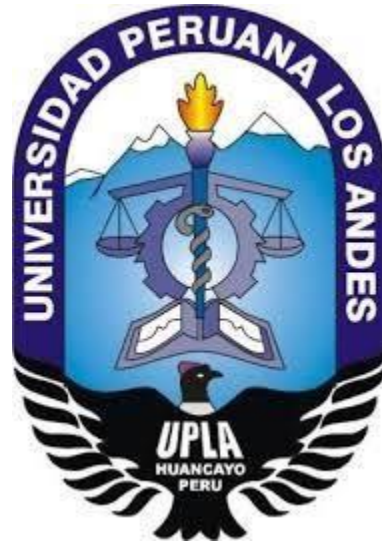


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

TÍTULO: INCIDENCIA Y CARACTERISTICAS DEL CANCER GASTROINTESTINAL DIAGNOSTICADAS POR VIA ENDOSCÓPICA EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÈ ESSALUD HUANCAYO 2016- 2017

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE: Médico Cirujano

AUTOR: Emmanuel Daniel De La Cruz Serrano

ASESOR: Dr. Roberto Bernardo Cangahuala

LINEA DE INVESTIGACION INSTITUCIONAL: Salud y Gestión de salud

LINEA DE INVESTIGACION DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA: Patología médico-quirúrgico

FECHA DE INICIO Y CULMINACION DE LA INVESTIGACION:

01/01/19- 31/12/19

HUANCAYO-PERÙ

AGOSTO - 2020

DEDICATORIA

A mis padres, por su apoyo incondicional en el bien de mi
formación personal y profesional

AGRADECIMIENTO

Un cordial agradecimiento a los directivos y docentes de la Universidad Peruana Los Andes.

Al asesor de tesis doctor Roberto Bernardo Cangahuala por su acertada orientación que permitió culminar esta investigación.

A mis padres que me motivaron y apoyaron en los proyectos establecidos hacia mi persona.

A Dios, por dejarme valorar cada día más la vida humana en estos años de carrera.

PRESENTACIÓN

El Cáncer es una de las enfermedades con mayores tasas de mortalidad a nivel mundial, la ciencia ha podido brindar facilidad en el diagnóstico precoz de estas de acuerdo a la localización, características y variaciones que puede tener; creando diferentes métodos diagnósticos para un manejo posible a edad temprana, en los países subdesarrollados como el nuestro se demuestra que sigue siendo un problema de salud pública.

Actualmente no se cuenta con reportes actualizados de la incidencia de cáncer gastrointestinal en la ciudad de Huancayo, las consecuencias de ello es no tener un manejo complejo para el tratamiento de esta enfermedad.

Debido a que abordar el tema de cáncer es muy amplio, esta investigación pretende tomar la información mediante el uso de la endoscopia en todo el tracto gastrointestinal y verificarlo con el resultado de la biopsia y sus características histológicas. Además, se obtendrán datos estadísticos para determinar las variables que se dispondrán (como el sexo, edad del paciente).

Por ende, este estudio nos permitirá conocer la incidencia de cánceres gastrointestinales que fueron diagnosticados por endoscopia, colonoscopia y proctoscopia en el periodo 2016-2017 en el Servicio de Gastroenterología, con sus diferentes características histológicas y endoscópicas.

CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	2
Agradecimiento.....	3
Presentación.....	4
Contenido... ..	5
Contenido de tablas... ..	5
Resumen/Abstract.....	8

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática	10
1.2. Delimitación del problema.....	11
1.3. Formulación del Problema.....	11
1.3.1. Problema General.	11
1.3.2. Problemas Específicos.....	12
1.4. Justificación... ..	12
1.4.1. Social.....	12
1.4.2. Teórica.....	13
1.4.3. Metodología.....	13
1.5. Objetivos.	13
1.5.1. Objetivo General... ..	13
1.5.2. Objetivos Específicos.....	14

CAPITULO II

MARCO TEORICO

- 2.1. Antecedentes (nacionales e internacionales)..... 15
- 2.2. Bases teóricas o científicos...18
- 2.3. Marco Conceptual (de las variables y dimensiones) 19

CAPITULO III

HIPOTESIS

- 31. Hipótesis General..... 20
- 32. Hipótesis Específico 20
- 33. Variables (definición conceptual y operacionalización) 21

CAPITULO IV

METODOLOGIA

- 4.1 Método de investigación...22
- 4.2. Tipo de investigación... 22
- 4.3. Nivel de investigación...22
- 4,4. Diseño de investigación..... 22
- 4.5 . Población y muestra.....23
- 4.6. Técnicas de recolección de datos.....23
- 4.7. Aspectos éticos de la investigación 23
- 4.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....24

CAPITULO V

RESULTADOS

- 5.1. Descripción de resultados..... 25
- 5.2. Contrastación de hipótesis 34

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	36
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40
ANEXOS.....	44
Matriz de consistencia.....	45
Matriz de operacionalización de variables	45
Base de datos	46

RESUMEN

Objetivo: Identificar la incidencia y características del cáncer gastro-intestinal diagnosticado en el servicio de gastroenterología, confirmado mediante biopsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé -Huancayo Es Salud, 2016-2017.

Material y métodos: Estudio de enfoque cuantitativo tipo observacional, retrospectivo, analítico. La muestra estuvo conformada por 250 pacientes mayores de 20 años a quienes se realizó una endoscopia alta o baja, cuyo diagnóstico indicaba algún tipo de neoplasia maligna, de acuerdo con la clínica presentada. dichos exámenes se realizaron en el Servicio de Gastroenterología. La técnica que se usó fue la revisión de datos del examen endoscópico que fue captada en una ficha de recolección de datos. **Resultados:** En la endoscopia alta se encontró mayor incidencia de cáncer Gástrico 71%, más frecuente en adultos > 60 años 78.4%, predominante en sexo masculino 60.8%; en el examen de colonoscopia hubo mayor incidencia de cáncer de colon 38.4%, más frecuente en adultos > 60 años 72.2%, predominante en sexo femenino 50.6%. **Conclusiones:** Se concluye que las personas más afectadas fueron los adultos mayores (> 60 años), y la patología de mayor incidencia fue la neoplasia gástrica.

PALABRAS CLAVE: Neoplasia gástrica, Neoplasia Colon, Neoplasia recto, Endoscopia alta, Colonoscopia.

ABSTRACT

Objective: To identify the incidence and characteristics of gastro-intestinal cancer diagnosed in the gastroenterology service confirmed by biopsy at the Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Huancayo Es Salud, 2016-2017. **Material and methods:** Study of quantitative approach observational, type. Analytical. The sample consisted of 250 patients older than 20 years who underwent a high or low endoscopy, whose diagnosis indicated some type of malignant neoplasm, according to the presented clinic. These exams were performed in the Gastroenterology service. The technique that was used was the review of data from the endoscopic examination that was captured on a data collection sheet. **Results:** In the high endoscopy there was a higher incidence of 71% Gastric cancer, more frequent in adults > 60 years old 78.4%, predominantly in male sex 60.8%; in the colonoscopy examination there was a higher incidence of colon cancer 38.4%, more frequent in adults > 60 years 72.2%, predominantly in female sex 50.6%. **Conclusions:** It is concluded that the most affected people were the elderly (> 60 years), and the pathology with the highest incidence was gastric neoplasia.

KEY WORDS: Gastric neoplasia, Colon neoplasia, Straight neoplasia, High endoscopy, Colonoscopy.

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática:

Según datos de la American Cancer Society en el año 2015 se reportan miles de fallecidos por cáncer en todo el mundo, siendo la mayoría de las muertes en países en subdesarrollo, como sabemos el cáncer representa un problema de salud pública debido a que aumenta la tasa de mortalidad en el transcurso de los años, siendo una serie constante de factores que determinan la evolución de la enfermedad. (1)

Las actuales investigaciones afirman que pese a considerar la prevalencia, diagnóstico, tratamiento y supervivencia de casos de cáncer, varían considerablemente según la situación geográfica, grupo etario, tipo de alimentación, factores nocivos, sexo, entre otros factores de riesgo. De los cuales varios de estos se pueden prevenir, (2)

Según datos epidemiológicos la incidencia y la mortalidad varían enormemente debido a la calidad de vida, cosa que no es factible para nuestro país; en ese sentido como país se cuenta con poca información o limitada ya que no hay estudios que reflejen la realidad de la población peruana frente a una enfermedad que sigue aumentando su incidencia en el transcurso de los años. (3)

De estas enfermedades se han descrito muchas, pero debido al enfoque de esta investigación nos hemos limitado a mencionar todas las del tracto gastrointestinal que mayor impacto tienen (1-3)

1.2.- Delimitación del problema:

El problema será delimitado a los pacientes que sean diagnosticados de cáncer del tracto gastrointestinal durante el periodo del 2016-2017; dicho estudio se centrará en pacientes ingresados al Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante el tiempo evaluado, cabe mencionar también que, por la facilidad de la información vía computarizada, es posible obtener los datos endoscópicos y biopsias solo con el número de la historia clínica del paciente facilitando la obtención de datos.

