

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



CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS
DEL CÁNCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL
CARRIÓN HUANCAYO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTOR: BACH. NAZDHIEL VILMA LADERA SOLIS.

ASESOR: Mg. SANTIAGO ANGEL CORTEZ ORELLANA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL: SALUD Y
GESTIÓN DE LA SALUD

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE LA ESCUELA PROFESIONAL
DE MEDICINA HUMANA: PATOLOGÍA MÉDICO QUIRÚRGICA

FECHA DE INICIO Y CULMINACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:
01-10-2018 AL 31-03-2019

HUANCAYO – PERÚ
2019

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de vivir y ampararme de las dificultades de la vida, fortaleciendo mi corazón e iluminando mi mente durante el proceso de mi formación profesional.

A mi madre, padre y hermanos por constituir el soporte fundamental para lograr mí sueño.

Nazdhiel

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por guiarme por el camino del éxito.

Gratitud a mis padres por estar permanentemente a mi lado, para lograr mi meta mi sueño, invirtiendo su tiempo y sacrificio en mi formación y la elaboración de esta tesis.

Mi agradecimiento a los profesionales de la Universidad y como a los del campo de la salud quienes fueron mi guía imprescindible, al compartir sus conocimientos, experiencias y colaborar para el desarrollo de este trabajo.

La autora.

PRESENTACIÓN

El cáncer gástrico corresponde a uno de los cánceres de mayor incidencia a nivel mundial, de esa misma manera en nuestro país y región representa un problema de salud pública, debido a la ausencia de políticas de salud que permitan la prevención y detección precoz.

A nivel regional no existe una investigación realizada en los últimos 3 años acerca de las características epidemiológicas y clínicas del cáncer gástrico, desconociendo con exactitud el comportamiento de la enfermedad por ende esto obstaculiza el establecimiento de diagnósticos en forma temprana y el tratamiento que se puede ofrecer.

En la presente investigación se describe las características epidemiológicas y clínicas del cáncer gástrico en el Hospital Regional Docente Clínico-Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión”, establecimiento de salud que por sus características representa de manera objetiva la población de pacientes atendidos por esta enfermedad a nivel regional.

CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
PRESENTACIÓN.....	iv
CONTENIDO	v
CONTENIDO DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT	x
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	11
1.2 Delimitación del problema.....	13
1.3 Formulación del problema	13
1.3.1 Problema General.....	13
1.3.2 Problemas Específicos	13
1.4 Justificación	14
1.4.1 Social:	14
1.4.2 Teórica	15
1.4.3 Metodológica.....	15
1.5 Objetivos	16
1.5.1 Objetivo General	16

1.5.2	Objetivos Específicos.....	16
CAPÍTULO II_MARCO TEÓRICO		
2.1	Antecedentes	17
2.2	Bases Teóricas o Científicas	22
2.3	Marco Conceptual	31
CAPÍTULO III_HIPÓTESIS		
3.1	Hipótesis General	34
3.2	Hipótesis específicas	34
3.3	Variables	34
CAPÍTULO IV_METODOLOGÍA		
4.1	Método de Investigación	37
4.2	Tipo de investigación	38
4.3	Nivel de investigación.....	38
4.4	Diseño de la investigación	38
4.5	Población y muestra	38
4.6	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	39
4.7	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	40
4.8	Aspectos éticos de la investigación.....	40
CAPÍTULO IV_RESULTADOS.....		
5.1	Descripción de resultados	42
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		
		49

CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	55
ANEXOS	60
Matriz de consistencia.....	60
Matriz de operacionalización de variables.....	62
Matriz de operacionalización del instrumento.....	64
Instrumento de investigación y constancia de aplicación	67
Confiabilidad valida del instrumento	68
Data del procesamiento de datos.....	69

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1: Características epidemiológicas del cáncer gástrico- Edad - Género – Procedencia – Grado de instrucción.....	42
Tabla 2: Características epidemiológicas del cáncer gástrico - Antecedentes Familiares.....	43
Tabla 3: Características epidemiológicas del cáncer gástrico - Hábitos Nocivos.	44
Tabla 4: Características epidemiológicas del cáncer gástrico - Grupo Sanguíneo	44
Tabla 5: Características Clínicas del cáncer gástrico - Cuadro clínico	45
Tabla 6: Características Clínicas del cáncer gástrico - Localización Tumoral	46
Tabla 7: Características Clínicas del cáncer gástrico – Hallazgo Endoscópico	47
Tabla 8: Características Clínicas del cáncer gástrico - Tipo Histológico	48

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características clínico-epidemiológicas del cáncer gástrico en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el año 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, se empleó como instrumento una ficha de recolección de datos en base a las historias clínicas de los pacientes con cáncer gástrico que se tendieron en el Hospital en el año 2018.

RESULTADOS: Los resultados en relación a las características epidemiológicas son el grupo etario de 60 a 75 años con un 47,7%, el género femenino con un 53,4%, la procedencia de origen rural con un 53,4%, el grado de instrucción de primaria con el 47,7%, los pacientes no tenían familiares con antecedentes de cáncer con un 68,2%, y un 76,1% no tenían hábitos nocivos, el grupo sanguíneo de grupo O obtuvo el 78,4% de la muestra. Respecto a las características clínicas, el síntoma y el signo más frecuente, es el dolor epigástrico con un 89,8%, la pérdida de peso con un 88,2% respectivamente, el hallazgo endoscópico predominante fue el cáncer avanzado del tipo Borrmann IV, la localización tumoral

CONCLUSION: Se determinó un perfil clínico al paciente portador de esta patología, siendo esta, de género femenino, con una edad entre 60 y 75 años, de procedencia rural, con un grado de instrucción primaria, sin poseer antecedentes familiares de cáncer ni hábitos nocivos, que presente dolor epigástrico, pérdida de peso y anemia. El hallazgo endoscópico más frecuente con respecto a la localización tumoral fue en el antro, hallazgo macroscópico es el cáncer avanzado del tipo Borrmann IV y el hallazgo histológico más representativo fue del tipo tubular.

PALABRAS CLAVE: Cáncer gástrico, características epidemiológicas, características clínicas, cuadro clínico, características endoscópicas, características histológicas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the clinical-epidemiological characteristics of gastric cancer in the “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo Clinical and Surgical Teaching Hospital in 2018.

MATERIAL AND METHODS: An observational, retrospective, cross-sectional and analytical study was conducted, where 88 clinical histories were reviewed and the data obtained in a collection form were recorded.

RESULTS: The results in relation to the epidemiological characteristics are the age group of 60 to 75 years with 47.7%, the female gender with 53.4%, the origin of rural origin with 53.4%, the degree of primary education with 47.7%, patients had no relatives with a history of cancer with 68.2%, and 76.1% had no harmful habits, blood group O group obtained 78.4% of the sample. Regarding the clinical features, the symptom and the most frequent sign, is epigastric pain with 89.8%, weight loss with 88.2% respectively, the predominant endoscopic finding was advanced Borrmann IV cancer, the tumor location

CONCLUSION: A clinical profile was determined to the patient with this pathology, being female, with an age between 60 and 75 years, of rural origin, with a primary education degree, without having a family history of cancer or harmful habits. , that present epigastric pain, weight loss and anemia. The most frequent endoscopic finding with respect to tumor localization was in the antrum, macroscopic finding is advanced Borrmann IV type cancer and the most common histological finding was of the tubular type.

KEY WORDS: Gastric cancer, epidemiological characteristics, clinical characteristics, clinical picture, endoscopic characteristics, histological characteristics.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En la actualidad el cáncer representa un problema de salud pública en el Perú y a nivel mundial, esto basado en su alta mortalidad, así como por la discapacidad que provoca en los pacientes. Los costos de los sistemas de salud van incrementándose día con día debido a la creciente incidencia de los casos y los niveles de mortalidades asociadas a neoplasias. “Ningún sistema de salud está preparado para sostener el gasto que genera el aumento de la incidencia de cáncer en las últimas décadas. Las políticas sanitarias abordan el problema del cáncer desde la prevención y detección precoz de casos de cáncer en personas con factores de riesgo”. (1)

Los hábitos de vida poco saludables de hoy en día como el consumo excesivo de tabaco, alcohol y grasas y poco consumo de vegetales; están en su mayoría asociadas a las neoplasias en nuestro país. Estos mismos hábitos

están también ligados a agentes infecciosos como el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el Helicobacter Pylori. Razón por la cual las principales neoplasias en adultos en el Perú son los cánceres de cérvix, estómago, mama, piel y próstata.

