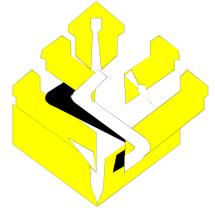




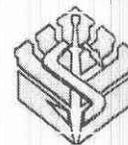
**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA**



**MANEJO DE PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE LA
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA
EN EL PERIODO 2017 - 2020**

Autor: Dr. González Rubén

Tutor: Dr. Claudio Romano



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

MANEJO DE PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA EN EL PERIODO 2017 - 2020

Presentado para optar al grado de **Especialista en Cirugía General** por el (la) aspirante:

GONZALEZ D., RUBEN D.
C.I. V – 19530226

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Claudio Romano C.I. 7028826, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **11/05/2021**


Prof. Claudio Romano (jefe)
C.I. 7028826
Fecha 11/05/2021

Jr. Claudio Romano Roselli
Cirugia General
C.I. 7028826 - M.P.S. 10.057 - C.M. 146

Prof. Alexis Riera
C.I. 749144
Fecha 10-5-2021

Dr. Alexis Riera Lugo
Cirugia General
C.I. 7.495.421

TG:21-21


Prof. Sosa Cabeza
C.I.
Fecha
Dr. Francisco Sosa Cabeza
CIRUGIA GENERAL - ONCOLOGICA
C.I. 8.639.466 - M.S.D.S. 50.030 - C.M.C. 4.258
UCV - MASVC - MASVO

ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	1
Materiales y Métodos.....	9
Resultados.....	11
Discusión.....	19
Conclusión.....	22
Referencias Bibliográficas.....	22
Anexos.....	25
Anexo 1: (Ficha de Recolección de Datos).....	26
Anexo 2: (Gráficos).....	27
Anexo 3:(Cronograma de Actividades).....	35



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA**



**MANEJO DE PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR.
ENRIQUE TEJERA EN EL PERIODO 2017 - 2020**

Autor: **Dr. González Rubén**
Tutor: **Dr. Claudio Romano**

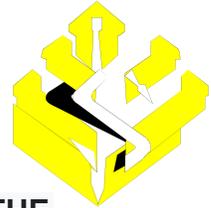
RESUMEN

En esta investigación se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, simple. En pacientes que ingresan al servicio de Cirugía de Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo 2017 a 2020. Se analizaron retrospectivamente 36 pacientes de los cuales 19 pacientes fueron de sexo masculino para un 52,77% de la muestra, mientras que 17 pacientes de sexo femenino para un 47,23% de la muestra. Con una edad promedio de 60,19 años. Se observó que solo 5 pacientes tenían antecedentes familiares de cáncer gástrico para un 13,89%. Además el 66,68% de los pacientes no tenían ningún hábito, mientras que 16,66% tenía hábitos de tabaquismo, 11,11% tenía hábitos de Tabaquismo más alcoholismo. El 44,47% presentó dolor abdominal, 16,66% pérdida de peso, 5,55% presento Melena y vómitos, solo 2,77% presento Dispepsia. Se observó que, del estudio ecográfico 80,6% No aportaron datos significativos para el estudio, un 55,67% de los pacientes No aportaron datos significativos en las TAC realizadas, en cuanto al diagnóstico el 27,83% le fue diagnosticado ADC Gástrico, Se observó que 25,03% de los pacientes le practico Laparotomía Exploradora + Toma de Biopsia, al 16,66% Gastrectomía Subtotal + Reconstrucción tipo Billroth II. Solo siete pacientes presentaron complicaciones postoperatorias.

Descriptores: Cáncer Gástrico, Laparotomía Exploradora, Cirugía general



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA



MANAGEMENT OF PATIENTS WITH GASTRIC CANCER IN THE
GENERAL SURGERY SERVICE OF THE “CIUDAD HOSPITALARIA DR.
ENRIQUE TEJERA” IN THE PERIOD 2017 - 2020

Autor: **Dr. González Rubén**
Tutor: **Dr. Claudio Romano**

ABSTRACT

In this investigation, a simple, retrospective, descriptive, cross-sectional study was carried out. In patients admitted to the Surgery Service of Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera in the period 2017 to 2020. 36 patients were retrospectively analyzed, of which 19 patients were male for 52.77% of the sample, while 17 patients were female for 47.23% of the sample. With an average age of 60.19 years. It was observed that only 5 patients had a family history of gastric cancer for 13.89%. Furthermore, 66.68% of the patients did not have any habit, while 16.66% had smoking habits, 11.11% had smoking habits plus alcoholism. 44.47% presented abdominal pain, 16.66% weight loss, 5.55% presented Melena and vomiting, only 2.77% presented dyspepsia. It was observed that, from the ultrasound study, that 80.6% did not provide significant data for this study, 55.67% of the patients did not provide significant data in the realized CT studies, in terms of diagnosis 27.83% were diagnosed Gastric ADC. It was observed that 25.03% of the patients underwent Exploratory Laparotomy + Biopsy Taking, and 16.66% Subtotal Gastrectomy + Billroth II reconstruction. Only seven patients presented postoperative complications.

Descriptors: Gastric Cancer, Exploratory Laparotomy, General Surgery

INTRODUCCIÓN

Una de las enfermedades agresivas y silenciosas que no respeta ni distingue clase social, género, edad; es el cáncer, siendo la localización gástrica una de las neoplasias malignas con alta tasa de mortalidad a nivel mundial. La mayoría de los pacientes con cáncer gástrico que presentan sintomatología son diagnosticados en etapas avanzadas, mientras que es muy raro la detección en etapas tempranas. La excepción a esto se da en países con altas tasas de incidencia donde realizan tamizajes precoces como en Japón y Chile¹.

El adenocarcinoma gástrico, es una causa principal de muerte por cáncer en todo el mundo y es el segundo y cuarto cáncer más común en hombres y mujeres, respectivamente². Además, representa 989,600 casos nuevos y 738,000 muertes al año. La tasa de letalidad es más alta que para la de las neoplasias del colon, mama y próstata. A pesar de los avances en el diagnóstico, la enfermedad se detecta generalmente después de la invasión de la capa muscular propia, porque la mayoría de pacientes experimentan síntomas vagos e inespecíficos en las primeras etapas y la tríada clásica de anemia, pérdida de peso, y el rechazo de los alimentos a base de carne se ve sólo en etapas avanzadas².

En todo el mundo, el cáncer de estómago es más habitual en Asia oriental, América del Sur y Europa oriental; es menos frecuente en Europa occidental, aunque es el quinto más frecuente del continente. Su frecuencia en varones es aproximadamente el doble que en las mujeres³. Suele diagnosticarse entre los 60 y 80 años. En el 2008 en Europa, 150000 personas fueron diagnosticadas con cáncer de estómago. La marcada variación en la

frecuencia del cáncer de estómago entre continentes y países se debe principalmente a diferencias en la alimentación y a los factores genéticos³.

En Europa un promedio de 1 o 2 de cada cien hombres, y entre 0,5 a 1 de cada cien mujeres presentará cáncer de estómago en algún momento de su vida⁴. Hay marcadas variaciones geográficas entre los países alrededor de todo el mundo, pero también entre los países de Europa. El cáncer de estómago es más frecuente en los países de Europa oriental y en Portugal, donde hasta 4 de cada cien hombres y 2 de cada cien mujeres presentarán la enfermedad en algún momento de su vida^{4,5}.

El cáncer gástrico es un tipo de crecimiento celular maligno producido con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos, en particular el esófago y el intestino delgado, causando cerca de un millón de muertes en el mundo anualmente⁵. En las formas metastásicas, las células tumorales pueden infiltrar los vasos linfáticos de los tejidos, diseminarse a los ganglios linfáticos y, sobrepasando esta barrera, penetrar en la circulación sanguínea, después de lo cual queda abierto virtualmente el camino a cualquier órgano del cuerpo⁵.

Para la estadificación del cáncer gástrico, se emplea el sistema TNM donde se valora tres aspectos, la letra T que describe el tamaño del tumor y la diseminación del cáncer hacia el tejido cercano; la letra N describe la diseminación del cáncer hasta los ganglios linfáticos cercanos y la letra M describe las metástasis. En tal sentido, La clasificación más aceptada para la estadificación del cáncer gástrico es la del TNM, la cual nos permite determinar el grado de invasión, la presencia de ganglios regionales y la existencia de metástasis. Este sistema nos permite decidir el tratamiento adecuado para cada estadio⁶.