Es importante resaltar que no se obtendrán datos como la historia clínica del paciente, sino de los resultados de los exámenes mencionados.

1.3.- Formulación del problema

1.3.1.-Problema General

¿Cuál es la incidencia y características del cáncer gastro-intestinal diagnosticada en el servicio de gastroenterología, confirmado mediante biopsia en el hospital Ramiro Prialé Prialé Es Salud Huancayo, 2016-2017?

1.3.2.- Problemas Específicos

- ¿Según el grupo etario cuál es la incidencia y que características presenta el cáncer gastro-intestinal diagnosticados en el servicio de gastroenterología en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Es Salud Huancayo, 2016-2017?

- ¿Según el sexo cuál es la incidencia y que características presenta el cáncer gastro-intestinal diagnosticados en el servicio de gastroenterología en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Es Salud Huancayo, 2016-2017?

- ¿Existe relación de la patología gastrointestinal más frecuente respecto a la edad del paciente en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Es Salud Huancayo, 2016-2017?

1.4.- Justificación

La incidencia de neoplasias en el tracto gastrointestinal servirá para establecer prioridades de investigación y mayor control en el manejo de estas.

Esta investigación aporta al Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, ya que brinda datos sobre las neoplasias malignas más importantes diagnosticadas en el servicio de gastroenterología, esto puede generar proyecciones de atención, que de manera indirecta estima a la implementación de la infraestructura y el equipamiento del hospital.

1.4.1.-Social

Ya que son muchas las repercusiones que genera el cáncer; el poder conocer las neoplasias más comunes en todo el tracto digestivo permitirá realizar un examen

exhaustivo en los próximos años; para así poder identificar los factores de riesgo que estén asociados a dichas patologías en la región de Huancayo-Junín.

1.4.2.-Teórica

Se tiene conocimiento de las complicaciones que puede traer el cáncer en estadios terminales, Sin embargo, actualmente esto no ha sido reflejado en investigaciones recientes en nuestro entorno social, debido a ello se plantea tener información actualizada de la incidencia de cáncer en los últimos 2 años que ingresan al servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé.

1.4.3.-Metodológica

Dicho estudio tendrá la veracidad de los datos ya que se ha solicitado en cada endoscopia, colonoscopia o proctoscopia la biopsia respectiva; de esta manera el diagnóstico presuntivo quedara confirmado en su totalidad; permitiéndonos de esta manera tener una base de datos confiable.

1.5.- Objetivos

1.5.1.-Objetivo General

Determinar la incidencia y características del cáncer gastro-intestinal diagnosticado en el servicio de gastroenterología. confirmado mediante biopsia en la región de Huancayo en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé -Es Salud,2016-2017.

1.5.2.-Objetivos Específicos

- Según el grupo etario determinar la incidencia del cáncer gastro- intestinal diagnosticado en el servicio de gastroenterología en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Es Salud Huancayo, 2016 -2017.
- Según el sexo determinar la incidencia del cáncer gastro-intestinal diagnosticado en el servicio de gastroenterología en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Es Salud Huancayo,2016 -2017.
- Determinar la relación de la patología gastroenterológica respecto a la edad del paciente en el servicio de gastroenterología en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Es Salud Huancayo,2016-2017.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1.-Antecedentes (nacional e internacionales)

Según la Organización Mundial de la Salud en el año 2015, el cáncer ocupa el tercer lugar como causa de mortalidad en toda Latinoamérica en sus diferentes localizaciones y variantes, llegando a tener un gran impacto social y generando un problema de salud pública a nivel mundial. En el Perú el cáncer representa la segunda causa de muerte; lastimosamente alrededor del 80% de la población con cáncer acude a la consulta médica en estadios muy avanzados de la enfermedad, por lo que el tratamiento no brindará los resultados esperados, como también el costo aumentará y la calidad de vida será deficiente. (4.5).

EL Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas (INEN) reporto en el 2012, que la incidencia y mortalidad de cáncer en el Perú está en constante ascenso ya

que por año hay 45000 casos nuevos, dicha mortalidad es mucho más elevada en regiones de la sierra y selva. (6).

En el 2012 a nivel mundial se registraron setecientos cuarenta y seis mil casos de cáncer colo-rectal en el varón y seiscientos catorce mil casos en mujeres, representando el 9.2% a nivel mundial, evidenciándose un margen de diferencia entre varón y mujer relativamente bajo. Los países en vías de desarrollo que mantienen aún recursos limitados presentan un pronóstico desfavorable. (7). México considerado como la segunda potencia económica en Latinoamérica presenta varias regiones en su estado donde aún no cuentan con los servicios de salud adecuado, ya que durante el periodo entre el 2000 y 2012 el estándar de población mundial se elevó, el predominio fue en varones y un factor importante fue el que los sujetos con escolaridad incompleta representaban mayor tasa de muertes. (8). Es por ello que una buena atención primaria deberá incluir un diagnóstico preciso, interés del paciente al acudir a sus citas, charlas informativas, facilidad al realizarse los exámenes y el inicio rápido del tratamiento si es necesario. (9).

El cáncer de esófago ocupa el tercer lugar como neoplasia maligna del tracto gastrointestinal, según fuentes del seguro estadístico Nacional de Cuba durante el 2011 la tasa de mortalidad fue de 659 pacientes, los factores asociados fueron; el sexo masculino, edad avanzada y síntomas característicos de la enfermedad (10). La enfermedad se desencadena con mayor facilidad si el sujeto está expuesto a agentes contaminantes, hábitos nocivos, mal estilo de vida y la obesidad. La

probable disminución según el agente causal es significativa en un 50 a 75% con una esperanza de vida de 10 a 20 años (11)

Según las características histológicas la estadificación del adenocarcinoma de esófago fue más alto en el estadio IV con 61.50%, mientras que en el cáncer epidermoide fue también en el estadio IV con 66.60%. (12)

La realidad peruana es que a pesar de conocer los efectos a largo de plazo de una alimentación rica en grasas ,estilo de vida sedentaria ,consumo de bebidas con efectos etílicos y la exposición a agentes ambientales ,estos aún se consumen con mayor porcentaje predisponiendo a la asociación de cáncer gástrico .El pilar diagnóstico se basa en una buena historia clínica y antecedentes mientras que la endoscopia acompañada de biopsia confirmarán dicha presunción diagnostica, a pesar de su fácil accesibilidad estudios reflejan que 8 de cada 10 personas con cáncer gástrico se encuentran en estadios que imposibilitan su recuperación .(13)

Países de altos recursos y mayor prevalencia de cáncer gástrico como Japón y China tienen actualmente uno de los mejores programas de tamizaje a nivel mundial mediante la realización de pruebas endoscópicas, incluso proponen nuevas medidas terapéuticas como endoscopia sistemática alfanumérica codificada que será en un futuro una opción terapéutica a la cirugía convencional.(14.15) En países con moderados recursos se optan por métodos de cribado ya que ciertas regiones aun presentan alta mortalidad. (16)

La obtención de datos se logra mediante campañas voluntarias que logren captar el interés de las personas y en especial a aquellas con algún síntoma gástrico, personas mayores a los 30 años y con antecedentes familiares de neoplasia maligna. (17)

Según la bibliografía internacional las características endoscópicas e histológicas, el cáncer gástrico intestinal tiene mayor prevalencia que el difuso, que concuerda con los datos obtenidos en el Hospital Nacional del Callao asociado con el sexo masculino, personas de la zona rural y mayores de 50 años (18)

El ministerio de Salud dio a conocer cuadros estadísticos de la tasa de mortalidad por cáncer de estómago donde se evidencia que desde el año 2000 al 2011 este ha bajado paulatinamente, mientras tanto el cáncer de colon y unión rectosigmoidea a aumentando progresivamente en los últimos 11 años, logrando picos altos en el 2004 y el 2008, además que según la clasificación del CIE-10 el cáncer de estómago ocupa el primer lugar mientras que el de colon /recto el octavo superando al de próstata (19).

2.2.- Bases teóricas o científicas

Este proyecto de investigación permitirá conocer la incidencia durante los últimos dos años de enfermedades neoplásicas gastrointestinales diagnosticadas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante los años 2016-2017.