“Los más comunes canceres en la región Junín son el cáncer de estómago, al cuello uterino, a la mama, de próstata y al pulmón. Según los especialistas, el cáncer de estómago ataca tanto a hombres y mujeres y es causado por una mala alimentación, cuando ingerimos carnes cocinadas al carbón, pachamanca, polladas y parrilladas”. (2)

“Aún falta fomentar una cultura de prevención del cáncer. En ese sentido, Junín se encuentra entre las cinco regiones con alto índice de mortalidad debido a esta enfermedad”. (3)

Como afirma Chacaltana (4), en un porcentaje alto los casos de cáncer gástrico se exponen en estadios clínicos avanzados en países en vías de desarrollo como el Perú, razón por la cual los niveles de sobrevivencia de los pacientes son mínimos. Los esfuerzos del personal médico, así como de los gobiernos se han inclinado hacia el campo clínico, con el objetivo de incrementar el diagnóstico del cáncer gástrico precoz con la ayuda de herramientas que ayudan a diagnosticar lesiones neoplásicas cada vez más pequeñas. En la misma línea por disminuir la mortalidad del cáncer gástrico los esfuerzos se han encaminado hacia el estudio de las fases iniciales de su génesis para determinar y caracterizar a la población con mayor riesgo para desarrollar esta neoplasia.

Por todo lo expuesto, se hizo evidente la necesidad de investigar este problema álgido de salud pública, ya que nuestro país y principalmente Junín representa una de las regiones con mayor incidencia y mortalidad de cáncer gástrico a nivel nacional.

1.2 Delimitación del problema

La investigación se desarrolló entre octubre del 2018 y marzo del 2019, en el Hospital Regional Docente Clínico-Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión”, ubicado en la Ciudad de Huancayo, Departamento de Junín. Los conceptos que se trataron están vinculados a pacientes diagnosticados con cáncer gástrico.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema General

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas del cáncer gástrico en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el año 2018?

1.3.2 Problemas Específicos

- a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el año 2018?
- b) ¿Cuál es el cuadro clínico de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el año 2018?

- c) ¿Cuáles son las características endoscópicas de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el año 2018?
- d) ¿Cuáles son las características histológicas de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el año 2018?

1.4 Justificación

1.4.1 Social:

“A pesar de los avances logrados en la ciencia biomédica en los campos de la tecnología del diagnóstico y de la terapéutica el cáncer gástrico exhibe un pronóstico ominoso, principalmente como consecuencia del estado tan avanzado en que ya se encuentra el tumor en el momento del diagnóstico en la mayoría de los pacientes”. (5)

Es por ello que el diagnóstico precoz que conlleva a un tratamiento oportuno con una intervención quirúrgica adecuada es la única opción de curación de los pacientes. Para conseguir esto el acceso a la información acerca de las características clínico epidemiológicas es el único medio que permitiría disminuir la mortalidad del cáncer gástrico mejorando el pronóstico y la sobrevida de los afectados.

No existe información acerca de las características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad en el Hospital Regional Docente Clínico-

Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en los últimos 3 años; lo que justifica socialmente la investigación, dando las principales pautas del comportamiento de la enfermedad para así establecer los diagnósticos en forma temprana de la enfermedad.

1.4.2 Teórica:

“Por la relevancia médica debido su alta incidencia y su impacto en la tasa de mortalidad peruana; ocupando, en nuestro país, el primer lugar en las estadísticas sobre mortalidad”. (6)

Específicamente en nuestra región de Junín, no se han desarrollado investigaciones a profundidad sobre las características clínicas y epidemiológicas, en base a ello hay una justificación cognitiva y académica, ya que con los resultados de esta investigación enriquecerán el conocimiento sobre el tema para los especialistas, estudiantes de pre grado y todo el personal de salud involucrado en la temática presentada.

1.4.3 Metodológica:

A diferencia de nuestro país la incidencia del cáncer gástrico en los países desarrollados ha venido disminuyendo junto con la mortalidad, ese avance debido a los programas de detección y diagnóstico precoz. Con los datos obtenidos de la presente investigación se promueve la investigación acerca del tema, incidiendo en la información adquirida y así crear estrategias con un enfoque preventivo promocional, en nuestro país y en especial en la región Junín.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Determinar las características clínico-epidemiológicas del cáncer gástrico en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el año 2018.

1.5.2 Objetivos Específicos

- a) Conocer las características sociodemográficas de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el año 2018.
- b) Reconocer el cuadro clínico de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el año 2018.
- c) Establecer las características endoscópicas de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el año 2018.
- d) Identificar las características histológicas de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el año 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Internacional

Ruiz E. (2017) concluyó en relación a las características epidemiológicas del cáncer gástrico en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina- Matagalpa en el período 2012 – 2014: “Que son pacientes mayores de 60 años de edad, con predominio del sexo masculino, procedente del área rural con un nivel socioeconómico bajo principalmente aquellos quienes laboran en la agricultura. Entre las principales manifestaciones clínicas se encontraron: Epigastralgia, Náuseas, Vómitos, Anorexia, Ganglio de Virchow, Masa en el Epigastrio, Anemia”. (7)

Paredes J. (2017) concluye: “que el grupo de edad más afectado por el cáncer gástrico correspondió a los pacientes entre 61 y 80 años de edad con un total de 29 pacientes que representa el 41%

de la muestra. Ligero predominio del sexo masculino con 34 casos que corresponden al 53 % de la muestra. Los síntomas fueron: el dolor abdominal en el 42% de los casos, seguido de astenia en un 18% y sensación de plenitud 12%. Endoscopia más biopsia, es el procedimiento más eficaz en el diagnóstico de la enfermedad. El tipo histológico más frecuente fue del Tipo Difuso con el 60% de los casos seguido del Adenocarcinoma Tipo Intestinal con el 40% de la muestra”. (8)

Jiménez A. (2016) concluye: “Que la edad de 60 y 69 años con un 30,4% fue la más frecuente, predominando el sexo masculino. El principal factor de riesgo fue el hábito de fumar con un 34,1%. El 58,5% de los pacientes presentaron pérdida de peso como la manifestación clínica más relevante. La variedad macroscópica que predominó fue el tipo ulcerado (34,1%), con mayor número de lesiones a nivel antral. Un 36,5% de los cánceres detectados correspondieron al Adenocarcinoma de tipo intestinal, constituyendo el antro la localización más frecuente”. (9)

Martínez L. (2016) acerca de la caracterización de los pacientes afectados con cáncer gástrico concluye: “Predominio de los pacientes del sexo masculino con edades de hasta 60 años, normopeso, fumadores, con más de un año de síntomas y carcinoma gástrico tipo Borrmann IV. Los principales factores de riesgo de cáncer gástrico observados en la población estudiada fueron: Alto consumo de tabaco, alcohol, alimentos ahumados y conservados,

antecedentes personales de gastritis e infección con *Helicobacter Pylori*, antecedentes familiares de poliposis o cáncer intestinal y finalmente desconocimiento de la enfermedad”. (10)

Solís D. (2015) concluyo: “Que el grupo de edad más afectado es entre 61 y 70 años de edad con el 26,4% de la muestra, un ligero predominio del sexo femenino con el 51,7% de la muestra, dentro de los factores de riesgo están, el hábito de fumar con el 25% de los casos. Las manifestaciones clínicas más relevantes en cuanto a endoscopia más biopsia, es el procedimiento más eficaz en el diagnóstico de la enfermedad; el tipo histológico más frecuente fue del tipo difuso con el 59,8% de los casos seguido del Adenocarcinoma tipo intestinal con el 40,2% de la muestra”. (11)

Salazar et al. (2015) concluyeron: “Que la edad media es de 63.4 años, los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, pérdida de peso, náuseas, vómitos, melena y saciedad temprana; al examen físico los hallazgos más frecuentemente reportados son palidez y presencia de masa abdominal palpable; los datos más frecuentemente observados en exámenes de laboratorio son anemia (normo-normo) y alteraciones de AST y ALT. Se diagnostican en un estadio 0= 0%, IA= 1.41%; IB= 5.63%; IIA=14.08%; IIB= 11.27%; IIIA= 18.31%; IIIB= 7.04%; IIIC= 4.23% y IV=38.03%. Además, el adenocarcinoma tubular, seguido del carcinoma de células en anillo de sello son los tipos histológicos más frecuentes”. (12)

Otzoy et al. (2015) concluyeron: “Que los factores de riesgo que más predominaron fueron el tabaquismo, alcoholismo y gastritis crónica. El mayor porcentaje de los tumores se localizó en el antro gástrico en las etapas clínicas III y IV en el momento del diagnóstico. El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma”. (13)

Marroquín H. (2015) concluye en relación a las características epidemiológicas: “Que la mayoría eran pacientes eran de sexo masculino (68%), mayores de 65 años (41%) y según la clasificación de Gutmann se encontró que el 83% de los casos ya se encontraban en estadios avanzados”. (14)