La incidencia es muy variable en todos los países. Por ejemplo en los Estados Unidos presenta una mortalidad de 11.1, en Inglaterra de 22,1 y en Japón de 100,2 por 100,000⁶. Lo que demuestra la gran variabilidad que existe en varias regiones, a nivel mundial es la cuarta causa de muerte.⁶ A pesar de una disminución en el cáncer gástrico (CG) distal, los tumores proximales han ido en aumento en la incidencia desde 1970, especialmente entre los hombres en los países occidentales^{7,8}.

Estos tipos de tumores gástricos predominan en las poblaciones de diferentes ubicaciones geográficas, raciales y grupos socio-económicos. Ellos también pueden diferir en la susceptibilidad genética, perfil patológico, presentación clínica, y el pronóstico. Las diferencias observadas entre los cánceres gástricos por sitio anatómico sugieren que son enfermedades distintas con diferentes etiologías⁷. Los análisis detallados epidemiológicos de sus tendencias demográficas y factores de riesgo son fundamentales para elaborar futuras estrategias de lucha contra el cáncer gástrico⁸.

En Venezuela específicamente, las neoplasias gástricas constituyen el 37% de todos los tumores malignos del sistema digestivo y de los restantes, 33,5% corresponden a los hepatobiliares y 23% a los colo-rectales⁸. Siendo el estómago un órgano de encuentro primario para la alimentación y las sustancias propias y agregadas, desde hace tiempo se ha relacionado su incidencia con factores del entorno⁹.

Sin embargo, el cáncer de estómago es una enfermedad de etiología compleja que involucra múltiples factores de riesgo y múltiples alteraciones genéticas. El control de la infección por *H. pylori* por medio de su erradicación o la inmunización es probable que tenga un gran potencial en la prevención del cáncer de estómago. Además, cambios en los hábitos

alimenticios y estilo de vida podrían reducir la incidencia de cáncer de estómago, especialmente en áreas de alta prevalencia¹⁰.

El cáncer gástrico se presenta mayormente en pacientes del sexo masculino, los afectados comprende las edades de 61 a 80 años y el lugar más afectado resulta ser el antro y el píloro, es decir, las zonas bajas del estómago, las cuales a su vez son glándulas mucosas, siendo propicias para generar infecciones.¹⁰ Por otro lado, se ha establecido que la bacteria *Helicobacter Pylori* es responsable de que el 40% de la población mundial sufra de inflamación crónica en las paredes del estómago; es asintomática, pero relacionada con el cáncer¹¹.

En relación al *Helicobacter Pylori*, la Organización mundial de la Salud (OMS) nos indica es un agente cancerígeno, de clase I. Esta bacteria genera deficiencias en la absorción de nutrientes que pueden comprometer el estado nutricional de los individuos afectados y vincularse con la aparición de lesiones malignas¹¹. Actualmente, se conoce que el porcentaje de presencia de esta bacteria se acerca al 70%. El riesgo promedio de que una persona padecerá cáncer de estómago en el transcurso de su vida es de alrededor de 1 en 111. El riesgo es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres, y también puede ser afectado por un número de otros factores¹².

Se ha señalado que el hecho de que las poblaciones que migran de un país con alta incidencia, a otro donde es baja, muestren a partir de la segunda generación, un descenso significativo de casos de cáncer gástrico, sugiere que la causa puede ser ambiental, y que existe un factor causal en los hábitos alimenticios¹³. El cáncer de estómago puede ser difícil de detectar en sus inicios ya que a menudo no hay síntomas, y en muchos casos, el cáncer se ha extendido antes de que se encuentre.

Cuando ocurren los síntomas, son a menudo tan discretos que la persona no se preocupa por ellos. Unos de los aspectos claves para el éxito en el tratamiento del cáncer gástrico, es su detección precoz, porque si se diagnostica en estadios tempranos, es curable en más de 50% de los pacientes. Sin embargo, en la actualidad, la enfermedad en estadio inicial solo representa de 10 a 20% de todos los casos diagnosticados en los Estados Unidos. El resto de los pacientes padece enfermedad metastásica¹⁴.

Aún con enfermedad localizada, la tasa de supervivencia a cinco años en pacientes con cáncer del estómago proximal solo alcanza entre 10 y 15%. Aunque el tratamiento de pacientes con cáncer gástrico diseminado puede lograr la paliación de los síntomas y cierta prolongación de la supervivencia, las remisiones prolongadas son poco frecuentes¹⁴.

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030, cuando pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. Cada año se producen más de 85.000 nuevos casos de cáncer de estómago y 65.000 muertes por éste tipo de cáncer en las Américas, estimándose según proyecciones, que en el año 2030 se presentarán más de 138.000 casos nuevos y 107.000 muertes por cáncer de estómago en la región¹⁵.

Además el 60% de los nuevos casos y muertes por cáncer de estómago en las Américas se presentan en hombres, destacándose en Latinoamérica, Chile, Costa Rica y Ecuador por su mortalidad de más de 40 por 100,000 habitantes, mientras que Argentina, Cuba y Puerto Rico presentan tasas de mortalidad menores a la media latinoamericana¹⁶.

Al realizar la revisión literaria del manejo de Cáncer nos encontramos un estudio de Sánchez, L. (2016) Factores clínicos y epidemiológicos del cáncer de estómago en pacientes atendidos en centro de salud Cantón de Ecuador, cuyo resultado fueron edad media fue de 57 ± 2 años, en un (52,6%) de los casos, un 10,5% eran menores de 35 años, mayor incidencia del cáncer gástrico en el sexo masculino en un 52,6% mientras que el femenino en 47,4%, el 100% de los pacientes tenían algún antecedente de cáncer o pólipos intestinales en familiares cercanos, el 70,2% presento dolor abdominal, 31,6% pérdida de peso, un 5,3% fue asintomático, el 50,9% pacientes estuvieron con algún síntoma digestivo por más de un año, mientras que el resto permaneció con los síntomas menos de 6 meses¹⁷.

Otro estudio realizado en Chile en el (2015) por Martinich, M sobre Pacientes con Cáncer Gástrico atendidos en el hospital Regional de Punta Arenas, cuyos resultados obtenidos fueron: 96 casos; 77.1% fueron hombres y 22.9% mujeres, con promedio de edad de 66 y 67 años en hombres y mujeres respectivamente. La baja de peso y la epigastralgia fueron la causa más frecuente de consulta. El 88.5% fueron avanzados, 6.3% intermedios y 5.2% incipientes; observándose lesiones Borrmann IV en el 56.3%. El tumor se localizó en dos tercios o más del estómago en el 35.4% de los pacientes. El 59.4% de los casos con histología, fueron de tipo intestinal (Lauren) y 27.1% de tipo difuso. El 95.8% pudo ser estadificado según TNM: 8.3% etapa I; 4.2% II; 8.3% III; 75% IV¹⁸.

Estudio realizado por Andrade C. (2016) ¹⁹. Identificación de Prevalencia, Factores de Riesgo y Métodos Resolutivos Quirúrgicos Y/O Paliativos en Pacientes con Cáncer Gástrico del Hospital Carlos Andrade Marín en el Periodo Enero a Diciembre 2016. Es un estudio descriptivo de tipo transversal retrospectivo que se llevó a cabo en 236 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cáncer gástrico, en donde se realizó un análisis

estadístico univariado y bivariado usando la prueba chi cuadrado, mediante el programa estadístico SPSS versión 23,0. El diagnóstico de cáncer gástrico tuvo una prevalencia del 0,08% en el servicio de cirugía general, el 0,2% del servicio de gastroenterología, y el 1,77% del servicio de oncología. La edad promedio de los pacientes fue $63,05 \pm 14,25$; hubo una prevalencia de 61% de hombres y 39% de mujeres, lo que representa una relación 1,5:1. La frecuencia de los factores asociados a cáncer gástrico en los pacientes fue: *Helicobacter pylori* 46%, tabaco 35%, alcohol 36%, grupo sanguíneo ARH+ 13.1%, antecedentes familiares de cáncer gástrico 12%. El tipo de cáncer más frecuente de cáncer gástrico fue el adenocarcinoma con un 89%, de los cuales el subtipo más frecuente fue el difuso con un 60% vs 40% intestinal. La localización más frecuente fue el antro con un 39%, seguido del cuerpo con un 22,7%. El estadio más frecuente según el TNM fue el IV con un 32%. El lugar más frecuente de metástasis fue el peritoneo con un 32,78%, seguido del hígado con un 19,67% y el pulmón con un 13,11%. Aproximadamente el 80% requirió intervención quirúrgica en el transcurso de su enfermedad, de los cuales el 86% fue realizado con intención curativa y el 16% con fin exploratorio. El procedimiento realizado con más frecuencia fue la gastrectomía total con un 49%, seguido por la gastrectomía subtotal con un 34%; estos procedimientos fueron realizados con fin curativo.

