deficiente que por ende también lo puede tener su entorno familiar; también puede reflejar que el estilo de vida que lleven es deficiente en cultura, higiene y cuidado de su salud.

Otros antecedentes epidemiológicos de importancia en estos pacientes es el consumo de sustancias nocivas; en este estudio se encontró que solo el 21 % hacía consumo de tabaco y que el 45% ingería alcohol el cual difiere con los resultados de Avalos García <sup>1</sup> , donde el porcentaje de consumo fue de 42.9% y 39.3% respectivamente o el estudio de Muñoz Altamirano <sup>5</sup> , donde el 68% (39 casos) consumía tabaco y el 75 % ingería alcohol. En otro estudio realizado por Apaza Charaja <sup>9</sup> , (Antecedente bibliográfico nacional el 28.33% que represento a 17 casos solo hacia consumo de alcohol) y el de Jaime Salazar <sup>3</sup> , donde solo el 28.19% consumía tabaco; lo que resulto acorde a este estudio; lo que en discusión no solo es un problema social sino que también la misma sustancia que contiene estos agentes nocivos como el caso del alcohol, se entiende por estudios que el etanol es punto de desarrollo de esta enfermedad muy aparte de las demás sustancias cancerígenas que presentan.

Los estudios de Avalos Garcia<sup>1</sup> y Crespo Ramirez <sup>2</sup>, describen que aproximadamente el 60.7% (17 casos) y el 63.8% (23 casos) presentaron con mayor frecuencia la infección por Helicobacter pylori lo que comparado con los resultados de este estudio el antecedente de patología de mayor frecuencia fue para la gastritis crónica con un 65% a diferencia de infección por Helicobacter pylori que fue solo un 27% de la población (27 casos) ; sin embargo, en otros estudios realizados por Jaime Salazar <sup>3</sup> , se observó que solo el 2.82% (2 casos) presento dicha infección y solo el 1.41% presento

gastritis crónica; ambos considerados como agentes importantes en la etiopatogenia de la neoplasia maligna gástrica<sup>1</sup>.

En cuanto a los resultados sobre las características endoscópicas de pacientes con neoplasia maligna gástrica se obtuvieron que el mayor porcentaje de la lesión se localizó a nivel de antro con un 35% seguido de cuerpo con un 27% lo que es acorde demás investigaciones nacionales e internacionales como el del autor Parillo Durand <sup>8</sup> , donde la localización de mayor lesión fue a nivel distal; el estudio de Avalos Garcia<sup>1</sup> , con 46.4% de lesión a nivel de antro o el realizado por Apaza Charaja <sup>9</sup> , con ubicación más frecuente en antro y cuerpo. En cuanto al aspecto endoscópico del tumor el 70% tenía un Bormann III y un 10% tipo IV semejante al estudio de Rodríguez Vargas <sup>7</sup> , donde el 72% fue de tipo III.

La fortaleza de este trabajo de investigación es que profundiza y brinda información actualizada del tema; así mismo, se dan recomendaciones el cual se puede emplear en dicho nosocomio, con el motivo de mejorar no solo a nivel poblacional sobre la enfermedad sino de sensibilizar a la población como al personal de salud para que se brinden adecuadamente información de prevención. El llevar a cabo este estudio genera el interés de realizar un estudio de tipo prospectivo dirigido directamente a la población dentro de una comunidad.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