2.1.2 Nacional

Torres J. (2016) concluye sobre las características epidemiológicas: “Que el grupo etario entre 60 a 69 años, el sexo masculino fue 62%, antecedente de infección H. Pylori, baja de peso en 31,1%; localización tumoral en región del antro 42,6%, tipo histológico intestinal 67,2%, adenocarcinoma tubular 65,5%, moderadamente diferenciado 59%; estadio clínico III 59%; tratamiento quirúrgico curativo 59%; gastrectomía total 72%”. (15)

Rondan F. (2016) concluye: “Que el ser varón, tener 50 años o más, tener el antecedente familiar de cáncer gástrico, la infección por H. Pylori y el tabaquismo fueron factores de riesgo asociados al diagnóstico de cáncer gástrico”. (16)

Apaza Y. (2014) concluyó: “Que el 51,67% de casos fueron varones, con edad predominante entre los 60 y 69 años. El 20% tuvo

antecedente de diagnóstico de infección por H. pylori, un 28,33% de la población estudiada tuvo antecedente de consumo de alcohol, hubo predominio del Grupo sanguíneo O 41,67%; en cuanto a la localización de las lesiones el 40% se ubicó en antro y el 33,33% en cuerpo siendo esto los lugares predominantes. De acuerdo al aspecto endoscópico se encontró un predominio del Estadio Borrmann III con un 43,33%. Se encontró adenocarcinoma de tipo intestinal en 45% de pacientes”. (17)

2.1.3 Regional

González et al. (2013) concluyeron: “Que el 5° y 7° décadas de la vida son predominantes y con mayor proporción en el género masculino. Los estadios avanzados son la presentación de preferencia, siendo el tipo Borrmann III el más frecuente. La localización más frecuente fue en tercio medio. Los tipos histológicos más frecuentes fueron el Tubular con moderada diferenciación y el de Células en anillo de sello con pobre diferenciación. De los pacientes que recibieron tratamiento el 43.6% recibió tratamiento paliativo”. (18)

Tapia M. (2014) concluye: “Que el perfil de un paciente con cáncer gástrico fue pertenecer al sexo masculino (66%), tener una edad entre los 70 a 79 años, con diagnóstico de cáncer avanzado. El principal diagnóstico histológico entre los casos fue el adenocarcinoma tubular. La localización más frecuente del cáncer gástrico, en nuestros pacientes es el Cuerpo (53%), el Antro alcanzó

el 37%. En cuanto a la clasificación Borrmann: III (43%), II (12%), IV (8%), y V (13%)”. (6)

2.2 Bases Teóricas o Científicas

2.2.1 Definición de Cáncer Gástrico

“Se denomina cáncer a un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento incontrolado y la propagación de células anormales. Si esta propagación no se controla puede causar la muerte. Su causa se debe a factores tanto externos como internos”. (19)

“Los factores causales pueden ejercer su acción en conjunto o en secuencia para iniciar o promover el desarrollo del cáncer. Con frecuencia transcurren diez años o más entre la exposición a factores externos y la detección del cáncer. El cáncer se trata con cirugía, radiación, quimioterapia, terapia hormonal, terapia biológica y terapia dirigida”. (20)

“El cáncer gástrico es un crecimiento tisular maligno, por proliferación contigua de células anormales de los tejidos que revisten el estómago, con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos, principalmente el esófago e intestino delgado”. (21)

2.2.2 Epidemiología del cáncer gástrico:

“El cáncer gástrico es la tercera causa más común de muerte entre todos los cánceres y es el cuarto cáncer más común en el mundo. Es más común en los hombres en comparación con las mujeres y es

cuarto cáncer más común después del cáncer pulmonar, de mama en la mujer y colorrectal. Sin embargo, se ha observado un aumento progresivo de la tasa de incidencia en las mujeres en los últimos 5 años”. (16)

Rondan (16) afirma que los pacientes más afectados tienen edad mayor a 69 años. Alrededor de 6 de cada 10 personas diagnosticadas con cáncer de estómago cada año tienen 65 años o más. Se considera que el riesgo promedio para que una persona contraiga cáncer de estómago en el transcurso de su vida es de alrededor de 1 en 111. El país con la tasa más alta de incidencia de cáncer de estómago se encuentra en China, seguido por los países suramericanos y del este de Europa; es decir los denominados países en vías de desarrollo.

“Las tasas de incidencia estandarizada por edad de cáncer gástrico son aproximadamente dos veces más altas en los hombres que en las mujeres, en un 35,4 por 100 000 en los hombres de Asia del Este y el 13,8 en las mujeres de Asia Oriental. Estados Unidos de América, África y la región del Mediterráneo Oriental tiene las tasas de incidencia más bajas”. (22)

“En el Perú, la mortalidad es de 17 por cada 100 000 habitantes, similar a la de Japón, a pesar de tener la doble incidencia; esto es gracias a su programa de cribado y para el año 2011 se observa elevada mortalidad por cáncer de estómago en departamentos de la sierra como Huánuco, Pasco y Cusco”. (23)

En nuestro país, el cáncer gástrico es la cuarta neoplasia más frecuente y la segunda más mortal. Se ha determinado con esta mortalidad se va incrementando con la edad incidiéndose a partir de los 60 años. Según el Globocan 2012, en Perú la incidencia de cáncer gástrico es superior en la población masculina que la femenina; luego del cáncer cervical el cáncer gástrico es el segundo en mortalidad en las mujeres

“Hay una significativa variabilidad en la incidencia de cáncer gástrico a través de diferentes etnicidades. En una revisión de SEER desde el 2002 a 2006 reveló que la población blanca tiene aproximadamente la mitad de la incidencia del cáncer gástrico observada en poblaciones asíamericanos, áfrica americanos, e hispanos”. (24)

“A nivel regional, según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2013), 13.7% de la población de Junín tuvo cáncer en el estómago de los cuales 278 fueron varones y 283 mujeres; la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de estómago en la región fue de 18.1% para el 2011”. (25)

2.2.3 Cuadro Clínico:

La mayoría de los casos (80%) de cáncer gástrico en su etapa inicial o incipiente denominada así por la lesión compromete la mucosa o submucosa es asintomático, o en el mejor de los casos suele manifestarse con síntomas leves e inespecíficos.

“En el cáncer gástrico avanzado, la sintomatología es más florida siendo frecuentes el dolor abdominal y la baja de peso (60% de los casos), los cuales son los motivos más frecuentes de consulta médica. También suelen presentar anorexia, náuseas, vómitos, anemia, disfagia, hemorragia digestiva y saciedad precoz. La anemia de causa no aparente en un adulto, debe obligar realizar endoscopia digestiva alta y baja para descartar/confirmar tumores digestivos”.

(15)

Es por este tipo de cuadro clínico que solo el 10% de los casos de cáncer gástrico se ha podido detectar a niveles incipientes, siendo el restante en estadios avanzados complicando la efectividad del tratamiento.

A medida que el tumor se vuelve más extenso, se desarrolla malestar abdominal superior insidioso. La anorexia, a menudo con náuseas leves, es bastante común. La pérdida de peso es también informada con frecuencia en el momento de la presentación. “El dolor abdominal y la pérdida de peso fueron los más frecuentes síntomas iniciales de una revisión de 18,365 pacientes realizada por el Colegio Americano de Cirujanos. (17)

El vómito se produce con más frecuencia cuando el tumor invade el píloro, mientras que la disfagia puede ser el principal síntoma asociado a una lesión en la región del cardias. El sangrado gastrointestinal oculto con o sin anemia por deficiencia de hierro es común, mientras que la hemorragia abierta (es decir, melena o

hematemesis) se ve en menos del 20 por ciento de los casos. La presencia de una masa abdominal palpable es el hallazgo físico más común y generalmente indica desde hace mucho tiempo, enfermedad avanzada. Un síndrome de pseudoacalasia puede ocurrir como resultado de la participación de plexo de Auerbach debido a la extensión local o a la obstrucción maligna cerca de la unión gastroesofágica. (17)

Los signos y síntomas del cáncer de estómago pueden incluir (16):

- Pérdida del apetito o Pérdida de peso (sin tratar de bajar de peso).
- Dolor abdominal
- Malestar impreciso en el abdomen, justo encima del ombligo
- Sensación de llenura en el abdomen superior después de comer una comida pequeña
- Acidez (agruras) o indigestión
- Náusea o Vómitos, con o sin sangre
- Hinchazón o acumulación de líquido en el abdomen
- Recuento bajo de glóbulos rojos (anemia)
- Dolor epigástrico e indigestión
- Anorexia
- Hematemesis
- Melena

- Disfagia
- Lesión ocupante del abdomen
- Diarrea y esteatorrea

2.2.4 Diagnóstico endoscópico del cáncer gástrico

En base a la técnica la patología gástrica de la endoscopia se ha logrado la detección factible de lesiones malignas de diámetros cada vez más pequeños, lo cual ha permitido incrementar la certeza diagnóstica, además de lograr el tratamiento endoscópico de algunas lesiones malignas incipientes bien seleccionadas, todo ello con resultados excelentes, bajo costo y menor frecuencia de complicaciones y mortalidad que la cirugía.