Estudio realizado por Pérez S, et al (2014) sobre caracterización del cáncer gástrico en pacientes del distrito sanitario Tovar con el Objetivo de caracterizar a los pacientes con cáncer gástrico y precisar su evolución con el tratamiento indicado, de 50 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico. El 46 % de los pacientes tuvo antecedentes de gastritis, el 22 % de úlcera y el 60 % historia familiar de tumores digestivos, los cuales el 35,3% recibió tratamiento paliativo, el 25,85% curativo²⁰. Conclusiones: los pacientes afectados fueron fundamentalmente los ancianos del sexo masculino, con antecedentes personales de enfermedad gástrica, exposición a tóxicos y

antecedentes familiares de enfermedad tumoral digestiva o extradigestiva. Tuvieron mejor pronóstico los que recibieron tratamiento quirúrgico solo o combinado²⁰.

Payet, (2013), de acuerdo al estudio sobre 204 pacientes con diagnóstico de Cáncer Gástrico Temprano, de 94 pacientes con Cáncer Gástrico Intramucoso la incidencia de metástasis ganglionar fue de 2.2% y en los 110 pacientes con Cáncer Gástrico Submucoso, la incidencia de compromiso ganglionar fue del 24.6%; debiéndose precisar que los dos pacientes con compromiso intramucoso y metástasis ganglionar, presentaron ambos la variedad del tipo IIC y con diámetros de 6 y 14 centímetros, aplicando procedimientos quirúrgicos a 32,5% Gastrectomía Subtotal + Gastroenteroanastomosis en Y de Roux²⁰. De acuerdo a este mejor conocimiento de la enfermedad, se hace evidente que aquellos pacientes con compromiso de la submucosa, se les practico tratamiento quirúrgico necesariamente por la alta incidencia de compromiso metastásico ganglionar²¹.

En relación a la relevancia de este estudio, esta investigación resultara conveniente ya que permitirá evaluar los principales elementos clínicos y epidemiológicos asociados al cáncer gástrico en pacientes del servicio de cirugía general, de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, dónde se ha reportado una alta incidencia de esta afección en el pasado. Presentará gran relevancia social e implicación práctica ya que sirvió de punto de partida para trazar estrategias de prevención y diagnóstico precoz del cáncer gástrico. También nos brindara información sobre su real beneficio en nuestra población, que tiene características propias tanto genéticas como ambientales, además estos estudios hablan de estas patologías en general. Los datos obtenidos nos darán un panorama actual y real de cómo utilizar lo encontrado en las literaturas para el diagnóstico en nuestra población;

mejorando la calidad de vida de los pacientes. La información generada en este trabajo puede ser utilizada para fomentar investigaciones en otras ciudades del país, teniendo mayor base científica para generar programas de salud que mejoren la forma de tratar a pacientes con esta patología.

Por lo anteriormente planteado surgen los objetivos de investigación, los cuales formulamos:

- ❖ Identificar los pacientes con Cáncer Gástrico en cuanto a los datos clínicos y la sintomatología en el periodo 2017-2020.
- ❖ Cuantificar y comparar los diagnósticos histopatológicos a cada uno.
- ❖ Observar el manejo que se realizó en ese periodo en cuanto a que protocolo de diagnóstico se realizó (exámenes preoperatorios, endoscopia, tomografías entre otros) para estadificar en base a eso a los pacientes.
- ❖ Determinar en cuanto a la estadificación que pacientes fueron operados y a cuáles se le indicó tratamiento paliativo, que técnica quirúrgica se utilizó en los pacientes.
- ❖ Determinar las complicaciones de los pacientes postoperados.

Materiales y Métodos

Posterior a la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique tejera” se realizó un estudio retrospectivo, bibliográfico, descriptivo de corte transversal, simple²², de pacientes que presentaron Cáncer de Gástrico que acudieron al servicio de cirugía general de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique tejera” en el periodo 2017-2020.

La muestra fue no probabilística de tipo intencional²³. El diseño fue bibliográfico, de tipo documental²⁴ pues se fundamentó en la revisión sistemática rigurosa y profunda de material documental de cualquier clase.

Se escogió este diseño porque se utilizaron historias clínicas como fuente de evidencia para recolectar la información. El nivel que se alcanzó fue descriptivo, cuyo propósito fue interpretar realidades del hecho²⁴. Incluyo la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos del fenómeno de estudio.

La población estuvo constituida por las historias clínicas de pacientes con Cáncer de Gástrico que acudieron al servicio de cirugía general de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera presentando síntomas asociados a esta patología clínica, durante el periodo 2017 - 2020.

Entre de los criterios de inclusión se tomaron en cuenta:

- 1.-Pacientes que hayan sido ingresados bajo el diagnóstico de Cáncer Gástrico o Cáncer de Estomago
- 2.- Pacientes que se haya realizado su diagnóstico durante su hospitalización durante el periodo 2017 – 2020.

Los criterios de exclusión serán:

- 1.-Pacientes sin diagnostico Histopatológicos,
- 2.-Pacientes que no cumplan con estudios suficientes para ser estadificados,
- 3.-Pacientes quienes no se tengan registro hospitalario del manejo de la patología (quirúrgico, curativo o paliativo).

Sin la Técnica e Instrumento de Recolección de Datos, La investigación no tiene significado²⁵. Estas técnicas conducen a la verificación del problema planteado. La técnica fue la revisión de historias médicas en los archivos de la Ciudad Hospitalaria Dr. “Enrique Tejera” y la documentación de los hallazgos, sistematizando los aspectos de interés y dar respuesta al propósito del estudio²⁵. Para la recolección de los datos de esta investigación se empleó la técnica de la revisión de documentos a través de la revisión documental, y se llevó a cabo por medio de la exploración de historias

clínicas. Se utilizó como instrumento de recolección de datos la hoja de registro diseñada en base a los objetivos de la investigación.

Para el Análisis de Resultados o Estadístico se utilizó la estadística descriptiva por distribución de frecuencias según las dimensiones establecidas en la hoja de registro²⁴. Posteriormente, los resultados se procesaron a través del paquete Excel Microsoft office 2010 y se presentaron en tablas estadísticas que expresaron las frecuencias absolutas y relativas²⁴.

El análisis de contenido cuantitativo a partir de las frecuencias tuvo como objetivo cuantificar la data, establecer la frecuencia y comparaciones de frecuencia de aparición de los elementos como unidades de información o significación²⁴ que ayudó a presentar los resultados y desde ellos, se logró el análisis y la interpretación respectivos. Finalmente, se presentaron las conclusiones y, las recomendaciones pertinentes.

Resultados

En este apartado se realizó las tablas estadísticas de frecuencias que arrojaron los hallazgos encontrados en la revisión de historias de los pacientes que presentaron Cáncer de Gástrico que acudieron al servicio de cirugía general de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique tejera” en el periodo 2017-2020.