Los resultados que se obtienen permiten determinar las tendencias de las enfermedades más importantes, lo que generara en un futuro proyectos para un nuevo sistema de salud que permita reconocer e instaurar tratamiento con mayor accesibilidad.

2.3.- Marco Conceptual (de las variables y dimensiones)

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador	Dimensión
Cáncer gastrointestinal	Enfermedades que corresponden todo el tracto gastrointestinal	Politómica	Localización del órgano afectado	CIE 10 (C15-C21)
Edad de paciente	Años cumplidos hasta donde se verifica en la HC.	Cuantitativa	Edad de años cumplidos	Juventud, Adulthood y Adulto mayor
Jóvenes	Edad entre 15 y 26 años	Cualitativa	Edad de años cumplidos	15-26 años
Adulthood	Edad entre 27 a 60 años	Cualitativa	Edad de años cumplidos	27-60 años
Adulto mayor	Edad >60 años	Cualitativa	Edad de años cumplidos	>60 años
Sexo de paciente	Sexo biológico del paciente	Dicotómico	Según género	Masculino y femenino

CAPITULO III

HIPÓTESIS

3.1.- Hipótesis General

La neoplasia gastrointestinal de mayor incidencia será el cáncer de estómago

3.2.- Hipótesis Específica.

- En los pacientes de menor edad la neoplasia gastrointestinal de mayor incidencia será la neoplasia gástrica Borman II.
- En los pacientes de mayor edad la patología más frecuente será la neoplasia gástrica estadio avanzado.
- Respecto a los pacientes varones y mujeres, la patología de mayor incidencia será la neoplasia gástrica.
- Habrá relación estadística de la neoplasia gastrointestinal más frecuente respecto a la edad del paciente.
- Habrá relación estadística de la neoplasia de colon con respecto a la edad de paciente.

3.3.-Variables (definición Conceptual y operacionalización)

Variable	Definición operacional	Definición conceptual	Tipo de Variable	Dimensiones
Cáncer gastrointestinal	Enfermedades que se caracterizan por el crecimiento anormal de células malignas que invaden el tracto digestivo	Diagnóstico de la enfermedad según el CIE 10	Cualitativa politómica	CIE-10
Edad de paciente	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Años cumplidos hasta la fecha	Cuantitativa	Juventud., adultez y adulto mayor
Jóvenes	Edad entre 15 a 26 años	Edad entre 15 y 26 años	Cualitativa	Unidimensional
Adultez	Edad entre 27 a 59 años	Edad entre 27 a 59 años	Cualitativa	Unidimensional
Adulto mayor	Edad > 60 años	Edad > 60 años	Cualitativa	Unidimensional
Sexo del paciente	Sexo biológico del paciente	Genero de paciente	Dicotómica	Masculino y femenino

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación

-Científico.

4.2. Tipo de Investigación:

-Estudio analítico, transversal y retrospectivo.

4.3. Nivel de Investigación:

-Básica

4.4. Diseño de la Investigación:

- Analítico.

4.5. Población y muestra:

Población: La población incluye todos los pacientes mayores a 15 años que fueron atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo, 2016-2017, un total de 8918 pacientes.

Muestra: Se escogieron a todos los pacientes mayores de 15 años que se atendieron en el Servicio de Gastroenterología y que fueron diagnosticados en el examen endoscópico y/o colonoscópico algún tipo de neoplasia, estos fueron un total de 250 pacientes.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La toma de recolección de datos será mediante el ingreso al sistema del área de gastroenterología durante el periodo 2016 al 2017, de esa manera mediante el número de la historia clínica se podrán obtener los resultados del examen endoscópico alto o bajo como el resultado de la biopsia según sus características histológicas. Toda la información será captada en una ficha de recolección de datos.

4.7. Aspectos éticos de la Investigación

Se mantendrá en cautela los datos personales de los pacientes, no será necesario el consentimiento informado ya que se obtendrán todos los datos mediante el sistema manejado en el servicio de gastroenterologías, previamente con la oficina administrativa del hospital se informará sobre el uso de datos que usaremos en dicho proyecto para evitar circunstancias no éticas en el establecimiento.

4.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se utilizó el programa de Excel para la tabulación, se usó la prueba de chi cuadrado, mediante el software SPSS. Al final se realizó el informe con los resultados obtenidos.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 Descripción de resultados

De los dos años que se realizaron las diferentes endoscopias altas y bajas, se obtuvieron un total de 250 pacientes que presentaban como diagnóstico algún tipo de neoplasia maligna en el tracto gastrointestinal.

De estos 250 pacientes que se realizaron sus respectivas endoscopias altas o bajas, a 171 pacientes se realizó endoscopia alta y al 79 restante colonoscopia.

Tabla 1

Según grupo etario de pacientes a quienes se realizó endoscopia alta en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

	Frecuencia	Porcentaje
15 a 29 AÑOS	2	1,2
30 a 59	35	20,5
> 60 AÑOS	134	78,4
Total	171	100,0

Según el grupo etario en el examen endoscópico la frecuencia de pacientes fue mayor en adultos mayores a 60 años 134(78.4%), entre 30 a 59 años 35(20.5%) y en jóvenes de 15 a 29 años 2(1,2%).

Tabla 2

Según grupo etario de pacientes a quienes se realizó colonoscopia en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

	Frecuencia	Porcentaje
30 a 59 años	22	27,8
> 60 años	57	72,2
Total	79	100,0

Según el grupo etario en el examen de colonoscopia la frecuencia de pacientes fue mayor en adultos mayores >60 años con 57(72.2%) seguido de adultos entre 30 a 59 años con 22(27.8%), sin paciente jóvenes.

Tabla 3

Según el sexo pacientes a quienes se realizó endoscopia alta en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

	Frecuencia	Porcentaje
F	67	39,2
M	104	60,8
Total	171	100,0

Según el sexo en el examen endoscópico la frecuencia de pacientes fue mayor en el sexo masculino con 104 (60.8%) y en el sexo femenino con 67(39,2%).

Tabla 4

Según el sexo pacientes a quienes se realizó colonoscopia en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

	Frecuencia	Porcentaje
F	40	50,6
M	39	49,4
Total	79	100,0

Según el sexo en el examen de colonoscopia la frecuencia de pacientes fue mayor en el sexo femenino con 40 (50.6%) y en el sexo masculino con 39 (49,4%).

Tabla 5

Neoplasias diagnosticadas por endoscopia alta, según su localización en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

	Frecuencia	Porcentaje
NM gástrico	125	81,1
NM esófago	7	4.5
NM gastroduodenal Borman III	6	3.8
NM ampolla de Vater	6	3.8
NM periampular	3	1,9
NM de lengua	2	1,2
NM bulbo duodenal	1	0,74
NM Cardioesofagico-Borman V	1	0,74
Metástasis gástrica	1	0,74
NM subcardial-Borman II	1	0,74
NM yeyuno	1	0,74
Total	154	100,0

De los 171 pacientes a los que se le realizaron el examen de endoscopia, solo 154 presentaban diagnóstico de cáncer, la patología de mayor incidencia según su localización fue el cáncer gástrico 125(81.1%), seguido de cáncer de esófago 7(4.5%), cáncer de ampolla de vater y gastroduodenal 6(3.8%).

Tabla 6

Localización de la lesión en el examen endoscópico en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Antro	53	31%
Cuerpo	46	27%
Antro-Cuerpo	22	13%
Segunda porción duodeno	10	6%
Ampolla de Váter	6	3%
Primera porción duodeno	6	3%
Esófago distal	5	2,5%
Antro-Píloro	5	2,5%
Antro-Bulbo	4	2%
Subcardial	2	1%
Base de lengua	2	1%
Esófago	2	1%
Periampular	2	1%
Cardias	1	0,5%
Cardio-Esófago	1	0,5%
Yeyuno proximal	1	0,5%
Antro-duodeno	1	0,5%
Píloro	1	0,5%
Gastroduodenal	1	0,5%
Cisuris angularis	1	0,5%
Cardias-Cuerpo	1	0,5%
Total	171	100,0

Según la localización de la lesión ,la neoplasia gástrica se localizó con mayor incidencia en la región de antro 53(31%), cuerpo 46 (27%), antro-cuerpo 22(13%): en el cáncer duodenal se evidencio que se localizó con mayor frecuencia en la segunda porcion10(6%),ampolla de váter 6 (4%), y el propio duodeno 6 (4%);en el caso de neoplasia del esófago se localizó con mayor frecuencia en la región distal 5(3%).