- La conclusión general respecto a las características epidemiológicas, es que los adultos mayores de 60 años del género masculino son los que mayor afectación presentan. Debido a que un 42% presento como educación de base, la educación primaria y que un 25% presento analfabetismo; sobreentiende que el estilo de vida no es muy favorable, lo que también puede estar relacionado a una deficiencia sanitaria, por el grado de educación e ignorancia que presentan. El consumo de sustancias nocivas como alcohol y tabaco, las infecciones por *Helicobacter pylori* y la gastritis crónica son datos epidemiológicos principales que describen esta enfermedad. Y con respecto a la conclusión sobre la parte endoscópica, revela que la mayor frecuencia con la que acuden a recibir atención, es cuando la neoplasia maligna ya infiltró la mayor parte del tejido gástrico; lo que define que el grado de afectación ya indica un proceso avanzado de la enfermedad.
- En cuanto a los aspectos sociodemográficos se encontró que el grupo etario de mayor afectación, curso entre los 66 a 76 años de edad, principalmente del género masculino; el grado de instrucción de mayor frecuencia tenía educación primaria con 45% y un 25% de analfabetismo motivo que no puede dejarse de lado por el problema social que conlleva conjunto a la enfermedad.
- La ingesta de alcohol fue la sustancia nociva que mayor frecuencia de consumo obtuvo con un 45% y en cuanto al consumo de tabaco el 21% usaba esta sustancia.
- En cuanto a los antecedentes de patologías gástrica la patología que predominio fue la gastritis crónica con 65% seguida por la infección por *Helicobacter pylori* con 27%.
- En lo que respecta a las características endoscópicas de los pacientes con Neoplasia Maligna Gástrica, se mostró que la localización de mayor

predominancia fue en antro y cuerpo; encontrándose en un estadio avanzado con un Bormann III en el 70% de todos los casos.

## 5.2. RECOMENDACIONES

- La primera recomendación va para el personal de salud. Es importante que se realice una correcta historia clínica, el cual describa a detalle los factores de riesgo que presentan esta población; que se indague más en cuanto al estilo de vida; quizás para la misma población su forma de vivir es adecuada sin embargo puede ser todo lo contrario; posterior a ello se les haga seguimiento. Otra recomendación es que se realicen mayores estudios de tipo casos control o prospectivo para que se identifique específicamente los factores de riesgo para el desarrollo de neoplasia maligna gástrica.
- Es importante como recomendación que se brinden charlas informativas sobre los riesgos que generan la neoplasia maligna gástrica, y sobre todo se explique a la población, la importancia de la higiene y la salud. Para ello deben realizarse sesiones que estén dirigidos a los internos y enfermeros que son los que frecuentemente tienen mayor acceso a la población; con ello se enriquezca un amplio conocimiento del tema y así se brinde la información adecuada a los pacientes.
- Se recomienda que los servicios de salud conjunto con los profesionales sanitarios ofrezcan intervenciones de prevención y tratamiento a los individuos y las familias que corren el riesgo de sufrir trastornos por el consumo de alcohol y tabaco, o de los que ya los padecen. A su vez que informen a la sociedad sobre las repercusiones de salud pública y sociales del uso nocivo del alcohol y tabaco.
- Se recomienda al Hospital María Auxiliadora la realización de campañas de despistaje para diagnóstico temprano de la enfermedad y su tratamiento.
- Otra recomendación es que se realice seguimiento de los pacientes que ya tienen el diagnóstico de neoplasia maligna gástrica y su nuevo estilo

de vida; así mismo generar medidas preventivas en los familiares quienes también están propensos al desarrollo de la enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Datos epidemiológicos – INEN. Casos nuevos de cáncer registrados en el INEN. Lima – Perú. 2006-2015. Oficina de informática [Internet] 2017; En:<http://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria>. (Fecha de acceso: 15 de enero del 2018).
2. Quispe Q y col. Compendio estadístico – HMA 2016. Unidad de procesamiento de datos/ Oficina de informática. Lima – Perú [Internet] 2016; 68. En: <http://www.hma.gob.pe/pdf/publicaciones/21.pdf>.
3. Avalos G, Morales D, Romero B, Laud M. Comportamiento del cáncer gástrico avanzado diagnosticado por videoendoscopia en el Hospital “Faustino Pérez Hernández”, Matanzas. Rev.Med. Electrón. Cuba 2017; 39: 507-518. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000300009).
4. Crespo R, González P, López V, Pagarizabal N. Cáncer gástrico en pacientes atendidos en el servicio de endoscopia digestiva. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río – Cuba. 2017; 21: 661-668. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942017000500008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000500008).
5. Salazar O, Rivas G. Caracterización clínico- epidemiológicas de los pacientes con cáncer gástrico en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Tesis de Graduación- especialidad. San Salvador. Universidad de el salvador; 2015.56. En: <http://ri.ues.edu.sv/9912/1/CARACTERIZACION-CLINICO-EPIDEMIOLOGICA-DE-LOS-PACIENTES-CON-.pdf>.
6. 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 Rev. Facultad de Salud Colombia. 2015; 7: 23-28. En: <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/951/>.