Tabla N° 1 Edad de pacientes con Cáncer Gástrico

Edad	f	%
20 - 28	1	2,77
29 - 37	1	2,77
38 - 46	2	5,55
47 - 55	7	19,44
56 - 64	13	36,15
65 - 73	7	19,44
74 - 82	3	8,33
> 83	2	5,55
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

Se observó que de 36 pacientes que presentaron Cáncer Gástrico, la edad promedio fue de 60,19 años, el mayor número de pacientes se ubicó en el rango de edad entre 56 a 64 años con 13 pacientes para un 36,15% de la muestra, seguido de los rangos 47 a 55 años y 65 a 73 años con 7 pacientes cada uno para un 19,44% cada uno.

Tabla N° 2 Sexo de pacientes con Cáncer Gástrico

Sexo	f	%
Masculino	19	52,77
Femenino	17	47,23
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

Se evidenció que el sexo predominante fue el sexo masculino con 19 pacientes para un 52,77% en relación al femenino con 17 pacientes para un 47,23%.

Tabla N° 3 Antecedentes familiares de Pacientes con Cáncer Gástrico

Antecedentes Familiares	f	%
Si	5	13,89
No	31	86,11
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

En referencia a los antecedentes familiares se observó que solo 5 pacientes tenían antecedentes familiares de cáncer gástrico para un 13,89%, los restantes 86,11% de los pacientes no presentaron antecedentes familiares.

Tabla N° 4 Hábitos Psicobiológicos de Pacientes con Cáncer Gástricos

Hábitos Psicobiológicos	f	%
Tabaco	8	22,22
Alcohol	4	11,11
Ningún hábito	24	66,68
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

En relación a los Hábitos Psicobiológicos de pacientes con cáncer gástrico se evidencio 66,68% de los pacientes no tenían ningún hábito, mientras que 22,22% tenía hábitos de tabaquismo, solo 11,11% tenía hábitos de alcoholismo.

Tabla N° 5 Síntomas Predominantes en el Cuadro Clínico con Cáncer Gástrico

Síntomas Predominantes en el Cuadro Clínico	f	%
MELENA	2	5,55
DOLOR ABDOMINAL	16	44,47
INTOLERANCIA A VIA ORAL	9	25
PÉRDIDA DE PESO	6	16,66
VOMITOS	2	5,55
DISPEPSIA	1	2,77
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

De los síntomas predominantes en el cuadro clínico presentados por los pacientes con Cáncer Gástrico se evidenció que el 44,47% presentó dolor abdominal, 16,66% pérdida de peso, 5,55% presento Melena y vómitos, solo 2,77% presentó Dispepsia.

Tabla N° 6 Otros Síntomas Presentados por Pacientes Con Cáncer Gástrico

Otros Síntomas	f	%
Dolor Abdominal	5	13,89
Náuseas	3	8,33
Vómitos	6	16,66
Perdidas de Peso	8	22,22
Reflujo Gastroesofágico	5	13,89
Intolerancia Vía Oral	2	5,55
Dispepsia	2	5,55
Melena	2	5,55
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

De los 36 pacientes que acudieron al servicio de cirugía general de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique tejera en el periodo 2017 al 2020, se observó que 22,22% presentaron otros síntomas como Pérdida Peso, seguidos de

16,66% otros síntomas como vómitos, un 13,89% presento otros síntomas como Dolor Abdominal, el otro 13,89% presentó otro síntomas Reflujo Gastroesofágico, un 8,33% presentó otros síntomas como Nauseas, los síntomas como Intolerancia Vía Oral, Dispepsia, Melena se presentaron en un 5,55% cada uno.

Tabla N° 7 Resultados de Ecografía de Pacientes con Cáncer Gástrico

Resultados Ecografía	f	%
Dilatación gástrica	2	5,55
Metástasis Hepática	1	2,77
Líquido ascítico	1	2,77
Hepatomegalia	1	2,77
Esplenomegalia	1	2,77
Engrosamiento de la pared gástrica	1	2,77
No aportaron datos significativos	29	80,6
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

En relación a los resultados del estudio ecográfico se observó, que 2 pacientes mostraron Dilatación Gástrica un 5,55%, 1 paciente mostró Metástasis Hepática en 2,77%, otro paciente mostró Líquido Ascítico en 2,77%, 1 paciente mostró Hepatomegalia en 2,77%, 1 paciente mostró Esplenomegalia en 2,77% y por último 1 paciente mostró engrosamiento de la pared gástrica en 2,77%. Se evidencio que en el 80,6% de las historias no aportaron datos significativos.

Tabla N° 8 Resultados de Estudio del TAC en Pacientes Con Cáncer Gástrico

Resultados del TAC	f	%
Metástasis Hepática	2	8,33
Disminución de la Luz del Píloro	2	8,33
Tumor Visible,	5	13,88
Engrosamiento de la Pared Gástrica Metástasis Hepática	7	19,44
Metástasis Pulmonar, Liquido Ascítico, Hepatoesplenomegalia	2	5,55
Engrosamiento de la Mucosa Gástrica con Disminución del Lumen	1	2,77
Estenosis Pilórica	1	2,77
Estomago Distendido de Paredes Engrosadas	1	2,77
HEPATOESPLENOMEGALIA, LIQUIDO ASCITICO	1	2,77
Adenopatías Perigástrica	1	2,77
No aportaron datos significativos en el TAC	13	36,11
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

Se pudo observar que de los resultados del estudio del TAC en pacientes con Cáncer Gástrico, en cuanto a los resultados un 19,44% arrojó con Engrosamiento de la pared gástrica, 13,88% Tumor visible, 8,33% Metástasis Hepática, y Disminución de la luz del Píloro, 2,77% Estomago distendido de paredes engrosadas, 2,77% en cada uno, Adenopatías Perigástrica, entre otros. Además se observó, que 36,11% de los pacientes no aportaron datos significativos en este estudio en el TAC.

Tabla N° 9 Resultados de la Endoscopia

Resultados de la Endoscopia	f	%
Bormann II	5	13,89
Bormann III	18	50,01
Bormann IV	8	22,22
Bormann V	1	2,77
No	1	2,77
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

Se evidenció que los resultados de la endoscopia que 50,01% mostró Bormann III, el 22,22% Bormann IV, y 13,89% Bormann II, solo un paciente mostró Bormann V en un 2,77%.

Tabla N° 10 Localización de las Lesiones

Localización de las Lesiones	f	%
UNION GASTROESOFAGICA	4	11,11
ANTRO GASTRICO	18	50
CURVATURA MENOR	3	8,33
CURVATURA MAYOR	6	16,66
PILORO	2	5,55
FUNDUS GASTRICO	3	8,33
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

Se pudo observar en cuanto a la localización de las lesiones que 505 de estas se localizaron en el Antro Gástrico, 16,66% en Curvatura mayor, 11,11% en la Unión Gastroesofágica, un 8,33% en Curvatura Menor y otro 8,33% en Fundus Gástrico, solo el 5,55% en el Píloro.

Tabla N° 11 Resolución Quirúrgica después del diagnóstico Pacientes Con Cáncer Gástrico

Resolución Quirúrgica	f	%
Electiva	27	75
Emergencia	9	25
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

Se evidenció que de 36 pacientes con Cáncer Gástrico, 75% de la resolución quirúrgica después del diagnóstico, fue a través de la cirugía electiva, mientras que 25% fue por cirugía de emergencia.