Tabla 7

Tipo histológico de cáncer diagnosticada por endoscopia alta en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Adenocarcinoma	115	66.8%
Carcinoma	13	7,6%
Linfoma	8	4.6%
Linfoma no Hodgking	4	2.3%
Estroma	1	0,6%
Ampuloma	1	0.6%
Total	171	100,0

En la endoscopia alta realizada, el informe patológico indicó que según el grupo histológico los resultados revelaron que hubo más casos de adenocarcinoma 114(66,6%), carcinoma 13(7,6%), linfoma 8(4,6%).

Tabla 8

Diferenciación histológica de lesiones epiteliales malignas diagnosticadas por endoscopia alta en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Bien diferenciado	5	4.3%
Moderadamente diferenciado	61	49.4%
Poco diferenciado	57	46.2%
TOTAL	124	100%

Se evidencia que hubo mayor incidencia en moderadamente diferenciado

61(49.4%), 57(46.2%), poco diferenciado 57(46.2%).

Tabla 9

Diferenciación histológica de lesiones diagnosticadas por endoscopia alta según clasificación de Lauren en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

	Frecuencia (%)	Frecuencia n (%)	
INTESTINAL	5(4,9%)		
DIFUSO	89(87,2%)	Ulcerado 17	(19,1%)
		Anillo Sello 11	(12,3%)
		Mucinoso 3	(3,3%)
		Tubular 3	(3,3%)
MIXTO	8(7,9%)	Ulcerado 5	(62,5%)

Con mayor porcentaje se encuentra el cáncer tipo difuso con 89(87,2%), seguido de mixto con 8(7,9%).

Tabla 10

Características histológicas y endoscópicas de acuerdo a los tipos histológicos del cáncer gástrico en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

Frecuencia	
GRADO HISTOLOGICO	
Bien diferenciado	3(2.88%)
Poco diferenciado	50(48. %)
Medianamente diferenciado	51(49.1%)
TIPO HISTOLOGICO	
Adenocarcinoma	100(98.1%)
Carcinoma	2(1.9%)
CLASIFICACION DE LAUREN	
Intestinal	5(5.7%)
Difuso	74(85.2%)
	Ulcerado 10(38.4%)
	Anillo en sello11(42.3%)
	Mucinoso 2(7.6%)
	Tubular3(11.7%)
Mixto	8(9.1%)
	Ulcerado 5(100%)
MORFOLOGIA	
Borman I	8(6.4%)
Borman II	21(16.8%)
Borman III	56(44.8%)
Borman IV	16(12.8%)
Borman V	24(19.2%)

Las características que más incidencia presentan según el cáncer gástrico son; grado histológico medianamente diferenciado 51(49.1%), tipo histológico adenocarcinoma 100(98.1%), clasificación de Lauren Difuso(infiltrante) 71(85.2%) , clasificación Borman, Borman tipo III 56(44.8%).

Tabla 11

Localización de la neoplasia diagnosticada por examen de colonoscopia en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

	Frecuencia	Porcentaje
NM de recto	23	40.3%
NM de colon ascendente	9	15.7%
NM de ciego	5	8.7%
NM rectosigmoideo	4	7.0%
NM de colon sigmoides	4	7.0%
NM de colon descendente	2	3.5%
NM de colon y ciego	2	3.5%
NM de colon ascendente y transverso	1	1.8%
NM de válvula ileocecal	1	1.8%
NM de colon descendente y sigmoides	1	1.8%
NM Angulo esplénico	1	1.8%
NM de colon, recto y sigmoides	1	1.8%
NM de colon, ciego y recto	1	1.8%
NM de íleo	1	1.8%
NM de ano	1	1.8%
Total	57	100,0

De los 79 pacientes a los que se le realizaron el examen de colonoscopia, solo 57 presentaban un diagnóstico de cáncer, la patología de mayor incidencia según su localización es la neoplasia maligna de recto 23(40.3%), seguida de la neoplasia maligna de colon ascendente 9(15.7%), neoplasia maligna de ciego5(8.7%).

Tabla 12

Tipo histológico de cáncer diagnosticado por colonoscopia en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Adenocarcinoma	55	69.6%
Carcinoma	5	6.3%
Linfoma	2	2.5%
Sarcoma	1	1.3%
Linfoma no hodgking	1	1.3%
Total	64	100%

Según la anatomía patológica los resultados revelaron que hubo más casos de adenocarcinoma 55(69.6%), carcinoma 5(6.3%).

Tabla 13

Diferenciación histológica de lesiones epiteliales malignas diagnosticadas por colonoscopia en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Bien diferenciado	12	20.6%
Moderadamente diferenciado	38	65.5%
Poco diferenciado	9	13.9%
TOTAL	58	100%

Se evidencia que hubo mayor incidencia en moderadamente diferenciado 38(65.5%), bien diferenciado 12(20,6%).

5.2 Contratación de resultados

Siendo la neoplasia gástrica la más frecuente en el examen de endoscopia alta, y en el examen de colonoscópico la neoplasia de recto predominó; se realizó el procedimiento estadístico usando la prueba de chi cuadrado, que se procedió mediante el software SPSS para buscar la relación de dichas variables, Al aceptar la hipótesis alterna concluimos que existe asociación significativa entre cáncer gastro-intestinal mediante endoscopia alta y grupo etario en mayores de 60 años.

Tabla de contingencia de las variables de todos los tipos de cáncer diagnosticados por endoscopia alta y edad de los pacientes en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Ramiro Prialé Prialé de Huancayo.

Tabla 15

Relación de la neoplasia maligna diagnosticada por endoscopia alta con la edad del paciente en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

			Edad			Total
			15 a 29 AÑOS	30 a 59	> 60 AÑOS	
ENDOSCOPIA	NM Gástrico -Borman III	Recuento	0	10	46	56
		%	0,0%	17,9%	82,1%	100,0%
ALTA	NM Gástrico -Borman II	Recuento	0	1	20	21
		%	0,0%	4,8%	95,2%	100,0%
	NM Gástrico Borman V	Recuento	0	5	19	24
		%	0,0%	20,8%	79,2%	100,0%
	NM Gástrico Borman IV	Recuento	2	4	10	16
		%	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%
	NM de lengua	Recuento	0	0	2	2
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	NM Esófago	Recuento	0	2	5	7
		%	0,0%	28,6%	71,4%	100,0%
	NM Gástrico- Borman I	Recuento	0	1	7	8
		%	0,0%	12,5%	87,5%	100,0%
	NM gastroduodenal Borman III	Recuento	0	2	0	2
		%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	NM Cardioesofagico- Borman V	Recuento	0	1	0	1
		%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Linfoma gastrico	Recuento	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	NM ampolla de vater	Recuento	0	1	5	6
		%	0,0%	16,7%	83,3%	100,0%
	NM bulbo duodenal	Recuento	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	NM gastroduodenal borman III	Recuento	0	2	2	4
		%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	Metastasis gastrica	Recuento	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	NM periampular	Recuento	0	1	2	3
		%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	NM subcardial-Borman II	Recuento	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	NM yeyuno	Recuento	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	2	35	134	171

Según el grupo etario el NM gástrico Borman tipo III en > de 60 años ocupa 46(82,1%), NM gástrico Borman tipo II en > de 60 años ocupa 20(95,2%), NM gástrico Borman tipo V en > de 60 años ocupa 19 (79%).

Tabla 16

Relación de la neoplasia de colon según su localización con la edad del paciente en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

			Edad		Total
			30 a 59 años	> 60 años	
COLONOSCOPIA	NM de recto	Recuento	6	17	23
		%	22,7%	77,3%	100,0%
	NM ángulo esplénico	Recuento	0	1	1
		%	0,0%	100,0%	100,0%
	NM rectosigmoideo	Recuento	0	3	3
		%	0,0%	100,0%	100,0%
	NM colon descendente	Recuento	3	10	13
		%	23,1%	76,9%	100,0%
	NM de colon descendente y sigmoides	Recuento	1	0	1
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	NM en ciego	Recuento	2	3	5
		%	40,0%	60,0%	100,0%
	NM de colon sigmoides	Recuento	1	1	2
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	NM de colon y ciego	Recuento	0	2	2
		%	0,0%	100,0%	100,0%
	NM de colon, recto y sigmoides	Recuento	1	0	1
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	NM de colon ascendente y transverso	Recuento	1	0	1
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	NM de íleo	Recuento	0	1	1
		%	0,0%	100,0%	100,0%
	NM de válvula ileocecal	Recuento	0	1	1
		%	0,0%	100,0%	100,0%
	NM rectosigmoidea	Recuento	1	0	1
		%	100,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	22	57	79
		%	27,8%	72,2%	100,0%

Según el grupo etario el NM de recto en > de 60 años ocupa 17(77,3%), NM colon descendente > de 60 años ocupa 10(76,9%).