7. Muñoz AZ. Caracterización del cáncer gástrico en el Hospital Regional Docente Ambato en el periodo de enero 2013 – enero 2016. Tesis de bachiller. Ambato – Ecuador. Facultad de ciencias Médicas: UNIANDES; 2016. 121. En: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/5916>.
8. Orlando F. Comportamiento Epidemiológico e Histológico del Cáncer Gástrico en el Hospital Militar Central entre el 2010-2015. Tesis de bachiller. Lima - Perú: Universidad Ricardo Palma; 2017.69. En: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/929>.
9. Rodríguez V, Arévalo S, Monge S, Montes T. Características histológicas y endoscópicas del cáncer gástrico diagnosticados en un Hospital Nacional Del Callao, Perú. Rev. Med. Salud Pública Perú. 2013; 30:1-6. <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000100003&sc>
10. Parillo D. Características endoscópicas y patológicas del cáncer gástrico en un Hospital Público Peruano. Rev. Gastroenterol. Perú. 2017; 37:209-16. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script>.
11. Apaza C. Características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas e histológicas del cáncer gástrico en el servicio de gastroenterología del Hospital III Yanahuara ESSALUD – Arequipa. Tesis de bachiller. Arequipa - Perú: Universidad Católica de Santa María; 2014.129. En: [http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM\\_0c325a63937e3586eada14c732a1834e](http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_0c325a63937e3586eada14c732a1834e).
12. Andahua P. Características Epidemiológicas y Anatomopatológicas de Cáncer Gástrico en pacientes atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Central De Policía Nacional Luis N. Sáenz. Tesis de bachiller. Lima – Perú: UPSJB; 2016.49. En: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1023>.
13. Otero R, Gómez M, Castro D. Carcinogénesis gástrica. Rev. Med. Gastroenterol - Colombia. 2009; 24: 314-29. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572009000300014](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572009000300014).

14. Guzman B, Norero M. Cáncer gástrico. Rev. Med. Clin. Condes – Chile. 2014; 25: 106-113. En: file:///C:/Users/STEFANIE/Downloads/S0716864014700161\_S300\_es%20(6).pdf.
15. Globocan.IARC. Incidencia estimada de cáncer de estómago, mortalidad y prevalencia en todo el mundo en 2012. Lyon CEDEX, Francia: GLOBOCAN IARC-2018. En: <http://globocan.iarc.fr> (Fecha de acceso: 20 de Enero del 2018).
16. Datos epidemiológicos – INEN. Casos nuevos de cáncer registrados en el INEN. Lima – Perú. 2006-2015. Oficina de informática 2017; En:<http://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria>. (Fecha de acceso: 21 de enero del 2018).
17. Payet M, Pérez M, Poquioma R, Díaz N, et al. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana: Incidencia y mortalidad 2010 – 2012. Dep. Epidemiología y estadística del cáncer. Perú 2016; 5: 24 -173. En: [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners\\_2014/2016/Registro%20de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012\\_02092016.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012_02092016.pdf).
18. IARC - Instituto Americano para la Investigación Del Cáncer. Alimentación, nutrición, actividad física y prevención Del Cáncer: Una perspectiva global 2007. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research: Washington DC. 2007; 269-270. En: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2187%3A2010-alimentos-nutricion-actividad-fisica-prevencion-cancer-perspectiva](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2187%3A2010-alimentos-nutricion-actividad-fisica-prevencion-cancer-perspectiva).
19. SEER-Cáncer. Revisión estadística del cáncer de estómago. SOCIEDAD AMERICANA DEL CÁNCER. Atlanta 2018. En: <https://www.cancer.org>. (Fecha de acceso: 21 de enero del 2018).
20. Uehara G, Nago A, Espinoza R, Vargas G, Astete M, Morán L, et al. Edad óptima para el despistaje endoscópico de cáncer gástrico en pacientes con dispepsia sin síntomas de alarma. Rev. Gastroenterol. Perú. 2007;