Tabla N° 12 Resultados de Biopsia de Pacientes con Cáncer Gástrico

RESULTADOS DE LA BIOPSIA	f	%
ADC GASTRICO POCO DIFERENCIADO	12	33,4
ADC GASTRICO POCO DIFERENCIADO INFILTRANTE	3	8,33
ADC GASTRICO MODERADAMENTE DIFERENCIADO CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO	1	2,77
ADC GASTRICO MODERADAMENTE DIFERENCIADO	10	27,77
ATIPIA CELULAR MARCADA	1	2,77
ADC GASTRICO POCO DIFERENCIADO CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO	2	5,55
ADC GASTRICO MODERADAMENTE DIFERENCIADO TIPO INTESTINAL	2	5,55
ADC GASTRICO DIFUSO INFILTRANTE CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO	1	2,77
GASTRITIS CRONICA + H. PYLORI	1	2,77
ADC GASTRICO POBREMENTE DIFERENCIADO INFILTRANTE	1	2,77
ADC GASTRICO POBREMENTE DIFERENCIADO CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO	1	2,77
TUMOR DE GIST	1	2,77
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

En referencia a los resultados de la Biopsia efectuada a los pacientes con Cáncer Gástrico, se evidencio que 33,4% de los pacientes presentó Adenocarcinoma Gástrico Poco Diferenciado, el 27,77% de los pacientes presentaron ADC Gástrico Moderadamente Diferenciado, seguido del 8,33% ADC Gástrico Poco Diferenciado infiltrante, un 5,55% presentó ADC Gástrico Poco Diferenciado con Células en anillo de sello, otro 5,55% presentó ADC Moderadamente Diferenciado Tipo Intestinal, 2,77% mostró Atipia Celular Marcada, otro 2,77% Gastritis Crónica + H. PYLORI, 2,77% Tumor de GIST

Tabla N° 13 Estadios del Cáncer Gástrico

Estadios del Cáncer Gástrico	f	%
IVB	13	36,15
IVA	5	13,89
IIB	3	8,33
I	5	13,89
IIA	3	8,33
III	7	18,44
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

Se evidenció que 36,15% mostró estadio (IVB), 18,44% mostró estadio (III) el 13,89 % mostró estadio (IVA) Otro, 13,89% mostró estadio (I), un 8,33% mostró estadio (IIB), el otro 8,33% mostró estadio (IIA).

Tabla N° 14 Conducta Asumida por Cirujanos en la Atención de Pacientes con Cáncer Gástrico

Conducta	f	%
Paliativa	18	50,01
Curativa QX + Ayuvancia	2	5,55
Curativa	16	44,45
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

En referencia a la conducta asumida por cirujanos en la atención de pacientes con Cáncer Gástrico se evidenció que 50,01% de los pacientes se le aplicó tratamiento Paliativo, el 44,45% fue curativa, solo 5,55% de los pacientes fue Curativa QX + Ayuvancia.

Tabla N° 15 Hallazgo QX en Pacientes con Cáncer Gástrico

Hallazgo QX	f	%
CARCINOMATOSIS PERITONEAL	5	13,89
Infiltración Tumoral a Páncreas, Plastrón Ganglionar en Tronco Celiaco	1	2,77
TU UNION GASTROESOFAGICA	4	11,11
TU EN ANTRO PILORICO	1	2,77
TU GASTRICO PREPILORICO	1	2,77
TU EN ANTRO GASTRICO	11	30,6
TU ANTRO PILORICO, MT HEPATICA	3	8,33
CARCINOMATOSIS PERITONEAL, TU CUERPO GASTRICO	5	13,89
TUMOR EN ANTRO QUE INFILTRA GANGLIOS CELIACOS Y PANCREAS	1	2,77
TU DE FONDO Y CUERPO GASTRICO	3	8,33
No Aparentes	1	2,77
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

Dentro de los hallazgo quirúrgico se observó que 30,6% de los pacientes se encontró con Tumor en Antro Gástrico, seguido de un 13,89% presentó Carcinomatosis Peritoneal, otro 13,89% , CARCINOMATOSIS PERITONEAL + Tumor Cuerpo Gástrico, un 11,11% Tumor Unión Gastroesofágica, un 8,33% Tumor Antro Pilórico + Metástasis Hepática, otro 8,33% Tumor de Fondo y Cuerpo Gástrico.

Tabla N° 16 Procedimientos Quirúrgicos

Procedimientos Quirúrgicos	f	%
YEYUNOSTOMIA	3	8,33
GASTRECTOMIA TOTAL + ESOFAGOYEYUNOANASTOMOSIS	2	5,55
GASTROSTOMIA	3	8,33
HEMIGASTRECTOMIA + BILROTH II	1	2,77
GASTRECTOMIA SUBTOTAL DISTAL + BILROTH II	12	33,4
HEMIGASTRECTOMIA + BILROTH II + EXERESIS DE MT HEPATICA	1	2,77
LAPAROTOMIA EXPLORADORA + TOMA DE BIOPSIA	9	25,03
GASTROENTEROANASTOMOSIS	1	2,77
GASTRECTOMIA SUBTOTAL PROXIMAL DEL 50% + ESOFAGOGASTROANASTOMOSIS TL	1	2,77
GASTRECTOMIA TOTAL + ESOFAGOYEYUNOANASTOMOSIS	1	2,77
GASTRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA	1	2,77
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

En referencia a los procedimientos quirúrgicos se evidenció que 33,4% de los pacientes se le practicó Gastrectomía subtotal distal +Bilroth II, 25,03% de los pacientes le practico Laparotomía Exploradora + Toma de Biopsia, al 8,33% Yeyunostomia, al otro 8,33% Gastrostomía, al 5,55% Gastrectomía total + Esofagoyeyunoanastomosis, 2,77% HEMIGASTRECTOMIA + BILROTH II, 2,77% GASTROENTEROANASTOMOSIS, entre otros.

Tabla N° 17 Complicaciones

Complicaciones	f	%
Muerte Post Operatorio Mediato	4	11,11
COLECCIÓN INTRAABDOMINAL	1	2,77
FISTULA ENTEROCUTANEA	1	2,77
CARCINOMATOSIS PERITONEAL	1	2,77
SANGRADO POSOPERATORIO	1	2,77
FUGA DE MUÑON DUODENAL	1	2,77
No presentaron complicaciones postoperatorias	28	77,77
Total	36	100

Fuente: González, R. 2021

De 36 pacientes que presentaron Cáncer Gástrico en el periodo 2017-2020, se evidenció que 77,77% no presentaron complicaciones postoperatorias, solo nueve pacientes presentaron complicaciones después de la intervención quirúrgica.

Discusión

Los 36 pacientes que presentaron Cáncer Gástrico que acudieron al servicio de cirugía general de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique tejera” en el periodo 2017-2020, la edad promedio fue de 60,19 años, el mayor número de pacientes se ubicó en el rango de edad entre 56 a 64 años con 13 pacientes para un 36,15%, el sexo predominante fue sexo masculino con 19 pacientes para un 52,77% en relación al femenino con 17 pacientes para un 47,23%, los antecedentes familiares se observó que solo 5 pacientes tenían antecedentes familiares con cáncer para un 13,89%, en comparación con el estudio realizado por Sánchez, L. (2016) cuyo resultado fueron edad media fue de 57 ± 2 años, en un (52,6%) de los casos, un 10,5% eran menores de 35 años, mayor incidencia del cáncer gástrico en el sexo masculino en un 52,6% mientras que el femenino en 47,4%, el 100% de los pacientes tenían algún antecedente de cáncer o pólipos intestinales en familiares cercanos. Esto significa que en este estudio la población estudiada tenía mayor edad,

pero igual similitud en cuanto al sexo, y una diferencia marcada en referencia a los antecedentes familiares.

En relación a los estudios practicados a los pacientes, estudio ecográfico se observó, que 2 pacientes mostraron Dilatación Gástrica un 5,55%, 1 paciente mostró Metástasis Hepática en 2,77%, otro paciente mostró Líquido Ascítico en 2,77%, 1 paciente mostró Hepatomegalia en 2,77%, 1 paciente mostró Esplenomegalia en 2,77% y por último 1 paciente mostró engrosamiento de la pared gástrica en 2,77%. Se evidencio que en el 80,6% No aportaron datos significativos del estudio ecográfico, el estudio del TAC, 55,67% de los pacientes No aportaron datos significativos este estudio, al 27,83% le fue diagnosticado ADC Gástrico, seguido del 22,22% con Tumor Antro Gástrico, 16,66% con SX Pilórico, 5,55% con Tumor Unión Gastroesofágica Y Obstrucción Intestinal, en comparación con el estudio realizado por Andrade, C. (2016) El tipo de cáncer más frecuente de cáncer gástrico fue el adenocarcinoma con un 89%, de los cuales el subtipo más frecuente fue el difuso con un 60% vs 40% intestinal. La localización más frecuente fue el antro con un 39%, seguido del cuerpo con un 22,7%.