Estudio inferencial (cáncer gástrico)

Paso 1. Planteamiento de hipótesis estadística

Ho: No existe asociación significativa entre cáncer gastro-intestinal mediante la endoscopia alta y grupo etario

Ha: Existe asociación significativa entre cáncer gastro-intestinal mediante endoscopia alta y grupo etario

Paso 2. Nivel de significancia

La prueba de hipótesis se realizó a un nivel de significancia de $\alpha = 0.01$ y grados de libertad $gl = 30$

Paso 3. Cálculo del estadístico

El estadístico fue usando la prueba de chi cuadrado, procesado mediante software SPSS

TABLA 17

Tabla de Chi cuadrado para la tabla de contingencia Neoplasia gástrica-edad en Hospital Ramiro PRIALÉ PRIALÉ 2016-2017.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	59,592	30	,001
Razón de verosimilitud	26,551	30	,647
N de casos válidos	171		

a. 42 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

Paso 4. Regla de decisión

Como p valor hallado es $p=0.02$ y este valor es menor que $p<0.05$; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

Paso 5. Conclusión

Al aceptar la hipótesis alterna concluimos que existe asociación significativa entre cáncer Gástrico y grupo etario en este caso en (mayores de 60 años).

Estudio inferencial (neoplasia de colon)

Paso 1. Planteamiento de hipótesis estadística

Ho: No existe asociación significativa entre cáncer gastro-intestinal mediante la endoscopia alta y grupo etario

Ha: Existe asociación significativa entre cáncer gastro-intestinal mediante endoscopia alta y grupo etario

Paso 2. Nivel de significancia

La prueba de hipótesis se realizó a un nivel de significancia de $\alpha = 0.01$ y grados de libertad $gl= 30$

Paso 3. Cálculo del estadístico

El estadístico fue usando la prueba de chi cuadrado, procesado mediante software SPSS

TABLA 18

Tabla de Chi cuadrado para la tabla de contingencia de neoplasia de colon con respecto a la edad de mayores a 60 años en Hospital Ramiro PIALÉ PIALÉ 2016-2017.

	Valor	ausente	
NM de colon	57	22	79
Pacientes mayores a 60 años	39	40	79
N de casos válidos	96	62	158

Valores estadísticos obtenido 1,62 1,62 2,68 2,68 respectivamente.

Paso 4. Regla de decisión

Como p valor hallado es $\chi^2 = 8,4$ todo valor por encima de 3.84 es considerado $p < 0.05$ y este valor es menor que $p < 0.05$; se rechaza la hipótesis nula y se acepta a hipótesis alterna

Paso 5. Conclusión

Al aceptar la hipótesis alterna concluimos que existe asociación significativa entre neoplasia maligna de colon y grupo etario en este caso en (mayores de 60 años).

CAPITULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

De acuerdo con los datos obtenidos de dicho estudio pudimos observar que de los 2 años que se realizaron endoscopias altas en el servicio de Gastroenterología, y se seleccionaron los diagnósticos que indicaban algún tipo de neoplasia maligna; la patología que predominó fue la neoplasia gástrica; actualmente esta es una de las neoplasias que tiene mayor incidencia en el Perú según un estudio epidemiológico de cáncer realizado en Perú año 2013 (19)

Respecto a la edad del paciente la neoplasia gástrica predominó casi en su totalidad en adultos mayores de 60 años, nuestros resultados son acordes y coinciden con los reportes que afirman que el cáncer gástrico ocurre en pacientes de edades avanzadas; en el Hospital de Especialidades Médicas del Centro Médico Nacional

de Occidente-México hacen incluso una diferencia entre cáncer gástrico intestinal y difuso donde la edad media es de 61.3 años y 60.2 años respectivamente. (20,21).

Según la localización del cáncer gástrico, el antro y el cuerpo fueron las zonas de mayor frecuencia; dichos datos se asemejan al estudio realizado en el Hospital Nacional del Callao que, de un total de 147 pacientes, la neoplasia gástrica un 43% pertenecía al cuerpo y el 33% al antro (18)

EL examen histológico afirma que el adenocarcinoma representa el 66,8%; un estudio realizado en México verifica que en el transcurso de 10 años tuvieron un total de 417 casos de adenocarcinoma gástrico (24); según la clasificación Borman el mayor porcentaje pertenecía a Borman tipo III(32.7%), según el grado histológico la de mayor incidencia fue la de moderadamente diferenciado(49.4%); datos que se asemejan e igualan al estudio realizado en el Hospital Nacional del Callao (18)

De los dos años ya descritos anteriormente, también se realizaron colonoscopias, y se seleccionaron los diagnósticos que indicaban algún tipo de neoplasia maligna; la localización de mayor incidencia fue la neoplasia de colon con un 38% y la neoplasia de recto con un 29%, pese a que hay una corta diferencia de casos, en otros estudios también se puede evidenciar eso ;un estudio realizado en Colombia demostró que de un total de 191 pacientes 39.6% pertenecían a NM de colon y el 29.3% a NM de recto (23)

Con respecto a la edad, predomina la neoplasia de colon en adultos mayores a 60 años, esto se puede justificar ya que a medida que pasan los años hay una pérdida constante de la motilidad intestinal (22). Evidenciándose estadísticamente que existe una relación entre la edad con la incidencia de cáncer colon-rectal

Según el sexo se encontraron mayor prevalencia en el sexo femenino que del masculino, esto es algo extraño ya que tan solo hubo una diferencia de 1.2% entre ambos sexos, sin embargo, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza hubo mayor incidencia de NM de colon en el sexo femenino con un 66.7% comparada con el sexo masculino de un 33.4%.; esto afirma que al parecer existe el mismo factor predisponente tanto en hombres como mujeres para padecer dicha enfermedad. (22).

Las características histopatológicas evidencian y fortalecen más los datos ya que en su totalidad de los estudios realizados estos pertenecen a adenocarcinomas 69,6%, según el grado de diferenciación el tipo moderadamente diferenciado supera a las otras dos, en comparación con otro estudio realizado en Colombia de los 191 pacientes, todos ellos pertenecían al tipo adenocarcinoma., la diferencia radicaba en que su grado de diferenciación fue de bien diferenciado con 96% mientras que moderadamente diferenciado ocupaba el 63%, esto se debe posiblemente al grupo más específico de población que dicho estudio presentaba. (23)

CONCLUSIONES

1.- La neoplasia gastrointestinal de mayor incidencia en la endoscopia alta fue NM Gástrico, mientras que en la colonoscopia la localización indica que hubo más casos de NM de recto

2.- En la endoscopia alta hubo mayores diagnósticos de NM en adultos mayores a >60 años y en el sexo masculino, mientras que en la colonoscopia hubo mayores diagnósticos en adultos mayores a > 60 años y en sexo femenino.

3.-Según la localización del NM Gástrico fue mayor en el antro, cuerpo; mayor incidencia en la clasificación Borman tipo II, con características de diferenciación de moderadamente diferenciado, infiltrativo, casi en su totalidad adenocarcinoma.

6.-Según la localización de NM de colon este fue mayor en recto la gran mayoría pertenecieron a adenocarcinoma con características de diferenciación de moderadamente diferenciado.

7.-EL NM Gástrico está asociada a la edad (> de 60 años) en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Huancayo 2016-2017.

8.- EL NM de colon está asociada a la edad (>de 60 años) en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Huancayo 2016-2017.

RECOMENDACIONES

1.- Todo personal de salud deberá orientar al paciente seguir un mejor estilo de vida, promoviendo una dieta saludable, dar a conocer las consecuencias de hábitos nocivos, y sobre todo el monitorio mediante la endoscopia en pacientes de riesgo y signos clínicos.

2.-Conservar una buena relación médico paciente, ya que en algunos casos pacientes adultos mayores de 60 años tienen el infortunio de ser más recelosos, al tener mayor confianza con el medico permitirá dar más detalles en la realización de la anamnesis y examen físico.

3.- Es recomendable el seguimiento cada cierto tiempo en el caso de ser diagnosticado de algún tipo de neoplasia en el tracto digestivo, la conversación con el paciente y los familiares permitirán dar a detalle la evolución de la enfermedad sobre el paciente y tomar las medidas necesarias en el tiempo correcto.

4.-A todo paciente mayor de 60 años que ingrese al hospital por alguna causa externa lo recomendable sería realizar una evolución y examen físico detallado, ya que como hemos notado en nuestra investigación este grupo de pacientes presenta la mayor incidencia de neoplasias gástricas en diferentes estadios.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-**Aldaco F, Perez P, Cervantes G, Torrecillas L, Mortalidad por cáncer en México: actualización 2015. Gac Mex Oncol. 2018; 17:28.24

- 2.-** Barrios E, Garau M, Epidemiología del cáncer en Uruguay y el mundo.2017 jul;4(1);9-46.