“La posibilidad de tomar biopsias dirigidas durante la exploración endoscópica permita confirmar mediante la histología, la exacta naturaleza de estas lesiones y constituye un elemento fundamental no tan solo para establecer su diagnóstico, sino también para decidir el tipo de tratamiento, lo que es de especial importancia cuando se considera la posibilidad de una terapéutica endoscópica”.

(26)

“La clasificación macroscópica del cáncer gástrico temprano fue formulada en 1962 por la Sociedad Japonesa de Endoscopia Gastroenterológica (Imagen 1), constituye una buena sistematización de las lesiones observadas tanto en la endoscopia digestiva como en el estudio radiológico, así como también en la inspección de la pieza

quirúrgica. El diagnóstico definitivo es con el análisis de la pieza reseçada (sea por endoscopia o por cirugía”. (27)

2.2.4.1 Clasificación de la Sociedad Japonesa de Gastroenterología para cáncer gástrico Temprano (26)

- Tipo I protruido: “Es una lesión polipoidea, que suele ser una lesión más bien sésil, sobresale al menos 5 milímetros sobre la mucosa, no tiene limitación de tamaño”.
- Tipo IIa superficial elevado: “Es un carcinoma gástrico que no protruye más allá de 5 milímetros de la superficie de la mucosa, suele presentarse como lesión única, de superficie irregular, rugosa, y que, con la tinción de la mucosa, sobresale nítidamente respecto al tejido circundante”.
- Tipo IIb superficial plano: “El compromiso suele ser sólo de la mucosa, se presenta como un cambio de coloración respecto a la mucosa circundante”.
- Tipo IIc superficial deprimido: “Es una lesión superficialmente excavada, con bordes que suelen ser bien delimitados y tienen además un aspecto geográfico, el centro de la lesión suele recordar un carcomido de polillas, además, por áreas puede haber discretas micronodulaciones que pueden ser islas de tejido no

neoplásico que alternan con áreas discretamente erosionadas, deprimidas, de carcinoma”.

- Formas mixtas: “Contienen a la lesión deprimida tipo IIc, a saber: IIa+IIc (7-12.1%), IIc+III (2.2-11.6%), IIc+IIa (0.3-2.2%), III+IIc (0.4-1.3%) y IIb+IIc (2.7%)”.

2.2.4.2 Clasificación endoscópica del cáncer avanzado (26)

- Carcinoma Borrmann I: “Es definido como una neoplasia de aspecto proliferativo, tumoral, vegetativo, circunscrito, la lesión debe estar claramente delimitada respecto de la mucosa adyacente”.
- Carcinoma Borrmann II: “Es un cáncer proliferativo y ulcerado, con la úlcera perfectamente delimitada por un rodete mamelonado de tejido tumoral, el cual a su vez también está cabalmente delimitado respecto de la mucosa circundante”.
- Carcinoma Borrmann III: “Es una neoplasia ulcerada con bordes mamelonados, pero que en alguno de sus extremos se extiende e infiltra la mucosa circundante, en determinados casos existe un componente infiltrativo importante”.
- Carcinoma Borrmann IV: “La lesión característica es la infiltración tumoral submucosa de los pliegues gástricos, la abolición de la distensibilidad de la pared, eventualmente se puede reconocer en el cuerpo una

lesión ulcerada superficial pequeña que es el punto de partida de dicha neoplasia”.

2.2.5 Clasificación histológica del cáncer gástrico

“Histológicamente, el carcinoma gástrico demuestra marcada heterogeneidad en arquitectura y citología, frecuentemente con coexistencia de muchos elementos histológicos. La clasificación histológica se debe basar fundamentalmente en el patrón celular predominante; en términos generales, los exámenes anatómopatológicos incluyen tres aspectos” (28):

1. Examen macroscópico de la pieza operatoria del estómago resecado.
2. Examen histológico de los cortes titulares tomados del área de invasión más profunda y de mayor tamaño.
3. Examen histológico de todos los ganglios regionales extirpados.

2.2.5.1 Tipos Histológicos según la OMS (30)

- Adenocarcinoma papilar: La mayoría son vistos en fases tempranas (Cáncer incipiente).
- Adenocarcinoma tubular:
 - Bien diferenciado
 - Moderadamente diferenciado. Frecuentemente puede verse como escirro.

- Adenocarcinoma pobremente diferenciado: Tiene pocas estructuras glandulares.
- De tipo sólido. También se le conoce como carcinoma medular
- De tipo no sólido. Usualmente con abundante tejido fibroso.
- Carcinoma de células en anillo de sello: “Las células contienen abundante mucina y tienen la forma de un anillo de sello. Este tipo de tumor de la mucosa puede cambiar a adenocarcinoma pobremente diferenciado de tipo no sólido en las capas profundas”.
- Adenocarcinoma mucinoso: “Este tumor se caracteriza por lagos mucosos en el estroma del tumor. Es raro comprometiendo la mucosa en forma exclusiva, se le conoce también como carcinoma mucoide o coloide”.

2.3 Marco Conceptual

- Cáncer gástrico: “El cáncer de estómago es también llamado cáncer gástrico, en éste se aprecia un crecimiento celular maligno con capacidad de invasión y destrucción de otros órganos y tejidos, principalmente del intestino delgado y del esófago”. (31)
- Características clínicas: “Cuadro clínico, manifestaciones clínicas o solo «clínica», es un contexto o marco significativo, definido por la relación

entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad (en realidad, que presenta el enfermo)". (31)

- Características epidemiológicas: "Las variables de persona. son rasgos, cualidades, propiedades de la persona, que, por tener alguna relación con una enfermedad, tienen interés epidemiológico ya que individuos con ciertas características pueden tener mayor o menor probabilidad de padecer una enfermedad". (31)
- Disfagia: "Término técnico para describir el síntoma consistente en dificultad para la deglución (problemas para tragar)". (31)
- Endoscopia: "Procedimiento en el que se usa un endoscopio para examinar el interior del cuerpo. También puede tener una herramienta para extraer tejido y observarlo bajo un microscopio para verificar si hay signos de enfermedad". (31)
- Grado histológico: "Descripción de un tumor según cuán anormales se vean las células y los tejidos cancerosos al microscopio y con qué rapidez es posible que las células cancerosas se multipliquen y diseminen". (31)
- Hematemesis: "Es la expulsión de vómito con sangre procedente del tubo digestivo alto (desde el ángulo duodeno-yeyunal hasta la boca).
- Hiporexia: "Se define como 'la disminución parcial del apetito', en contraposición a la anorexia que sería 'la ausencia total de apetito'". (31)
- Melena: "Expulsión de deposiciones (heces) negras, viscosas y malolientes debido a la presencia de sangre degradada proveniente del tubo digestivo". (31)

- Signo: “Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente”. (31)
- Síntoma: “Referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad”. (31)
- Tumor carcinoide: “Tipo de cáncer que deriva de las células del sistema endocrino difuso y pertenece a la familia de los tumores neurosecretorios. Se localiza principalmente en el tracto gastrointestinal”. (31)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis General

Al tratarse de un estudio observacional – descriptivo no se planteó una hipótesis general-

3.2 Hipótesis específicas

Al tratarse de un estudio observacional – descriptivo no se planteó una hipótesis específicas

3.3 Variables

- Características epidemiológicas.
- Características clínicas.

		Signos	Pérdida de peso Anemia Masa Abdominal Hematemesis Melena	Nominal
		Localización Tumoral	Cardias Fondo Cuerpo Antro	Nominal
		Hallazgo Endoscópico	Cáncer Temprano: Tipo I / Tipo IIa Tipo IIb / Tipo IIc Tipo III Cáncer Avanzado: Borrmann I / Borrmann II Borrmann III / Borrmann IV Borrmann V	Nominal
		Tipo Histológico	Tubular / Papilar Células en anillo de sello Mucinoso / Tumor carcinoide Indiferenciado	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Método de Investigación

Método General:

Dentro del desarrollo de la presente investigación se utilizó como método universal al Método Científico, “ya que mediante la interpretación de la data información se analizaron hechos y sucesos en forma metódica y secuencial cumpliendo con la comprobación de la hipótesis” (32)

Métodos Específicos:

- Método descriptivo: “Se utilizó para describir las características de la variable y así obtener información acertada y objetiva”. (32)
- Método estadístico: “Se utilizó para realizar las comunicaciones después de obtener la muestra de estudio de igual manera para comparar los resultados con respecto a las historias clínicas”. (32)

4.2 Tipo de investigación

El estudio es observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

4.3 Nivel de investigación

En atención a las características señaladas en el planteamiento del problema y de los objetivos formulados, el presente estudio se clasificó como descriptivo, por cuanto se describieron los resultados en función a una variable y no se modifica la realidad.