Los Estadios del cáncer gástrico se evidenciaron 36,15% (IVB), 18,44% (III), 13,89 % (IVA), 13,89% (I), 8,33% (IIB), 8,33% (IIA) que de acuerdo a la literatura investigada, y estudio realizado Andrade C. (2016) cuyo resultados arrojaron que el estadio más frecuente según el TNM fue el IV con un 32%. El lugar más frecuente de metástasis fue el peritoneo con un 32,78%, seguido del hígado con un 19,67% y el pulmón con un 13,11%.

En relación a la conducta asumida por cirujanos en la atención de pacientes con Cáncer Gástrico se evidenció que 50,01% de los pacientes se le aplicó tratamiento Paliativo, el 44,45% fue curativa, solo 5,55% de los pacientes fue Curativa QX + Ayuvancia, dentro de los hallazgo quirúrgico se observó que

30,6% de los pacientes se encontró con Tumor en Antro Gástrico, seguido de un 13,89% presentó Carcinomatosis Peritoneal, Tumor Cuerpo Gástrico, un 11,11% Tumor Unión Gastroesofágica, un 8,33% Tumor Antro Pilórico, Metástasis Hepática, otro 8,33% Tumor de Fondo y Cuerpo Gástrico, en comparación al estudio realizado por Pérez S, et al (2014) los cuales el 35,3% de los pacientes recibió tratamiento paliativo, el 25,85% curativo, los hallazgo quirúrgico 50 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico.

En referencia a los procedimientos quirúrgicos se evidenció que 25,03% de los pacientes le practico Laparotomía Exploradora + Toma de Biopsia, al 16,66% Gastrectomía Subtotal + Gastroenteroanastomosis en Y de Roux, al 13,89% Gastrectomía Subtotal + Gastroenteroanastomosis en Asa en Omega + Pie de Braun, de 36 pacientes que presentaron Cáncer Gástrico, se evidenció que 80,59% no presentaron complicaciones después de la intervención quirúrgica, solo siete pacientes presentaron complicaciones, en comparación con el estudio realizado por Payet, (2013) al 32,5 % de los pacientes se le aplicó Gastrectomía Subtotal + Gastroenteroanastomosis en Y de Roux.

Conclusión

Los pacientes sometidos a cirugía por cáncer gástrico fueron en su mayoría adultos entre 56 a 64 años, con una edad promedio de 60,19 años. Del mismo modo, se encontró que predominó el sexo masculino. Fue la región del antro, siendo la gastrectomía subtotal el tipo de cirugía más frecuente. Las lesiones malignas se detectadas principalmente en el antro, cuerpo y fondo, los principales diagnósticos reportados en los casos fueron: adenocarcinoma tipo intestinal, adenocarcinoma pobremente diferenciado y carcinoma moderadamente diferenciado.

El estadio más frecuente en el que fueron vistos los pacientes con cáncer gástrico fue el IV, en el cual ya presentan metástasis. La localización más frecuente de cáncer gástrico, principalmente en antro en 50% y la curvatura mayor en 16,66%. La mayoría de pacientes requirió resolución quirúrgica durante el transcurso de su enfermedad, en donde la Gastrectomía Subtotal Distal + Bilroth II, fue el procedimiento más frecuentemente realizado. El 50% de los pacientes con cáncer gástrico requirió tratamiento paliativo, un 44,41% curativo.

Referencias Bibliográficas

1. Mansfield, Paul F. M. Clinical features, diagnosis, and staging of gástric Cáncer UpToDate.2017
2. Rodríguez Santiago JM, Sasako M, Osorio J. TNM 7.a edición 2009 (UICC/AJCC) y Clasificación Japonesa 2010 en Cáncer Gástrico. Hacia la simplicidad y estandarización en el manejo del cáncer gástrico. Cir Esp.2011;89(5):275-81.
3. Ajani JA, D' Amico TA, Baggstrom M, Bentrem DJ, Chao J, Das P, y otros. Gastric Cáncer, versión 5.2017,NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. NCCN; 2017.
4. Espejo Rh., Navarrete Sj.: Cáncer Gástrico Temprano. Patología del Aparato Digestivo. Gastrum 1996; 122:14-34.
5. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012: Globocan 2012. Int J Cancer (Internet).1-10-2020 (citado 15-12 2020); 136(5):E359-86. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/ijc.29210>
6. Accarino, A., Alarcón, O., Alcedo, J., Almela, P., Alós, R., García, M., & Arroyo, T. (2010). Tratamiento de las enfermedades

gastroenterológicas. Retrieved from <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo25.pdf>

7. Barr R. Incidence and incidence trends of the most frequent cancers in adolescent and young adult Americans, including "nonmalignant/noninvasive" tumors. *Cancer*. 2016 Abril; 122.
8. Fan Zhou. Gastric Carcinomas in Young (Younger than 40 Years) Chinese Patients. *Medicine*. 2016 Marzo; 95.
9. Alonso Amelot ME, Avendaño M (2001) Possible association between gastric cancer and bracken fern in Venezuela. An epidemiological study. *Int. J. Cancer* 91: 252-259.
10. Leung WK, Lin SR, Ching JYL, To KF, Ng EKW, Chan FKL, Lau JYW, Sung JYJ (2004) Factors predicting progression of gastric intestinal metaplasia: results of a randomised trial on *Helicobacter pylori* eradication. *Gut* 53: 1244-1249.
11. Llorens P. Lesiones Gástricas Elevadas. In Llorens P., Kiyonari H. Eds., Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades del Tubo Digestivo Alto, Japan International Cooperation Agency 1987; Capítulo III- 6: 311-342.
12. Fuccio L, Zagari Rm, Minardi Me et al. Systematic review: Helicobacter pylori eradication for the prevention of gastric cancer. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007 Jan 15;25(2): 133-41.
13. RUIZ E, BARREDA F, CELIS J. y col. Cáncer Gástrico: historia natural, diagnóstico y resultados de tratamiento. INEN 1950-1999. Informe final del proyecto de investigación financiado por Concytec, Lima-Perú
14. Ramos Muñoz W, Venegas DR. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013. Lima; 2013.
15. OMS | Perfiles oncológicos de los países, 2018. WHO(Internet). 2020 (cited 2020 -12 -17); Available from: <http://www.who.int/cancer/country-profiles/es/>

16. Boletín informativo sociedad Anticancerosa de Venezuela Disponible En: <https://www.cancervenezuela.org/publicaciones/pronosticos-mortalidad-incidencia-cancer-venezuela-2018>
17. Sánchez, L. (2016) Factores clínicos y epidemiológicos del cáncer de estómago en pacientes atendidos en centro de salud Cantón de Ecuador.
18. Martinich, M (2015) Pacientes con Cáncer Gástrico atendidos en el hospital Regional de Punta Arenas Chile.
19. Zambrano G.(2013) Prevalencia de los factores de riesgo para cáncer gástrico en universitarios. Universidad de Santander Colombia.
20. Pérez S, y otros (2014) caracterización del cáncer gástrico en pacientes del distrito sanitario Tovar, Universidad de los Andes Mérida.
21. Payet C, Montalbetti JA,(2013) Cáncer Gástrico Temprano estudio en 371 lesiones en 204 pacientes en el Hospital E. Rebagliati M. Lima - Perú.
22. Palella Stracuzzi, Santa. Metodología de la Investigación Cuantitativa. (2006).(2da ed.). Editorial FEDUPEL. Caracas-Venezuela.
23. Montes F. y Marti R.. (2003) Análisis estadístico con Microsoft Excel Universidad de Valencia Departamento de Estadística e Investigación Operativa https://www.uv.es/~montes/seguridad/practicas_excel.pdf
24. Balestrini (2006) "Como se Elabora el Proyecto de Investigación". BI Consultores Asociados. Caracas, Venezuela. (Pag. 125)
25. Tamayo, M. (2007). Diccionario de la investigación científica. (2da. ed.). México: Limusa