- 3.-**Diaz Velez C, Torres Román J, Fernández Mogollón J, Grados Sánchez O, Cáncer primario múltiple: factores que condicionan una detección oportuna. Salud pública de México 2016 nov-dic, vol 58 no.6;585-586pp

- 4.-** Mayer Zahara, El Cáncer como problema de salud pública en el Perú Rev. Perú. med. Exp. Salud pública vol.30.Lima ene.2013

- 5.-** Diaz Velez C, Neciosup Puican E, Situación del cáncer: Morbilidad y mortalidad en el Perú y Lambayeque Rev. Cuerpo med. HNNA8(3)2015 :151-152

- 6.-**Cáncer DdEyEd. Resumen de indicadores de salud. Estadístico. Instituto Nacional De Enfermedades Neoplasicas; 2012. Report No, INEM/DEEC

- 7.-**J. Ferlay, I. Soerjomataram, R. Dikshit, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 Int J Cancer., 136 (2015), pp. E359-E386
- 8.-** Sánchez Barriga S. Mortality trends and risk of dying from colorectal cancer in the seven socioeconomic regions of México, 2000-2012 Rev. Gastroenterológica de Mexico.2017;82(3):217-225.
- 9.-** Marzo Castillejo M, Cubiella Fernández J, Mascort Roca J, Rodríguez Moñino A, Atención primaria y detección del cáncer colorrectal. Attem Primaria .2017;49(10):565-567.
- 10.-**Cintra Brooks S, Cintra Pérez A, Cintra Pérez S, Revé Machado J, Sarria Lamoru S, Morbilidad y mortalidad por cáncer de esófago en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo Rev. inf CIent.2015;93(5):1132-1142
- 11.-**Sanchez C, Ibáñez C, Klaassen J, Obesidad y cáncer la tormenta cáncer Rev.Med chile 2014; 142:211-221.
- 12.-** Gómez Urrutia J, Manrique A, Chávez García M, Cerna Cardona J, Pérez Corona T, Hernández Velázquez N. Epidemiología de cáncer de esófago en el hospital de Juárez de México, Endoscopia 2017;29(1):11-15.

13.- Torres Román J, Grados Sánchez O, Cáncer gástrico en el Perú: una realidad susceptible al cambio Rev. Gastroenterológica Peru.2015;35(3);276.

14.- Hosokawa O, Miyanaga T, Kaizaki Y, et al. Decreased death from gastric cancer by endoscopic screening: association with a population-based cancer registry. Scand J Gastroenterol 2008; 4:1112-5.

15.- Emura F, Lizarazo J, Diagnóstico y tratamiento endoscópico del cáncer gástrico temprano. Rev. Med Clin. Condes-2015,26(3)586-599.

16.- Dan YY, So JB, Yeoh KG. Endoscopic screening for gastric cancer. Clin Gastroenterol Hepatol. 2006;4: 709-16

17.-Gómez A, Ricaurte O, Gutiérrez O. Costo efectividad de la endoscopia digestiva alta como prueba diagnóstica en una campaña para detección del cáncer gástrico. Rev. col Gastroenterol/24(1) 2009 34-49.

18.- Rodriguez B, Arevalo F, Monge E, Montes P. Características Histológicas y endoscópicas del cáncer gástrico diagnosticado en el hospital Nacional del Callao, Perú Rev Peru Med Exp Salud pública. 2013; 30(1):12-17.

19.- Ministerio de Salud DGDE. Análisis de la situación de cáncer en el Perú. 2013.Ejecutivo, Lima; Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología, Lima ;2013

20.- Morales M, Corrales A, Vanterpoll M. Cáncer Gastrico: algunas consideraciones sobre factores de riesgo y helicobacter pylori. Rev Med Electron (Internet). 2018. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2513/3782>.

Acceso el 26 de enero del 2018.

21.- Delgado N, Casas P, Torres J. Factores de riesgo asociados a adenocarcinoma Gastrico de parones histológicos de tipo intestinal y difuso en población adulta del occidente de Mexico. Gac Med Mex. 2017;153: 173-8.

22.- Zuñiga E, Giraldo R, Estefania K. Localización y clínica asociada al cáncer de colon..Hospital Nacional Arzobispo Loaysa: 2009-2013.HOrizon MEd 2015;15 (2):49-55.

23.- Florez N, Bohorquez M, Mateus G. Caracterización de los hallazgos histopatológicos de tumores colorrectales en pacientes del Tolima , Colombia , Rev col Gastroenterol 2012;27(2).

24.- Martinez M, Zamarripa F, Carmona A, Angeles A. Características histopatológicas del adenocarcinoma gástrico en paciente mexicanos.Experiencia de 10 años nen el Hospital Juárez de México, Revista de gastroenterología de México, 2015; 80(1): 21-26.

ANEXOS:

Matriz de consistencia

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
<p>Formulación del Problema</p> <p>¿Cuál es la incidencia y características del cáncer gastrointestinal diagnosticada en el servicio de gastroenterología, confirmadas mediante biopsia en el hospital Ramiro Priale Es Salud Huancayo, 2016-2017?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la incidencia y características del cáncer gastrointestinal diagnosticados en el servicio de gastroenterología, confirmadas mediante biopsia en la región de Huancayo en el hospital Nacional Ramiro Priale Es Salud, 2016-2017.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Según el grupo etario, sexo y, relación de la patología según la edad determinar la incidencia del cáncer gastrointestinal diagnosticados en el servicio de gastroenterología en el Hospital Nacional Ramiro Priale Es Salud Huancayo, 2016 -2017.</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>Neoplasias gastrointestinales</p> <p>Variable Independiente</p> <p>Grupos etarios, Sexo del paciente (Masculino o Femenino), año de atención</p>	<p>Todos los pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Ramiro Priale Es Salud Huancayo, 2016-2017.</p>	<p>-Estudio analítico, transversal y retrospectivo.</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>Las variables establecidas se representarán en frecuencia y porcentajes</p>

Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador	Dimensión
Cáncer gastrointestinal	Enfermedades que corresponden todo el tracto gastrointestinal	Politómica	Localización del órgano afectado	CIE 10 (C15-C21)
Edad de paciente	Años cumplidos hasta donde se verifica en la HC.	Cuantitativa	Edad de años cumplidos	Juventud, Adulthood y Adulto mayor
Jóvenes	Edad entre 15 y 26 años	Cualitativa	Edad de años cumplidos	15-26 años
Adulthood	Edad entre 27 a 60 años	Cualitativa	Edad de años cumplidos	27-60 años
Adulto mayor	Edad >60 años	Cualitativa	Edad de años cumplidos	>60 años
Sexo de paciente	Sexo biológico del paciente	Dicotómico	Según género	Masculino y femenino

Base de datos

Base de datos de las neoplasias gastrointestinales diagnosticadas por endoscopia digestiva

alta y colonoscopia.

Datos de endoscopia alta

	EDA D O	SEX O	Endoscopia Alta	Localizacion	Anatomia patologica
1	84	M	NM Gastrico -Borman III	ANTRO	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
2	78	M	NM Gastrico -Borman II	ANTRO-PILORO	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
3	54	M	NM Gastrico Borman V	ANTRO	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
4	27	M	NM gastrico Borman IV	ANTRO-PILORO	Linfoma
5	71	M	NM gastrico Borman III -	ANTRO	Adenocarcinoma -BD- INFILTRANTE
6	81	F	NM de lengua	Base de lengua	Adenocarcinoma-PD- INFILTRANTE
7	82	F	NM gastrico -Borman II	ANTRO	Adenocarcinoma-PD- INFILTRANTE
8	71	M	NM gastrico-Borman III	ANTRO	Adenocarcinoma -MD
9	83	M	NM esofago	Esofago	Adenocarcinoma -MD
10	87	F	NM gastrico-Borman I	ANTRO	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
11	54	M	NM gastroduodenal borman III		Linfoma
12	84	M	NM gastrico	ANTRO	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
13	66	F	NM gastrico- Borman III	CUERPO	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
14	78	M	NM gastrico -Borman I	ANTRO	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
15	59	F	Lesion proliferativa en duodeno		Carcinoma-MD-INFILTRANTE
16	42	M	Lesion ulcerda en region gastrica	Cuerpo	Linfoma
17	69	M	NM gastrico -Borman II	Cuerpo	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
18	21	F	NM gastrico- Borman IV	ANTRO	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
19	74	M	NM gastrico -Borman III	Cuerpo	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
20	60	F	NM gastrico-Borman V	ANTRO-CUERPO	Linfoma no hodking
21	69	M	NM esofago	esofago distal	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE

22	58	F	NM duodenal		Infiltrado inflamatorio
23	44	M	Lesion irregular en region gastrica	Cuerpo	Gastritis cronica
24	50	F	NM gastrico-Borman III	ANTRO	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
25	56	M	Lesion irregular en region gastrica	Cuerpo	Ulcera gastrica
26	54	M	NM gastrico- Borman V	Antro	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
27	61	F	Lesion proliferativa en region gastrica	Cuerpo	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
28	86	M	NM gastrico-Borman IV	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
29	75	M	NM gastrico-Borman III	ANTRO-CUERPO	Linfoma
30	89	F	NM gastrico- Borman III	ANTRO-PILORO	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
31	48	M	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE

32	51	F	NM gastrico-Borman V	Cuerpo	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
33	69	F	NM de duodeno	2da porcion	Carcinoma-PD-INFILTRANTE
34	69	M	NM gastrico-Borman V	Cuerpo	Carcinoma-PD-INFILTRANTE
35	38	M	NM gastrico-Borman III	Cuerpo	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
36	76	F	NM gastrico-Borman III	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
37	61	M	Lesion proliferatica en region gastrica	ANTRO-CUERPO	Gastritis cronica
38	59	M	Lesion proliferativa en duodeno		Carcinoma hepatocelular - METASTASIS
39	82	F	NM gastrico-Borman II	Cuerpo	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
40	54	F	NM gastrico-Borman V	Antro	Linfoma no hodking
41	77	M	NM gastrico -Borman II	Cuerpo	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
42	87	M	NM gastrico -Borman III	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
43	63	M	NM gastrico -Borman II	Cuerpo	Gastritis cronica
44	89	M	NM esofago	Esofago distal	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
45	60	M	NM gastrico-Borman IV	Cuerpo	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
46	62	M	NM gastrico-Borman III	Cuerpo	Linfoma no hodking
47	75	F	NM Gastrico- Borman II	Antro	Adenocarcinoma -INFILTRANTE
48	48	M	NM gastroduodenal borman III	ANTRO-BULBO	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
49	75	F	NM Gastrico-Borman IV	Antro	Gastritis cronica
50	71	F	Lesion proliferativa duodeno	2da porcion	Infiltrado inflamatorio
51	66	M	Lesion proliferativa duodeno	2da porcion	Duodenitis cronica
52	70	M	NM gastrico-Borman V	Cuerpo	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
53	75	M	NM gastrico-Borman IV	Cuerpo	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
54	63	F	NM gastrico- Borman II	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -PD
55	50	F	NM Cardioesofagico-Borman V		Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
56	81	M	NM gastrico-Borman I	Cuerpo	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
57	74	M	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
58	87	F	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
59	81	F	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
60	60	F	Linfoma gastrico	Antro	Gastritis cronica
61	69	F	NM gastrico -Borman III	Antro	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
62	84	M	NM gastrico -Borman III	Cuerpo	Ulcera cronica-Gastritis Severa
63	73	F	NM ampolla de vater		Duodenitis cronica

64	69	F	NM gastrico-Borman IV	Antro	Gastritis activa
65	80	F	NM gastrico-Borman II	Subcardial	Adenocarcinoma -BD
66	81	M	NM gastrico-Borman V	Antro	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
67	82	M	NM gastrico-Borman II	Antro	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
68	61	M	NM gastrico-Borman V	Antro	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
69	77	M	NM gastrico-Borman I	Antro	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
70	69	M	NM gastrico-Borman V	ANTRO-CUERPO	Carcinoma-PD
71	71	F	NM duodenal	2da porcion	Duodenitis severa
72	75	M	NM bulbo duodenal		Adenocarcinoma -MD
73	63	M	NM gastrico-Borman II	Cuerpo	Gastritis moderada-

74	75	M	NM gastrico -Borman V	Cuerpo	Linfoma no hodking
75	64	F	NM ampolla de Vater		Duodenitis cronica
76	65	M	NM gastrico-Borman II	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -INFILTRANTE
77	57	M	NM duodenal -Borman IV	2da porcion	Carcinoma-PD-INFILTRANTE
78	61	M	NM gastrico-Borman V	ANTRO-DUODENO	Carcinoma-PD-INFILTRANTE
79	49	M	NM Gastrico -Borman IV	ANTRO-PILORO	Adenocarcinoma -PD-INFILTRANTE
80	59	M	NM gastrico-Borman III	Cuerpo	Adenocarcinoma -PD
81	80	F	NM gastrico-Borman III	Cardias-Cuerpo	Adenocarcinoma -MD
82	52	M	NM duodeno-Borman I	duodeno	Duodenitis cronica
83	78	M	NM gastrico-Borman III	Cuerpo	Adenocarcinoma -PD-INFILTRANTE
84	61	F	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
85	83	F	NM gastrico-Borman III	Cuerpo	Gastritis erosiva
86	78	M	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
87	48	M	NM ampolla de vater		Adenocarcinoma -BD-INFILTRANTE
88	72	F	NM gastroduodenal borman III	Antro-Bulbo	Carcinoma-PD-INFILTRANTE
89	62	M	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
90	78	M	NM gastrico-Borman V	Piloro	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
91	69	F	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
92	73	M	NM gastrico-Borman V	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
93	66	F	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
94	78	M	NM gastrico-Borman III	Cuerpo	Carcinoma-PD-INFILTRANTE
95	72	F	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -PD
96	67	F	NM gastrico-Borman II	Cuerpo	Linfoma
97	74	M	Metastasis gastrica	Cuerpo	Carcinoma-PD
98	72	M	NM gastrico-Borman II	Cardias	Adenocarcinoma -MD
99	87	F	NM gastrico-Borman IV	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
100	66	M	NM duodenal	2da porcion	Duodenitis cronica
101	34	F	NM gastroduodenal borman III	ANTRO-BULBO	Adenocarcinoma -PD-INFILTRANTE
102	36	M	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
103	71	M	NM gastrico -Borman III	Antro	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
104	83	M	NM gastrico-Borman III	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
105	81	F	NM gastrico-Borman III	Cuerpo	Adenocarcinoma -PD-INFILTRANTE
106	49	F	NM esofago	Esofago distal	Adenocarcinoma -MD

107	75	M	NM gastrico-Borman IV	Antro	Gastritis severa
108	56	M	NM gastrico-Borman II	Cuerpo	Hiperplasia atipica
109	74	F	NM ampolla de vater		Duodenitis cronica
110	49	M	NM gastrico -Borman V	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
111	79	M	NM gastrico-Borman V	Cuerpo	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
112	60	F	NM gastrico-Borman IV	Cuerpo	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
113	55	M	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
114	86	M	NM gastrico-Borman III	Cuerpo	Adenocarcinoma -MD
115	72	F	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -PD
116	67	M	NM gastrico-Borman III	Antro	Gastritis severa

117	77	M	NM gastrico-Borman III	Cuerpo	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
118	86	M	NM gastrico -Borman V	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
119	64	M	NM gastrico-Borrma I	Cuerpo	Polipo
120	71	M	NM gastrico-Borman III	Cuerpo	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
121	66	M	NM gastrico-Borman V	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -PD-INFILTRANTE
122	53	M	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
123	63	M	NM gastrico-Borman III	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
124	73	F	NM duodeno-Borman III	2da porcion	Adenocarcinoma -MD
125	58	M	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -PD-INFILTRANTE
126	94	M	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -MD
127	62	F	NM gastrico-Borman I	Antro	Gastritis erosiva-METAPLASIA
128	69	F	NM gastrico-Borman IV	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -MD
129	83	M	NM periampular		Adenocarcinoma -MD
130	70	M	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -BD-INFILTRANTE
131	80	M	NM gastrico-Borman Iv	Cuerpo	Adenocarcinoma -PD-INFILTRANTE
132	56	M	NM gastrico-Borman IV	Cuerpo	Infiltrado inflamatorio
133	75	M	NM duodeno		Duodenitis cronica
134	66	F	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -PD-INFILTRANTE
135	56	M	NM esofago	esofago	Estroma
136	81	M	NM gastrico-Borman II	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -PD-INFILTRANTE
137	30	M	NM gastrico-Borman IV	Antro	Adenocarcinoma -PD-INFILTRANTE
138	59	M	Lesion ulcerda en region gastrica	Antro	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
139	82	M	NM esofago	Esofago distal	Carcinoma-MD-INFILTRANTE
140	84	F	NM gastrico-Borman III	Antro	Gastritis severa
141	73	F	NM duodeno	2da porcion	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
142	69	F	NM gastrico-Borman III	Cuerpo	Adenocarcinoma -PD-INFILTRANTE
143	67	M	NM gastrico -Borman V	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
144	71	M	NM gastrico -Borman II	Cisura angularis	Gastritis Erosiva
145	89	M	NM gastrico-Borman III	Cuerpo	Adenocarcinoma -MD
146	76	M	MN gastrico -Borman III	Cuerpo	Adenocarcinoma -PD
147	68	M	NM gastrico-Borman Y	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -MD-INFILTRANTE
148	80	F	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -PD-INFILTRANTE