- 27: 339-348. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292007000400002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292007000400002).
21. Ruiz M, Horacio L, Monroy R. Carcinoma Gástrico. Oncología y cirugía: Bases y principios. 1era ed. México: El Manual Moderno; 2013. p. 369-75. Disponible en: <http://www.circulomedicodezarate.org/e-books/Oncologia-Cirugia-Bases-Principios.pdf>.
22. Guía de práctica clínica de cáncer gástrico – INEN - MINSA 2013. Dep oncol. Medica 2013: 1-24. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf).
23. Ladeiras L, Pereira A, Nogueira A, et al. Smoking and gastric cancer: systematic review and meta-analysis of cohort studies. Cancer Causes Control – Epub 2008; 19:689-701. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18293090>.
24. Piazuolo M, Correa P. Cáncer Gástrico: Punto de vista. Colombia Méd.2013; 44: 192-201. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1263/2150>.
25. NIH.com. Cáncer de estómago. Departamento de salud y de servicios humanos EE. UU: Norman E. Sharpless; 1976 En: <http://www.cáncer.gov.com> (Actualizada el 8 diciembre 2017).
26. Steevens J, Schouten LJ, Goldbohm RA, van den Brandt. Alcohol consumption, cigarette smoking and risk of subtypes of oesophageal and gastric cancer: a prospective cohort study. Gut, 2010; 59:39-48. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19828467>.
27. On Chan y Wong. Factores de riesgo para cáncer gástrico. UpToDate. Sep 26, 2016. Topic 2617 Versión 38.p. 6-22. Disponible en: <https://www.uptodate.com/home>.
28. Tramacere I, Negri E, Pelucchi C, Bagnardi V, Rota M, et al. A meta-analysis on alcohol drinking and gastric cancer risk. Annals of Oncology,

- 2012; 23: 28–36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536659>.
29. Eric J, Noémie T, Leila L, Françoise Cl, Marie B, Sophie M; et al. Alcohol consumption and gastric cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohort. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2011; 94: 1266–1275. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21993435>.
30. Rota M, Pelucchi C, Bertuccio P, Matsuo K, Feng Zhang Z, Ito H, et al. Alcohol consumption and gastric cancer risk – A pooled analysis within the Stop Project Consortium. *Int J Cancer*. 2017; 141:1950-1962. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28718913>.
31. Ramírez R, Sánchez S. Helicobacter Pylori y Cáncer Gástrico. *Rev. gastroenterol. Perú*. 2008; 28: 258-266. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292008000300008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292008000300008).
32. Csendes A, Figueroa M. Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. *Rev. Chil Cir*. 2017; 69: 502 – 507. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379389316301533>
33. Martín De Argila, Boixeda D. Helicobacter pylori y enfermedades relacionadas: Epidemiología y Factores de riesgo. *GH Continuada*. España 2014; 3:251 – 255. Disponible en: [file:///C:/Users/STEFANIE/Downloads/70000216\\_S300\\_es%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/STEFANIE/Downloads/70000216_S300_es%20(2).pdf).
34. Ramírez R, Mendoza R, Leey C, Guerra V. Estudio del Helicobacter pylori en el Perú. *Rev. Perú. Med. Exp. salud pública*. 2002; 19: 209-214. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342002000400009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342002000400009).
35. Minsa.gov. Ministerio de Salud: Consumo de agua cruda y la Gastritis Crónica. En: <http://www.minsa.gov.pe/?op=51&nota=17185>. (Fecha de acceso 20 enero 2018).