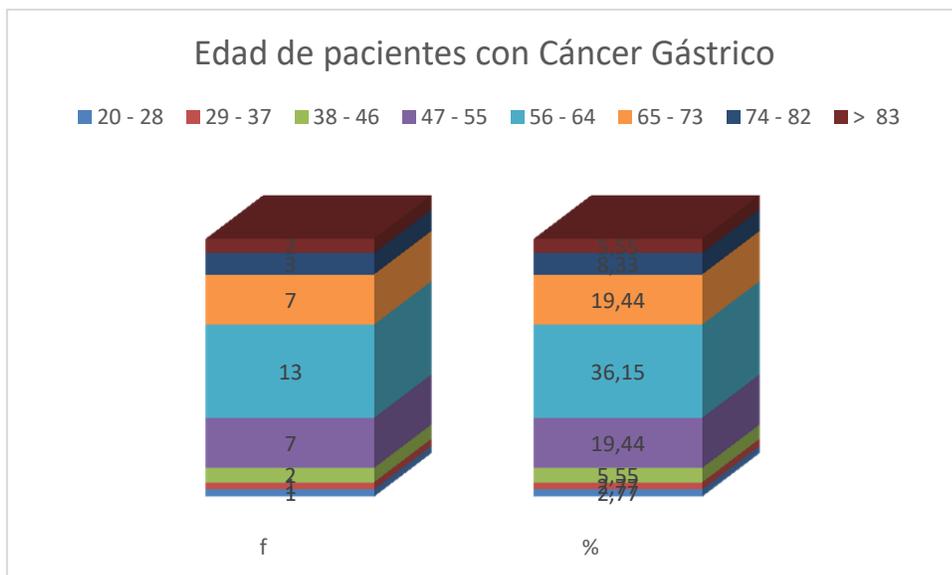
A N E X O

Anexo 1: Ficha Recolección de Datos

Nombre y Apellido	
Cedula de Identidad	
Nº de Historia	
Edad	
Sexo	
Patologías Asociadas	
Exámenes Pre operatorios	
Diagnósticos Histopatológicos	
Tipo de Técnica quirúrgica	
Sintomatología:	
Tratamiento:	
Observaciones:	
Endoscopias	
Tomografía	
Días de Hospitalización	
Condiciones generales	

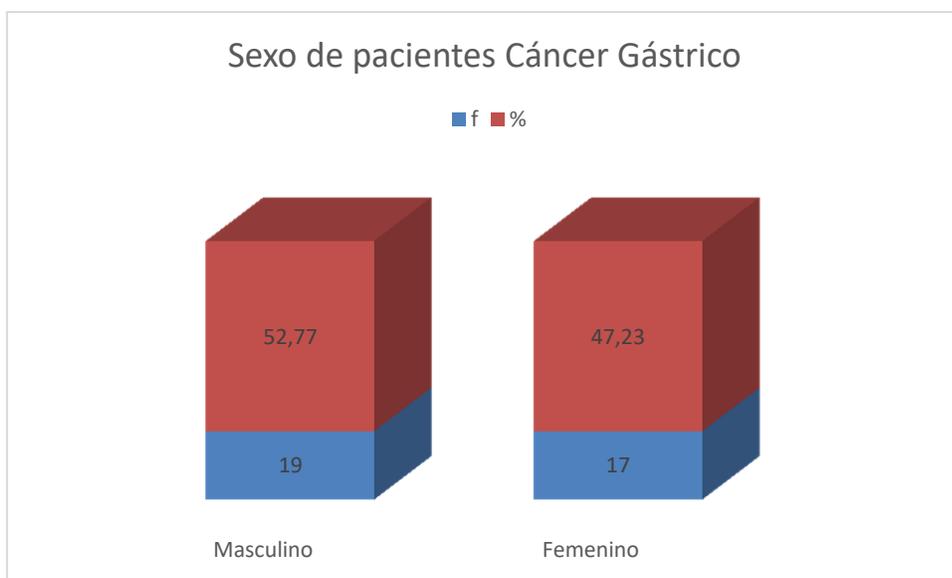
Anexo 2 Gráficos

Gráfico N° 1



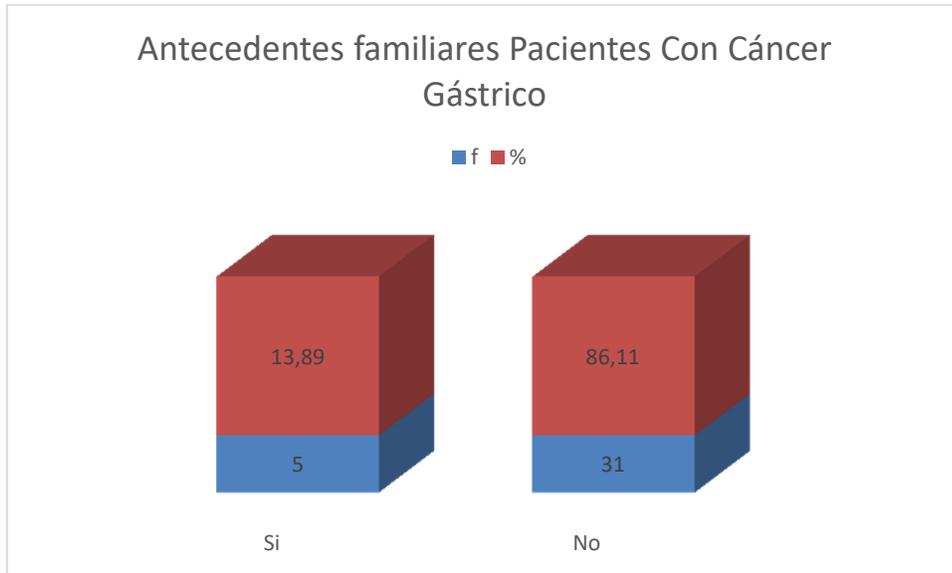
Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 2



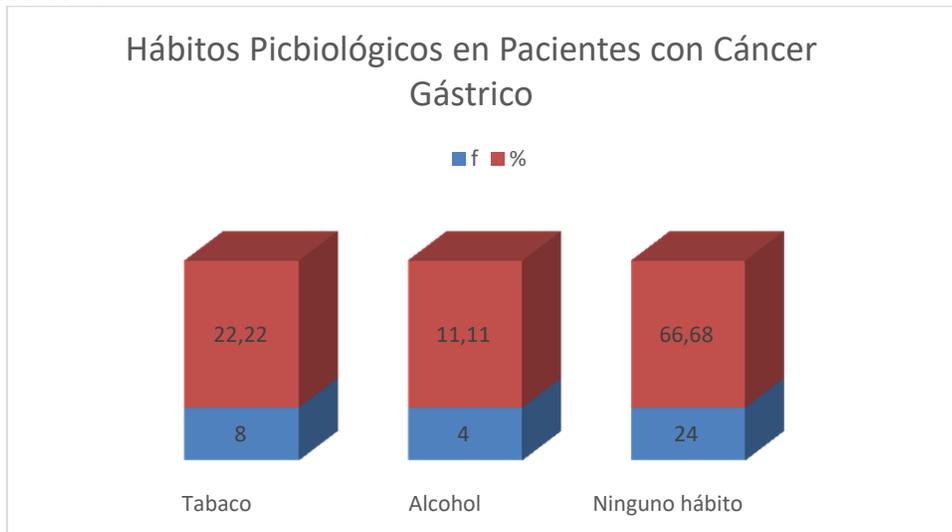
Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 3



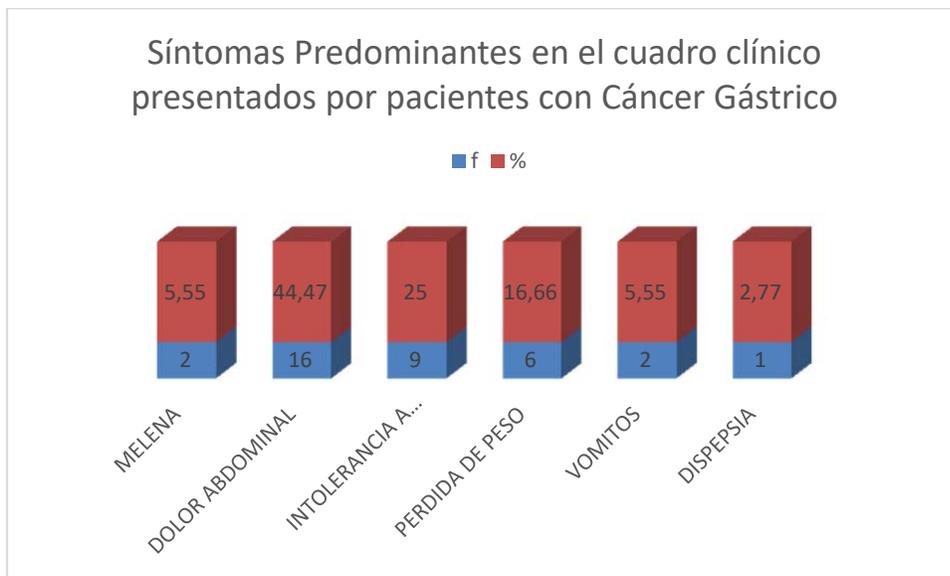
Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 4