149	62	F	NM duodeno	2da porcion	Adenocarcinoma -BD- INFILTRANTE
150	67	F	NM Gastrico-Borman II	Cuerpo	Linfoma
151	69	F	NM gastrico-Borman II	Antro	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
152	77	M	NM gastrico-Borman III	Antro	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
153	83	M	NM duodeno	2da porcion	Adenocarcinoma -PD
154	84	M	NM gastrico-Borman V	Cuerpo	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
155	92	M	NM gastrico-Borman II	Antro	Adenocarcinoma -MD
156	68	F	NM subcardial-Borman II		Adenocarcinoma -MD
157	68	F	NM gastrico-Borman I	Cuerpo	Linfoma
158	82	M	NM gastrico-Borman III	Cuerpo	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
159	71	M	NM lengua	Base de lengua	Adenocarcinoma-MD

160	63	M	NM esofago	Esofago distal	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
161	85	M	NM gastrico-Borman III	ANTRO-CUERPO	Adenocarcinoma -PD
162	68	F	NM periampular		Carcinoma INDIFIRENCIADO
163	42	M	NM gastrico-Borman III	ANTRO-CUERPO	Carcinoma-PD-INFILTRANTE
164	46	F	NM gastrico-Borman III	Antro	Linfoma
165	87	F	NM gastrico-Borman V	Cuerpo	Adenocarcinoma -INFILTRANTE
166	82	F	NM gastrico -Borman III	Antro	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
167	61	F	NM gastrico-Borman II	Antro	Adenocarcinoma -PD- INFILTRANTE
168	68	F	NM gastrico-Borman V	Cuerpo	Adenocarcinoma -MD- INFILTRANTE
169	72	F	NM ampolla de vater		Infiltrado inflamatorio
170	71	F	NM ampolla de vater		Ampuloma
171	65	F	NM yeyuno	yeyuno proximal	Adenocarcinoma -PD

Datos de colonoscopias

	EDA D O	SEX O	Colonoscopia	Anatomía patológica
1	78	F	Neoplasia maligna de recto	Adenocarcinoma-BD-INFILTRANTE
2	61	F	Lesión proliferativa rectal	Adenocarcinoma-BD-INFILTRANTE
3	65	F	Neoplasia maligna de recto	Adenocarcinoma-BD-INFILTRANTE
4	69	M	Neoplasia maligna de recto	Adenocarcinoma INFILTRANTE
5	70	M	Lesión proliferativa recto anal	Adenoma
6	50	M	Lesión proliferativa en ciego	Inflamación crónica
7	87	M	Neoplasia maligna Angulo esplénico	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
8	66	F	Neoplasia maligna de recto	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
9	68	F	Neoplasia maligna rectosigmoideo	Adenocarcinoma
10	83	F	Lesión proliferativa en ciego	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
11	76	M	Lesión proliferativa rectal	Adenocarcinoma-MD
12	65	M	Neoplasia maligna colon descendente	Adenocarcinoma-PD-INFILTRANTE
13	84	F	Lesión proliferativa rectal	Adenocarcinoma-BD-INFILTRANTE
14	47	M	Neoplasia maligna rectal	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
15	67	F	Neoplasia maligna rectosigmoideo	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
16	69	M	Lesion proliferativa en Ciego i colon ascendente	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
17	45	M	Neoplasia maligna de colon descendente y sigmoides	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
18	62	M	Neoplasia maligna de colon ascendente	Sarcoma-PD
19	76	F	Tumor en ciego	Inflamacion cronica
20	73	F	Neoplasia maligna rectosigmoide	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
21	83	F	Neoplasia maligna de recto	Adenoma
22	85	F	Lesion proliferativa rectal	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
23	62	F	Neoplasia maligna de colon descendente	Carcinoma-PD-INFILTRANTE
24	75	M	Neoplasia maligna de recto	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
25	62	M	Neoplasia Maligna de recto	Adenocarcinoma-BD-INFILTRANTE
26	76	M	Neoplasia maligna de recto	Adenocarcinoma-PD
27	51	F	Lesion irregular en ano	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
28	62	M	Neoplasia maligna en ciego	Linfoma
29	70	M	Lesion proliferativa rectal	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
30	59	F	Neoplasia maligna en ano	Carcinoma-BD-INFILTRANTE
31	63	M	Neoplasia maligna en recto	Polipo
32	36	F	Neoplasia maligna en ciego	Adenocarcinoma-MD
33	48	M	Lesion ulcerada en recto	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
34	56	F	Neoplasia maligna de colon sigmoides	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
35	78	M	Neoplasia maligna en colon ascendente	Adenoma
36	45	M	Lesion proliferativa rectal	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE

37	78	F	Lesion rectosigmoidea	Colitis cronica
38	67	M	Lesion ulcerada en recto	Proctitis cronica
39	66	M	Neoplasia maligna de colon sigmoides	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
40	55	F	Neoplasia maligna de recto	Adenocarcinoma-MD
41	62	F	Neoplasia maligna en ciego	Colitis
42	30	M	Neoplasia maligna en ciego	Colitis cronica
43	72	M	Neoplasia maligna en recto	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
44	75	F	Neoplasia maligna de colon y ciego	Polipo
45	50	F	Neoplasia maligna de colon , recto y sigmoides	Adenocarcinoma-BD-INFILTRANTE
46	80	M	Lesion proliferativa rectal	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
47	58	F	Neoplasia maligna de colon ascendente	Adenocarcinoma-INFILTRANTE
48	69	M	Neoplasia maligna de colon ascendente	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
49	75	M	Neoplasia maligna en ciego	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
50	66	M	Neoplasia maligna de colon y ciego	Adenocarcinoma-PD-INFILTRANTE
51	62	F	Neoplasia maligna de recto	Linfoma no hodking
52	58	M	Neoplasia maligna de colon ascendente y transverso	Adenocarcinoma-MD
53	62	M	Neoplasia maligna de colon ascendente	Adenocarcinoma-BD-INFILTRANTE
54	67	F	Neoplasia maligna de recto	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
55	82	F	Neoplasia maligna de colon ascedente	Adenocarcinoma-MD
56	68	F	Lesion ulcerada en ciego	Polipo
57	62	M	Neoplasia maligna de ileo	Linfoma
58	80	F	Neoplasia maligna de colon ascendente	Adenocarcinoma-BD-INFILTRANTE
59	53	F	Neoplasia maligna de recto	Carcinoma-BD
60	70	F	Neoplasia maligna de valvula ileocecal	Adenocarcinoma-PD-INFILTRANTE
61	82	M	Lesion proliferativa anorectal	Inflamacion cronica
62	81	M	Lesion proliferativa colon	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
63	63	F	Lesion proliferativa anorectal	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
64	87	F	Lesion proliferativa colon	Adenocarcinoma-PD-INFILTRANTE
65	62	F	Lesion proferativa anorectal	Carcinoma-MD-INFILTRANTE
66	41	M	Neoplasia maligna de recto	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
67	84	M	Neoplasia maligna de colon ascendente	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
68	40	F	Neoplasia maligna de recto	Carcinoma-PD-INFILTRANTE
69	73	M	Neoplasia maligna de recto	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
70	41	F	Neoplasia maligna rectosigmoidea	Adenocarcinoma-PD-INFILTRANTE
71	37	F	Neoplasia maigna de recto	Proctitis cronica
72	85	F	Neoplasia maligna de recto	Adenocarcinoma-BD-INFILTRANTE
73	34	M	Neoplasia maligna de colon , ciego y recto	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
74	68	F	Neoplasia maligna de recto	Adenocarcinoma-MD
75	49	M	Neoplasia maligna de colon ascedente	Tejido ulceroso
76	72	M	Neoplasia maligna de recto	Adenocarcinoma-MD
77	59	F	Neoplasia maligna de colon sigmoides	Adenocarcinoma-MD
78	67	F	Neoplasia maligna de recto	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE
79	66	M	Neoplasia maligna colon sigmoides	Adenocarcinoma-MD-INFILTRANTE