36. F. Carneiro. En: Antoni Castells y Francesc Balaguer, editores. *Cáncer Digestivo: Patogenia, Diagnóstico, Tratamiento y prevención*. 1<sup>era</sup> ed. España: Elsevier; 2015. p. 19-29. En: <http://www.circulomedicodezarate.org/e-books/Cancer-digestivo-patogenia-diagnostico-tratamiento-y-prevencion-tomo1.pdf>.
37. Minsal/Guía Clínica AUGE Cáncer Gástrico: Santiago 2014. Dep manejo integral del cáncer y otros tumores. Chile 2014: 15-70. En: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GPC-G%C3%A1strico-PL.pdf>.
38. Guzmán S, Norero E. Cáncer Gástrico. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2014; 25(1): 105-113. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cancer-gastrico-S0716864014700161>.
39. Ruiz M, Melchor R, Vela S, Horacio L, Alejandro P, et al. En Herrera Gómez y Granados G, editores. *Manual de Oncología: Procedimientos Médicos Quirúrgicos*. 5<sup>ta</sup> ed. México: McGrawHill; 2013. p. 493-502.
40. Espejo R, Navarrete S. Clasificación de los Adenocarcinomas de estómago. *Perú. Rev. Gastroenterol. Perú*. 2003; 23: 199-212. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292003000300006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292003000300006).

## BIBLIOGRAFÍA

- Robert J. Mayer. Cánceres del tubo digestivo alto: Tumores gástricos. En: Fauci Anthony, autor y editor. HARRISON principios de medicina interna. 19ª ed. Estados Unidos: Mc Graw-Hill; 2015.p.534-36.
- Ruiz M, Horacio L, y Monroy R. Carcinoma Gástrico. En: Mendoza Murillo, editor. Oncología y cirugía: Bases y principios. 1era ed. México: El Manual Moderno; 2013. p. 369-75.
- F. Carneiro. En: Antoni Castells y Francesc Balaguer, editores. Cáncer Digestivo: Patogenia, Diagnóstico, Tratamiento y prevención. 1ERA ed. España: Elsevier; 2015. p. 19-29.
- Ruiz M, Melchor R, Vela S, Horacio L, Alejandro P, et al. En Herrera Gómez y Granados G, editores. Manual de Oncología: Procedimientos Médicos Quirúrgicos. 5ª ed. México: McGrawHill; 2013. p. 493-502.
- Álvarez Gutiérrez. En: Barrueco Ferrero, Hernandez Mezquita yTorrecilla García, editores. Manual de Prevención y tratamiento del tabaquismo: Relación del tabaco y el cáncer. 4ta ed. Ediciones Médicas: Euromedice; 2009.p.36-42.
- Isabel Santos. Epidemiología del cáncer: Principios y métodos. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer Lyon, Francia 1999 .p.469.

## ANEXOS

### ANEXO Nº 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES:			CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ENDOSCÓPICAS			
SUBVARIABLE	INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA	INSTRUMENTO	% DE ITEMS
Sociodemográfico	Edad	1a	Intervalo	44-54 años 55-65 años 66-76 años 77-87 años >87 años	Ficha de recolección de datos	9.1%
	Género	1b	Nominal	Femenino Masculino		9.1%
	Procedencia	1c	Nominal	San Juan de Miraflores Villa María del Triunfo Villa El Salvador Surco Chorrillos		9.1%
	Grado de instrucción	1e	Ordinal	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Ficha de recolección de datos	9.1%
Consumo de sustancias nocivas	Consumo de tabaco	2a	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos	9.1%
	Ingesta de Alcohol	2b	Nominal	Si No		9.1%
Antecedentes de patologías gástricas	Gastritis Crónica	3a	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos	9.1%
	Úlcera Gástrica	3b	Nominal	Si No		9.1%
	Helicobacter Pylori	3c	Nominal	Si No		9.1%
Características endoscópicas	Localización	4a	Nominal	Fondo Cuerpo Antro	Ficha de recolección de datos	9.1%
	Aspecto Macroscópico	4b	Ordinal	Temprano Bormann I Bormann II Bormann III Bormann IV Bormann V		9.1%