4.4 Diseño de la investigación

Estudio observacional, descriptivo, transversal



Donde:

G: Pacientes atendido en el Hospital Regional Docente Clínico-Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión”.

O: Cáncer gástrico.

4.5 Población y muestra

La población de estudio corresponde a todos los pacientes que presentaron un diagnóstico de cáncer gástrico en el Hospital Regional Docente Clínico-Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” durante el año 2018.

En relación con la muestra ya que la cantidad esperada de la población fue menor a 1000 pacientes, no se realizó el muestreo. Por tanto, la población y la muestra son la misma, siendo por tanto un Muestreo Censal.

Tamaño de muestra: Todas las historias clínicas de pacientes en el periodo de estudio, haciendo un total de 88 pacientes aproximadamente.

Tipo de muestra: Muestreo Intencional, Censal.

Criterios de inclusión:

- Todo paciente con diagnóstico de cáncer gástrico atendido el Hospital Regional Docente Clínico-Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” durante el año 2018.

Criterios de exclusión:

- Todo aquel paciente que no tenga diagnóstico de cáncer gástrico atendido el Hospital Regional Docente Clínico-Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” durante el año 2018.
- Ausencia de Historia clínica.

4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la recolección de datos a partir de la historia clínica de los pacientes.

De acuerdo a la base de datos proporcionada existen 103 historias casos de cáncer gástrico en el 2018, sin embargo, solo se ha trabajado en función de 88 historias clínicas ya que la diferencia (15) no fueron proporcionadas por el hospital.

En cuanto al instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos, con preguntas ordenadas y sistematizadas que se utilizó para recabar la información correspondiente a la investigación.

Se trabajó en función del instrumento de Gonzales & Rivera (2013), con las adaptaciones del caso en función de la realidad local.

4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

- Recolección de datos a partir de la historia clínica de los pacientes que tuvieron cáncer gástrico, donde se identificó las características epidemiológicas y clínicas.
- Llenado de ficha de recolección de datos elaborado para este fin.
- Verificación de datos en el sistema de gestión hospitalaria: Verificación de atenciones en consultorio, estudios de laboratorio y demás exámenes propios de la enfermedad.
- Selección de pacientes según criterios de inclusión y exclusión, para el correcto llenado de la ficha de recolección de datos.
- Aplicación del instrumento en la muestra de estudio.
- Digitalización de los resultados mediante software (SPSS 20 y/o Excel 2016).

4.8 Aspectos éticos de la investigación

- Se mantuvo la confidencialidad de la información y en ningún momento se usaron los datos con otra finalidad que no sea la de nuestra investigación.
- No se tomaron los nombres al momento de la publicación o presentación de los resultados para garantizar el anonimato de los pacientes.
- El estudio no conllevó ningún riesgo para las personas.
- Se trabajó en función de los criterios de exclusión e inclusión ya mencionados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En base a los datos obtenidos del instrumento empleado correspondiente a la ficha se muestran los resultados obtenidos. La parte estadística fue brindada, el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en base a la totalidad de los casos de cáncer gástrico atendidos en el año 2018 con un total de 88 casos.

Es necesario señalar que de acuerdo a la base de datos proporcionada por el hospital existen 103 historias clínicas de pacientes con casos de cáncer gástrico en el 2018, sin embargo, solo se ha trabajado en función de 88 historias clínicas ya que la diferencia (15) no fueron proporcionadas por el establecimiento o se encontraban incompletas.

5.1 Descripción de resultados

Tabla 1: Características epidemiológicas del cáncer gástrico- Edad - Género – Procedencia – Grado de instrucción

		N°	%
EDAD	MENOR A 30 AÑOS	3	3,4
	30-45 AÑOS	3	3,4
	46-59 AÑOS	20	22,7
	60-75 AÑOS	42	47,7
	MAYOR A 76 AÑOS	20	22,7
GÉNERO	MASCULINO	41	46,6
	FEMENINO	47	53,4
PROCEDENCIA	URBANO	41	46,6
	RURAL	47	53,4
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ANALFABETA	8	9,1
	PRIMARIA	42	47,7
	SECUNDARIA	33	37,5
	TECNICA	5	5,7
	Total	88	100,0

Fuente: Data SPSS – Cáncer Gástrico

Como se observa en la tabla N° 1, el rango de edad predominante en la muestra con un 47,7% es el de 60 a 75 años con un total de 42 casos; seguido por los pacientes entre 46 - 59 años y los mayores de 76 años con un 22,7% cada uno respectivamente. En relación al género predominante en la muestra es el Femenino con un 53,4% con un total de 47 casos. En referencia a la procedencia de los pacientes el predominante son los de origen Rural como un 53,4% con 47 casos específicamente. En relación al grado de instrucción, el 47,7% de la

muestra son de nivel Primario con un total de 42 casos, seguido por nivel Secundario con el 37,5%.

Tabla 2: Características epidemiológicas del cáncer - Antecedentes Familiares

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER.		
	N°	%
SI	28	31,8
NO	60	68,2
Total	88	100,0

Fuente: Data SPSS – Cáncer Gástrico

En la tabla N° 2 se muestra, si los pacientes tenían familiares con antecedentes de cáncer, siendo la respuesta Negativa en un 68,2% con un total de 60 casos.

Tabla 3: Características epidemiológicas del cáncer gástrico - Hábitos Nocivos

HÁBITOS NOCIVOS		
	Nº	%
CONSUMO ALCOHOL	19	21,6
CONSUMO TABACO	2	2,3
NINGUNO	67	76,1
Total	88	100,0

Fuente: Data SPSS – Cáncer Gástrico

Respecto a los hábitos nocivos de los pacientes, el 76,1% afirmo no tener ninguno de ellos (67 casos), tal y como se evidencia en la tabla N° 3.

Tabla 4: Características epidemiológicas del cáncer gástrico - Grupo Sanguíneo

GRUPO SANGUÍNEO		
	Nº	%
O	69	78,4
A	17	19,3
B	2	2,3
Total	88	100,0

Fuente: Data SPSS – Cáncer Gástrico

Así mismo, en relación al grupo sanguíneo predominante en la muestra es el grupo O con 69 casos haciendo un 78,4%. (Ver tabla N°4)

Características Clínicas

Tabla 5: Características Clínicas del cáncer gástrico - Cuadro clínico

		Nº	%
SIGNOS	PÉRDIDA DE PESO	75	88,2
	ANEMIA	40	47,1
	MELENA	25	28,4
	HEMATEMESIS	20	23,5
	MASA ABDOMINAL	7	8,2
SÍNTOMAS	DOLOR EPIGÁSTRICO	79	89,8
	HIPOREXIA	47	53,4
	SACIEDAD / LLENURA PRECOZ	47	53,4
	NAUSEAS / VÓMITOS	44	50,0
	DIARREA	6	6,8
	ESTREÑIMIENTO	8	9,1
	DISFAGIA	4	4,5

Fuente: Data SPSS – Cáncer Gástrico

En relación al cuadro clínico de los pacientes con cáncer gástrico, se evidencio entre los principales síntomas presentes el dolor epigástrico con un 89,8% y la hiporexia con 53,4% de la muestra. Acerca de los signos siendo el predominante es la pérdida de peso con 88,2% seguido de la anemia con un 47,1%; tal y como se observa en la tabla N° 6.

Tabla 6: Características Clínicas del cáncer gástrico - Localización Tumoral

LOCALIZACIÓN TUMORAL		
	N°	%
FONDO	9	10,2
CUERPO	23	26,1
ANTRO	33	37,5
CUERPO Y ANTRO	23	26,1
Total	88	100,0

Fuente: Data SPSS – Cáncer Gástrico

Acerca de la localización tumoral, el predominante fue el antro con 33 casos que representan el 37,5% de la muestra, seguido del cuerpo y la conjunción de cuerpo y antro cada uno con 23 casos con un 26,1% respectivamente. (Ver tabla N° 6)

Tabla 7: Características Clínicas del cáncer gástrico – Hallazgo Endoscópico

HALLAZGO ENDOSCÓPICO		
	N°	%
TIPO IIA	2	2,3
TIPO III	1	1,1
BORRMANN I	1	1,1
BORRMANN II	4	4,5
BORRMANN III	24	27,3
BORRMANN IV	56	63,6
Total	88	100,0

Fuente: Data SPSS – Cáncer Gástrico

En la tabla N° 7 se evidencia el hallazgo endoscópico, siendo el predominante el tipo Borrmann IV y III ambos de cáncer avanzado, con 63,6% y 27,3% respectivamente. Es necesario especificar que no se presentó ningún caso de Tipo I, Tipo IIb y IIc en el cáncer temprano; y para el cáncer avanzado el tipo Borrmann V.