TOTAL: 100%

**ANEXO Nº 2: INSTRUMENTO**

“FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS REFERENTE A CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ENDOSCÓPICAS DE NEOPLASIAS MALIGNAS GASTRICAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE EL AÑO 2016-2017 LIMA PERÚ”

Nº DE FICHA..... NÚMERO DE HC.....  
 AÑO DE ATENCIÓN.....

<b>1. SOCIODEMOGRÁFICO</b>	
<b>a) EDAD:</b> <b>b) GÉNERO:</b> (F) (M) <b>c) PROCEDENCIA:</b> SAN JUAN DE MIRAFLORES () VILLA MARÍA DEL TRIUNFO () VILLA EL SALVADOR () SANTIAGO DE SURCO () CHORRILLOS () OTROS ()	<b>d) GRADO DE INSTRUCCIÓN:</b> ANALFABETO () PRIMARIA () SECUNDARIA () SUPERIOR ()
<b>2. CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS</b>	
<b>a) CONSUMO DE TABACO</b> SI () NO () <b>b) COSUMO DE ALCOHOL</b> SI () NO ()	
<b>3. ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS GASTRICAS</b>	
<b>a) INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI</b> SI () NO () <b>b) GASTRITIS CRÓNICA</b> SI () NO () <b>c) ÚLCERA GÁSTRICA</b> SI () NO ()	
<b>4. CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS</b>	
<b>a) LOCALIZACIÓN DEL TUMOR</b> • FONDO () CUERPO () ANTRO () <b>b) ASPECTO MACROSCOPICO DEL TUMOR</b> • TEMPRANO () • BORMANN I () • BORMANN II () • BORMANN III () • BORMANN IV () • BORMANN V ()	

## ANEXO N° 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

### Informe de Opinión de Experto

#### I.- DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Tipo de experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico

1.4 Nombre del Instrumento:

1.5 Autor (a) del instrumento:

#### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

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.				70%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				75%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas (variables).				75%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				75%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas (relación a las variables).				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas (tipo de investigación)				80%	

#### III. OPINIÓN DE APLICATIVIDAD

Cumple con %.

(Comentario del juez experto respecto al instrumento)

#### IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

77.22%

Lugar y Fecha: Lima, \_\_\_ Enero de 2018

Firma del Experto Informante  
D.N.I N° 40206055  
Teléfono 84613409

### Informe de Opinión de Experto

#### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: *BAZÁN RODRÍGUEZ ELI*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *DOCENTE UPSSB*
- 1.3 Tipo de experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico
- 1.4 Nombre del Instrumento: *FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS*
- 1.5 Autor (a) del instrumento: *NESTARES MENDOZA STEFENIE*

#### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

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.				78%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				45%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas (variables).					81%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					82%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				78%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas (relación a las variables).					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas (tipo de investigación)					82%

#### III. OPINIÓN DE APLICATIVIDAD

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

80.1%

Lugar y Fecha: Lima, *20* Enero de 2018

  
 Lic. ELI NOEMI BAZÁN RODRÍGUEZ  
 COESPE 444  
 COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Firma del Experto Informante  
 D.N.I N° *19209383*  
 Teléfono *977 414 879*