Tabla 8: Características Clínicas del cáncer gástrico - Tipo Histológico

TIPO HISTÓLOGICO		
	N°	%
TUBULAR	44	50,0
CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO	20	22,7
MUCINOSO	4	4,5
TUMOR CARCINOIDE	5	5,7
INDIFERENCIADO	15	17,0
Total	88	100,0

Fuente: Data SPSS – Cáncer Gástrico

En relación al tipo histológico, el 50 % de la muestra es tubular, seguido de células en anillo de sello con un 22,7%. No se presentaron casos del tipo papilar. (Ver tabla N° 8)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Respecto a las características epidemiológicas, en la investigación se evidenció que los pacientes con cáncer gástrico tienen un rango de edad entre 60 y 75 años siendo un 47,7% de la muestra, coincidiendo con los resultados encontrados en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina en Nicaragua (7), establecimiento donde los pacientes con cáncer gástrico fueron en su mayoría mayores de 60 años de edad, también coincide con lo obtenido en el Hospital Abel Gilbert Ponton en Ecuador (8) donde el 41% de la muestra son pacientes entre los 61 y 80 años de edad. Así mismo en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca en Nicaragua (9) el 30,4% de su muestra están en las edades de 60 y 69 años, similar situación en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón (11), en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (14), en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP en Lima (15), en el Hospital III Yanahuara-Essalud en Arequipa (17) con edades superiores a los 60 años.

En la investigación se determinó que el género femenino primó con respecto al género masculino con un 53,4%, solo coinciden en este aspecto con los resultados encontrados en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón (11) donde existía un ligero predominio del sexo femenino sobre el masculino con el 51,7% de la muestra. A diferencia del resto de autores que tienen un consenso que los pacientes varones son los predominantes.

En cuanto a la procedencia de los pacientes, el de origen rural supera al de origen urbano con un 53,4%, evidencia similar a lo obtenido en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina en Nicaragua (7) donde los pacientes con mayor incidencia en su estudio son del área rural con un nivel socioeconómico bajo principalmente aquellos quienes laboran en la agricultura. En relación al grado de instrucción, el 47,7% de la muestra son de nivel Primario, similares resultados obtenidos en la investigación realizada en 4 hospitales (IREN, Hospital Belén, Hospital Regional y LCC) en Trujillo (32) donde se obtuvo 59,9% de su muestra tenían instrucción primaria.

Acerca de la pregunta, si los pacientes tenían familiares con antecedentes de cáncer, la respuesta fue negativa con un 68,2%, contradiciendo a lo obtenido en otras investigaciones como las obtenidas en 4 hospitales (IREN, hospital Belén, hospital Regional y LCC) en Trujillo (32), en el Centro de Salud del cantón Quero en Ecuador (10) y en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en Lima (16) quienes afirman que este factor incide significativamente en la incidencia de cáncer gástrico. Una situación similar es respecto a los hábitos nocivos de los pacientes, el 76,1% afirmó no tener ninguno de ellos (consumo de tabaco ni alcohol), mientras estudios realizados como en el Centro de Salud del cantón Quero en Ecuador (10)

y en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en Lima (16) identifican al consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo establecidos para el cáncer gástrico. En relación al grupo sanguíneo predominante en la muestra es el grupo O con un 78,4% de la muestra, resultados similares a los estudios realizados en el Hospital III Yanahuara -Es salud en Arequipa (17) que obtuvo al grupo O con el 41.67%.

Acerca de los hallazgos sobre las características clínicas, en relación al cuadro clínico, el dolor epigástrico y la hiporexia son los síntomas más comunes encontrados con un 89,8% y 53,4% respectivamente, y en cuanto a los signos son la pérdida de peso y la anemia fueron los más predominantes con 88,2% y 47,1% respectivamente, coincidiendo con los resultados obtenidos en el Hospital Abel Gilbert Ponton en Ecuador (8) ya que en su grupo estudiado el dolor abdominal obtuvo un 42% de los casos como síntomas más recurrente; asimismo en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (12) donde los síntomas más frecuentes en pacientes con cáncer gástrico en orden decreciente de frecuencia son dolor abdominal y pérdida de peso; los datos más frecuentes observados en exámenes de laboratorio son anemia (normo-normo) y alteraciones de AST y ALT.

Respecto a la localización tumoral la investigación evidenció que la región del antro es el predominante con un 37,5%, coincidiendo con la información del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca en Nicaragua (9), el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima en Cuba (13), el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP en Lima (15) y el Hospital III Yanahuara Essalud en Arequipa (17), a diferencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en Huancayo (6) donde la localización tumoral predominante es la región del cuerpo con un 53% de la muestra.

Sobre el hallazgo endoscópico, el tipo Borrmann IV y III, ambos de cáncer avanzado alcanzaron el 63,6% y 27,3% respectivamente, situación similar en otros estudios donde se identificó el tipo Borrmann III con mayor incidencia como en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en Huancayo (6) con un 43%, en el Hospital III Yanahuara Essalud en Arequipa (17) con un 43.33% y en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud en Huancayo (18).

Finalmente, en relación al hallazgo microscópico, el 50% de la muestra es del tipo histológico tubular, afirmación consecuente por los estudios realizados en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en Huancayo (6), en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (12), en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud en Huancayo (18) y en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP en Lima (15) con 65,5%.

CONCLUSIONES

- Se determinó las características clínico-epidemiológicas del cáncer gástrico los cuales permitieron establecer un perfil clínico al paciente portador de esta patología en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el año 2018.
- Las características sociodemográficas predominantes en los pacientes con cáncer gástrico son de género femenino, con un rango de edad entre 60 y 75 años, de procedencia rural, con un nivel de instrucción primaria, los pacientes no tenían antecedentes familiares de cáncer, ni hábitos nocivos que predisponían la enfermedad, en relación al grupo sanguíneo, el “O” fue predominante en la mayoría de los casos.
- El cuadro clínico de los pacientes con cáncer gástrico es el dolor epigástrico, la hiporexia, la pérdida de peso y anemia.
- Dentro de las características endoscópicas se encontró que la localización tumoral más frecuente es en la región del antro, así también evidenciándose el cáncer avanzado, Borrmann IV y III los más frecuentes de acuerdo al orden de presentación.
- El hallazgo histológico más representativo es del tipo tubular.

RECOMENDACIONES

- De acuerdo a la evidencia epidemiológica actual, se recomienda la difusión de las características epidemiológicas y clínicas mediante publicidad audiovisual hacia la población en general, de este modo se pueda identificar la sintomatología de manera oportuna.
- En base a las características evidenciadas, se recomienda que los pacientes dispépticos y mayores de 40 años, tengan una endoscopia con el fin de incrementar la detección de neoplasias gástricas tempranas, y así poder brindar un tratamiento adecuado y oportuno.
- Socializar con los médicos de atención primaria respecto a las medidas preventivas y a la identificación de la patología en las etapas iniciales, permitiendo así la derivación de los pacientes al médico especialista oportunamente
- Se recomienda crear un servicio especializado de endoscopia para realizar controles periódicos sobre el estado de la enfermedad, para poder actuar oportunamente y evitar el deceso del paciente.
- Aplicar e individualizar las guías prácticas de cáncer gástrico, a requerimiento del hospital e instaurar un equipo multidisciplinario que incluya especialistas en gastroenterología, oncología, cirugía y anatomía patológica; con el objetivo de mejorar el manejo de la patología y reducir la variabilidad de atención y tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Gobierno del Perú [Internet] Lima, Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2016. [Citado el 11 agosto del 2018]. Disponible desde: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/cap02.pdf
2. Diario Correo [Internet] Lima, Perú: Junín registra altos índice de cáncer y el 2017 se detectaron 380. [Citado el 11 agosto del 2018]. Disponible desde: <https://diariocorreo.pe/edicion/huancayo/junin-registra-altos-indice-de-cancer-y-el-2017-se-detectaron-380-801247/>
3. Diario Correo [Internet] Lima, Perú: De cada 100 mil personas, 125 mueren por cáncer en Junín. [Citado el 11 agosto del 2018]. Disponible desde: <https://diariocorreo.pe/edicion/huancayo/junin-entre-las-cinco-regiones-con-alto-indice-de-mortalidad-por-cancer-753650/>
4. Chacaltana A. et al. Lesiones Gástricas Preneoplásicas y Helicobacter Pylori en Despistaje Endoscópico para Cáncer Gástrico en Población de Nivel Socioeconómico Medio y Alto. Rev Gastroenterol Per. 2009; 29(3): 218-25
5. Ramos K. Cáncer gástrico: Características clinicoepidemiológicas e histopatológicas en el Hospital Universitario del Caribe desde enero de 2007 a diciembre de 2009. [Tesis de especialización] Cartagena, Colombia: Universidad de Cartagena, 2010.
6. Tapia M. Características epidemiológicas, endoscópicas e histopatológicas en pacientes diagnosticados de cáncer gástrico en el Hospital Nacional Ramiro

- Prialé Prialé de Huancayo durante los años 2009-2012. [Tesis de grado] Tacna, Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2014.
7. Ruiz E. Características clínicas y epidemiológicas en el desarrollo de Cáncer Gástrico en pacientes diagnosticado en Hospital Escuela Cesar Amador Molina- Matagalpa en el período 2012 – 2014. [Tesis de grado] Matagalpa, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2017.
 8. Paredes J. Cáncer gástrico perfil clínico y epidemiológico en pacientes del Hospital Abel Gilbert Ponton 2014-2015. [Tesis de grado] Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. 2015.
 9. Jiménez A. Comportamiento clínico y epidemiológico de los casos de cáncer gástrico intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, 2013 – 2015. [Tesis de especialización] Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2016.
 10. Martínez L. Factores clínicos y epidemiológicos del cáncer de estómago en pacientes atendidos en el centro de salud del cantón Quero, Tungurahua. Período 2010-2015. [Tesis de grado] Ambato, Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2016.
 11. Solís D. Incidencia y perfil clínico de cáncer gástrico en pacientes atendidos en el área de gastroenterología en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón en el periodo de enero 2012 a diciembre 2014. [Tesis de grado] Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. 2015.
 12. Salazar J, Rivas R. Caracterización clinico-epidemiologicas de los pacientes con cáncer gástrico en el instituto salvadoreño del seguro social. [Tesis de especialidad] San Salvador, El Salvador: Universidad de El Salvador, 2015.

13. Otzoy H, Torres L, Orosco S. Cáncer gástrico: Caracterización de los casos operados en la provincia de Cienfuegos (2009-2011). Revista Finlay [revista en Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/184>
14. Marroquín H. Caracterización clínica y epidemiológica del cáncer gástrico. [Tesis de maestría] Guatemala, Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. 2015
15. Torres J. Aspectos epidemiológicos, clínicos e histológicos de los pacientes operados por cáncer gástrico en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional "Luis N. Sáenz" PNP en el periodo abril 2014– abril 2015. [Tesis de grado] Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma, 2016.
16. Rondan F. Factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en pacientes atendidos en el consultorio externo del servicio de gastroenterología del HNHU durante el año 2014. [Tesis de grado] Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma, 2016.
17. Apaza Yuliana. Características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas e histopatológicas del cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Yanahuara Essalud, Arequipa, 2003 – 2012. [Tesis de grado] Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María. 2016.
18. Gonzales E. Rivera K. Perfil epidemiológico y anatomopatológico del adenocarcinoma gástrico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud – Huancayo 2010-2012 (3240 msnm). [Tesis de grado] Huancayo, Perú: Universidad nacional del Centro del Perú, 2013.

19. Barreda Luis. Aspectos clínicos, endoscópicos y de tratamiento del cáncer gástrico temprano. [Tesis doctoral]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2010.
20. Charles B. Schwartz, Principios de cirugía. Novena Edición; Navarro A. Anatomía quirúrgica del estómago y duodeno. México: McGraw-Hill; 2011:889
21. American Cancer Society. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2012-2014. Atlanta: Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2012.
22. Verdalet O. Factores asociados al desarrollo del Cáncer Gástrico en pacientes del Cecan. [Tesis de maestría] Veracruz, México. 2009
23. International Association of Cancer Registries (IARC) Cancer Observatory (GCO) Section of Cancer Information. 2012.
24. Ramos W, Venegas D. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. In: Salud Md, editor. 2014.
25. Parrillo Lilian. Características endoscópicas y patológicas del cáncer gástrico en el servicio de gastroenterología del Hospital Luis N. Saenz PNP desde enero 2008 – diciembre 2013 [tesis de grado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
26. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: Ministerio de Salud. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. ISBN: 978-9972-820-99-1. 2013.
27. Llorens S. Cáncer gástrico. Capítulos escogidos. Chile; 2001; (3)37-98.

28. Barreda B. Aspectos clínicos, endoscópicos y de tratamiento del cáncer gástrico temprano [Tesis de grado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Lima, Perú. 2010
29. Bing Hu y cols. Gastric cancer: Classification, histology and application of molecular pathology. *J Gastrointest Oncol* 2012; 3(3):251-261
30. Espejo Romero, Hernán. Navarrete Siancas, Jesús. Clasificación de los Adenocarcinomas de Estómago. *Rev. Gastroenterología del Perú* 2003; 199-212.
31. Instituto Nacional de Cáncer. [Internet] Diccionario de cáncer - National Cancer Institute. [Citado el 10 de febrero del 2019]. Disponible desde : <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario>
32. Hernández R. Fernández C. Baptista L. Metodología de la investigación. McGraw-Hill. México. 2006. 4ª Edición. ISBN: 970-10-5753-8.
33. Gamboa M. Factores de riesgo epidemiológicos para adenocarcinoma gástrico en Trujillo, Perú. [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Trujillo: Trujillo, Perú. 2016.

ANEXOS

Matriz de consistencia

TÍTULO: “CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL CÁNCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL CARRIÓN HUANCAYO”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema General: ¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas del cáncer gástrico en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo en el año 2018?</p>	<p>Objetivo General: Determinar las características clínico-epidemiológicas del cáncer gástrico en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo en el año 2018.</p>	<p>Características epidemiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Género - Procedencia - Grado de instrucción - Antecedentes familiares de cancer. - Hábitos Nocivos - Grupo Sanguíneo 	<p>Tipo de investigación: Transversal, retrospectivo Nivel de investigación: Descriptiva. Diseño de Investigación: Descriptivo</p>
<p>Problemas Específicos:</p> <p>a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo en el año 2018?</p> <p>b) ¿Cuál es el cuadro clínico de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo en el año 2018?</p>	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>a) Conocer las características sociodemográficas de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo en el año 2018.</p> <p>b) Reconocer el cuadro clínico de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo en el año 2018.</p>	<p>Características clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas - Signos - Localización Tumoral - Hallazgo Endoscópico 	<p>Población: Todas las pacientes que fueron diagnosticados de cáncer gástrico en el Hospital Regional DAH durante el año 2018, con un total de 88 pacientes.</p> <p>Muestra: La población y la muestra serán la</p>

<p>c) ¿Cuáles son las características endoscópicas de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo en el año 2018?</p> <p>d) ¿Cuáles son las características histológicas de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo en el año 2018?</p>	<p>c) Establecer las características endoscópicas de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo en el año 2018.</p> <p>d) Identificar las características histológicas de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo en el año 2018.</p>	<p>- Tipo Histológico</p>	<p>misma. Muestreo Censal.</p>
---	--	---------------------------	--------------------------------

Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	VALOR	ESCALA
Características epidemiológicas	Edad	Menor de 30 años 30-39 años 40-59 años 60-69 años Mayor a 69 años	Ordinal
	Género	Masculino / Femenino	Nominal
	Procedencia	Urbano / Rural	Nominal
	Grado de instrucción	Analfabeto Primaria Secundaria Técnica/ Universitario	Ordinal
	Antecedentes familiares de cáncer	Si / No	Nominal
	Hábitos Nocivos	Consumo de Alcohol Consumo de tabaco	Nominal
	Grupo Sanguíneo	A / B / O / AB	Nominal
Características clínicas	Síntomas	Hiporexia Dolor epigástrico Nauseas y/o vómitos	Ordinal

	Signos	<p>Disfagia Diarrea Estreñimiento Saciedad / Ilanura precoz</p>	Nominal
	Localización Tumoral	<p>Pérdida de peso / Anemia Masa Abdominal Hematemesis Melena</p>	Nominal
	Hallazgo Endoscópico	<p>Cardias / Fondo Cuerpo / Antro Cuerpo y antro</p>	Nominal
	Tipo Histológico	<p>Cáncer Temprano: Tipo I / Tipo IIa / Tipo IIb Tipo IIc / Tipo III Cáncer Avanzado: Borrmann I / Borrmann II Borrmann III / Borrmann IV Borrmann V</p>	Nominal
		<p>Tubular / Papilar Células en anillo de sello Mucinoso / Tumor carcinoide Indiferenciado</p>	Nominal

Matriz de operacionalización del instrumento

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM O REACTIVO	ESCALA VALORATIVA	INSTRUMENTO
Características epidemiológicas	Edad	Años cumplidos	1	< 30 años 30 – 39 años 40 – 59 años 60 - 69 años >=70 años	Ficha de Recolección de Datos
	Género	Caracteres sexuales secundarios del paciente	2	Masculino Femenino	
	Procedencia	Lugar de donde viene	3	Urbano Rural	
	Grado de instrucción	Nivel de instrucción alcanzado	4	Primaria Secundaria Técnica Universitaria	
	Antecedentes familiares de cáncer	Antecedentes familiares de cáncer	5	Si No	
	Hábitos Nocivos	Consumo de alcohol y/o tabaco	6	Alcohol Tabaco	
	Grupo Sanguíneo	Tipos de grupo sanguíneo	7	A B O AB	