**Informe de Opinión de Experto**

**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Gallegos López Roxana  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Médico Gastroenterólogo - HHA  
 1.3 Tipo de experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del Instrumento: Ficha de Recolección de Datos  
 1.5 Autor (a) del instrumento: Nestora Mendoso Stefanie

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

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.				79%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				75%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas (variables).					88%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				75%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas (relación a las variables).					87%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				88%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				82%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas (tipo de investigación)					89%

**III. OPINIÓN DE APLICATIVIDAD**

Aplica  
 (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

83.6%

Lugar y Fecha: Lima, 22 Enero de 2018

Dra. Roxana Gallagos L.  
 Médica Gastroenteróloga  
 C.M.P. 61731 R.N.E.

Firma del Experto Informante  
 D.N.I N°...44683334  
 Teléfono...989193137

## ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>Problema General:</b></p> <p>PG: ¿Cuáles son las características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017?</p> <p><b>Problemas Específicos</b></p> <p>PE 1: ¿Cuáles son las características epidemiológicas según los aspectos sociodemográficos de las neoplasias malignas gástricas en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017?</p> <p>PE 2: ¿Cuáles son las características epidemiológicas respecto al consumo de sustancias nocivas en pacientes con neoplasia maligna gástrica atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017?</p> <p>PE 3: Según las características epidemiológicas ¿Cuáles son los antecedentes de patologías gástricas presentes en los pacientes con neoplasia maligna gástrica atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016 -2017?</p> <p>PE 4: ¿Cuáles son las características endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas en pacientes atendidos en el servicio de</p>	<p><b>Objetivo General:</b></p> <p>OG: Describir las características epidemiológicas y endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>OE1: Describir las características epidemiológicas según el aspecto sociodemográfico de las neoplasias malignas gástricas en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017</p> <p>OE 2: Identificar las características epidemiológicas respecto al consumo de sustancia de nocivas en pacientes con neoplasia maligna gástrica atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017</p> <p>OE 3: Identificar las características epidemiológicas según los antecedentes de patologías gástricas presentes en los pacientes con neoplasia maligna gástrica atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016 -2017</p> <p>OE 4: Conocer las características endoscópicas de las neoplasias malignas gástricas en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital</p>	<p>Por ser un tipo de investigación descriptiva no se consideró hipótesis</p>	<p><b>VARIABLES</b></p> <p>Características epidemiológicas y endoscópicas</p> <p><b>INDICADORES</b></p> <p>Sociodemográfico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Género</li> <li>- Procedencia</li> <li>- Grado de instrucción</li> </ul> <p>Consumo de sustancias nocivas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo de tabaco</li> <li>- Ingesta de alcohol</li> </ul> <p>Antecedentes de patologías gástricas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infección por Helicobacter Pylori</li> <li>- Gastritis crónica</li> <li>- Úlcera gástrica</li> </ul> <p>Características endoscópicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Localización del tumor</li> <li>- Aspecto macroscópico del tumor</li> </ul>

gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017?	María Auxiliadora entre el año 2016-2017		
<b>Diseño metodológico</b>	<b>Población y Muestra</b>	<b>Técnicas Instrumentos</b> e	
<p><b>Tipo de Investigación:</b></p> <p>Esta investigación es de tipo observacional descriptiva, de corte transversal y retrospectivo.</p> <p>Tipo de Diseño: No experimental</p>	<p><b>Población:</b></p> <p>Todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna gástrica atendidos por el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el año 2016-2017.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>Debido a la naturaleza de la investigación, se tomó a toda la población como muestra.</p> <p>Se tomaron en cuenta los siguientes criterios:</p> <p>Pacientes con el diagnóstico de Neoplasia Maligna Gástrica en el cual cuenten con historia clínica completa y examen endoscópico</p>	<p><b>Técnica:</b></p> <p>La recolección de información se realizó mediante una Ficha de Recolección de datos (ANEXO N°2) en base a la operacionalización de variables.</p> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p>Historias clínicas del servicio de gastroenterología de HMA en el año 2017</p>	