Características clínicas	Síntomas	Percepción anómala por parte del paciente.	8	Hiporexia Dolor epigástrico Nauseas y/o vómitos Disfagia Diarrea Estreñimiento Saciedad / llenura precoz
	Signos	Examen físico del paciente	9	Pérdida de peso Anemia Masa Abdominal Hematemesis Melena
	Localización Tumoral	Ubicación del cáncer según endoscopia	10	Cardias Fondo Cuerpo Antro
	Hallazgo Endoscópico	Tipo de lesión según Clasificación Japonesa y de Bormann	11	Cáncer Temprano: Tipo I Tipo IIa Tipo IIb Tipo IIc Tipo III

				Cáncer Avanzado: Borrmann I Borrmann II Borrmann III Borrmann IV Borrmann V	
	Tipo Histológico	Características anatomopatológicas.	12	Tubular Papilar Células en anillo de sello Mucinoso Tumor carcinoide Indiferenciado	

Instrumento de investigación y constancia de aplicación

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLOGICAS DEL CÁNCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL CARRIÓN HUANCAYO			
A. Ficha N° : _____		B. Historia Clínica N° : . _____	
CARÁCTERÍSTICAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS:			
1	Edad: Menor a 30 años () 60 - 74 años ()	30 – 44 años () Mayor a 75 años ()	45 – 59 años ()
2	Género: Masculino ()	Femenino ()	
3	Procedencia: Urbano ()	Rural ()	
4	Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Técnica/universitaria ()		
5	Antecedentes familiares de cáncer: Si () No ()		
6	Hábitos Nocivos: No () Consumo Alcohol ()		Consumo Tabaco ()
7	Grupo Sanguíneo: A ()	B ()	O () AB ()
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:			
8.	Síntomas: Hiporexia () Dolor epigástrico () Náuseas y/o vómitos () Disfagia () Diarrea () Saciedad / llenura precoz () Estreñimiento ()		
9.	Signos Pérdida de peso () Anemia () Masa Abdominal () Hematemesis () Melena ()		
10.	Localización Tumoral: Cardias () Fondo () Cuerpo () Antro ()		
11.	Hallazgo Endoscópico: Cáncer Temprano: Tipo I () Tipo IIa () Tipo IIb () Tipo IIc () Tipo III () Cáncer Avanzado: Borrmann I () Borrmann II () Borrmann III () Borrmann IV () Borrmann V ()		
12.	Tipo Histológico: Tubular () Papilar () Células en anillo de sello () Mucinoso () Tumor carcinoide () Indiferenciado ()		

Confiabilidad valida del instrumento

En base al alfa de Cronbach de valor de 0.853 que demuestra que el instrumento es Confiable.

Resumen del procesamiento de los casos

	<u>N</u>	<u>%</u>
<u>Válidos</u>	<u>20</u>	<u>100,0</u>
Casos <u>Excluidos^a</u>	<u>0</u>	<u>,0</u>
<u>Total</u>	<u>20</u>	<u>100,0</u>

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

<u>Alfa de Cronbach</u>	<u>N de elementos</u>
<u>0,853</u>	<u>16</u>

Nº	ANT_FAM	HAB_NOC	G_SANGUI	HIPOREXIA	D_EPIGAS	NAU_VOM	DISFAGIA	DIA_EST	SAC_LLAN	PER_PESO	ANEMIA	M_ABD	HEM_MEL	LOC_TUM	HALL_END	T_HISTOL
1	1	2	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	3	2	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	2	2	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	3	2	0
4	0	2	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3	2	2
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	1	2	2	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	2	2	5
7	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	4	2	0
8	1	2	2	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	2	2	0
9	1	2	2	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	2	0
10	1	2	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	2	3	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	2	2	2
13	0	2	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	2	3	0
14	0	2	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	3	2	2
15	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	3	2	0
16	0	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	3	2	0
17	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	4	3	0
18	1	2	2	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	3	2	0
19	1	2	2	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	2	2	0
20	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	3	2	0

Data del procesamiento de datos

N°	EDAD	GEN	PROC	G_INST	A_FAM	H_NOC	G_SAN	HIPO	D_EPI	N_VOM	DISF	DEST	S_LLAN	P_PES	ANE	M_ABD	H_MEL	L_TUM	H_END	T_HIS
1	3	0	1	0	1	2	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	4	6	0
2	3	1	1	0	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	4	7	5
3	3	0	1	0	1	0	2	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	2	7	0
4	3	1	0	1	0	2	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3	8	2
5	3	0	1	1	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	4	8	4
6	1	0	1	1	1	2	2	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	2	1	5
7	2	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	7	0
8	4	1	1	4	1	2	2	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	2	5	0
9	3	0	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	7	0
10	4	1	1	4	1	2	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	2	7	0
11	2	0	0	1	1	0	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	2	6	0
12	3	1	1	4	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	2	7	2
13	4	1	0	0	0	2	2	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	2	7	0
14	4	1	0	4	0	2	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	3	8	2
15	4	1	1	4	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	3	6	0
16	2	0	1	1	0	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	3	8	0
17	3	0	1	0	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	4	8	0
18	2	0	0	0	1	2	2	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	3	8	0
19	0	0	1	1	1	2	2	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	2	7	0
20	2	0	1	2	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	3	1	0
21	3	1	1	1	1	2	2	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	7	4
22	2	0	1	1	1	2	2	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	3	7	0

23	2	0	1	1	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	2	8	2
24	2	0	0	1	1	0	2	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	3	8	0
25	3	1	1	0	0	2	2	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	2	8	2
26	2	1	1	0	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	4	8	0
27	2	1	1	1	1	1	2	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	4	7	0
28	3	1	1	0	1	2	2	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	3	8	0
29	3	1	0	2	0	2	2	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	8	5
30	4	1	1	1	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	7	0
31	4	1	1	0	1	2	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	4	8	3
32	4	1	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	2	8	5
33	4	0	0	1	0	2	2	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	4	8	2
34	3	0	1	0	1	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	8	0
35	3	1	0	0	1	2	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	4	8	0
36	4	0	1	0	1	2	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	4	8	2
37	3	1	0	0	0	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	4	8	5
38	3	1	1	0	0	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	8	2
39	3	1	0	0	1	2	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	4	8	0
40	2	1	0	1	1	2	2	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	3	8	2
41	3	0	0	1	0	2	2	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	2	8	4
42	3	0	0	1	1	0	2	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	8	5
43	4	1	0	0	1	2	2	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	4	8	0
44	3	1	0	1	0	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	2	8	2
45	3	0	1	0	1	2	2	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	7	0
46	4	0	1	0	1	2	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	3	7	5
47	3	0	0	0	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	2	4	0

48	3	0	0	0	0	2	2	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	2	8	0
49	3	0	0	0	1	0	2	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	4	7	0
50	3	1	1	0	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	3	8	4
51	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	4	8	5
52	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	8	0
53	2	0	0	1	0	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	4	8	4
54	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	3	8	2
55	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	3	7	2
56	4	1	0	0	1	2	2	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	3	8	3
57	3	1	1	0	1	2	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	4	8	5
58	4	1	0	0	1	2	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	3	8	0
59	3	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	3	8	5
60	0	0	0	2	1	2	2	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	2	8	0
61	3	1	0	0	0	0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	3	7	5
62	0	1	1	0	0	2	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	3	7	2
63	4	1	1	4	1	2	2	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	3	8	5
64	2	0	1	0	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	2	8	0
65	2	1	1	2	0	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	3	8	2
66	4	0	1	0	0	2	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	3	7	0
67	3	1	0	1	1	2	2	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	3	8	2
68	4	1	1	1	1	0	2	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	2	8	2
69	3	0	0	4	0	0	2	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	2	6	0
70	1	1	1	0	1	2	2	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	3	8	0
71	3	1	1	4	1	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	3	7	0
72	3	0	1	1	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	3	8	0

73	3	1	1	0	1	2	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	3	7	2
74	4	1	0	0	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	2	7	0
75	3	1	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	3	8	0
76	4	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	3	8	0
77	2	0	0	1	1	2	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	4	7	0
78	2	0	0	1	0	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	3	8	2
79	2	1	0	1	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	4	8	5
80	3	0	0	1	0	2	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	3	8	0
81	3	1	0	1	1	2	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	4	8	2
82	3	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	4	8	3
83	3	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	2	8	2
84	3	1	0	0	1	2	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	3	8	5
85	2	1	0	2	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	3	8	0
86	2	1	0	1	1	2	2	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	7	0
87	4	0	0	1	0	2	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	4	8	3
88	2	0	1	0	1	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	2	8	5