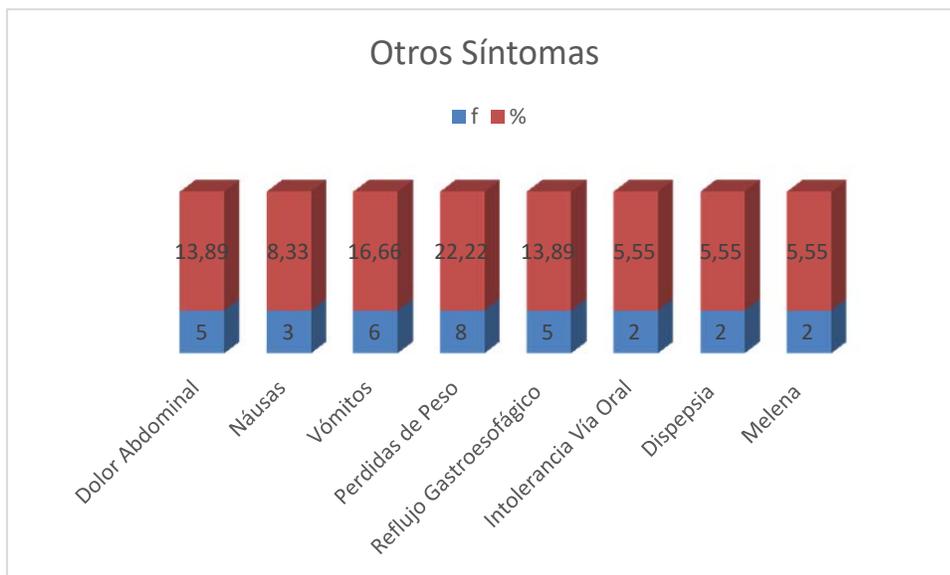
Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 5



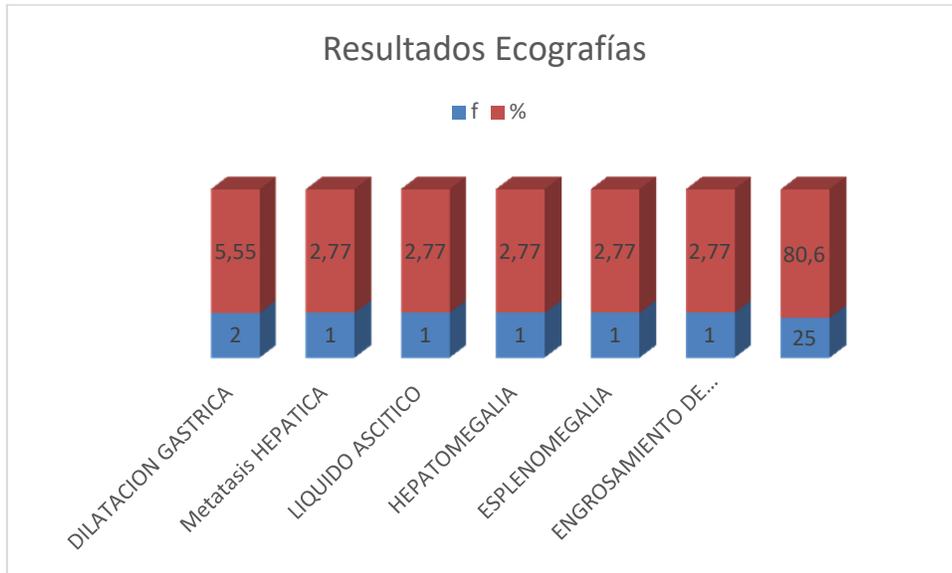
Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 6



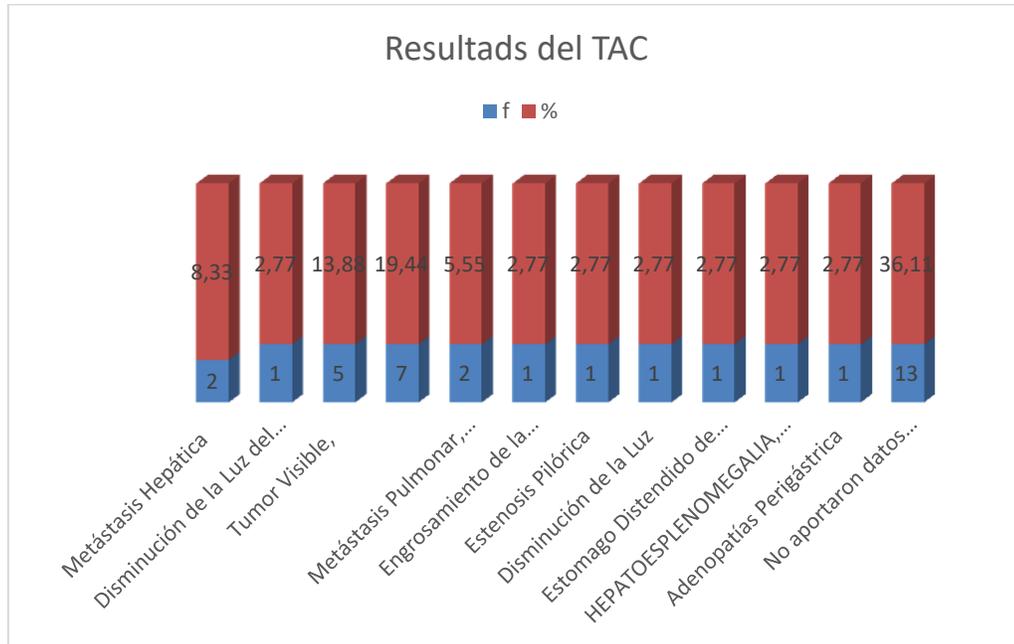
Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 7



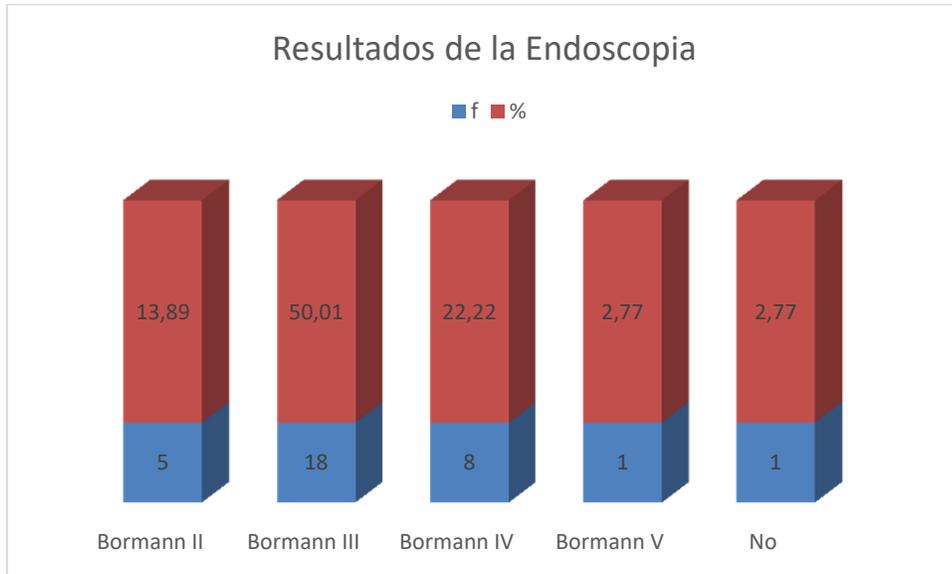
Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 8



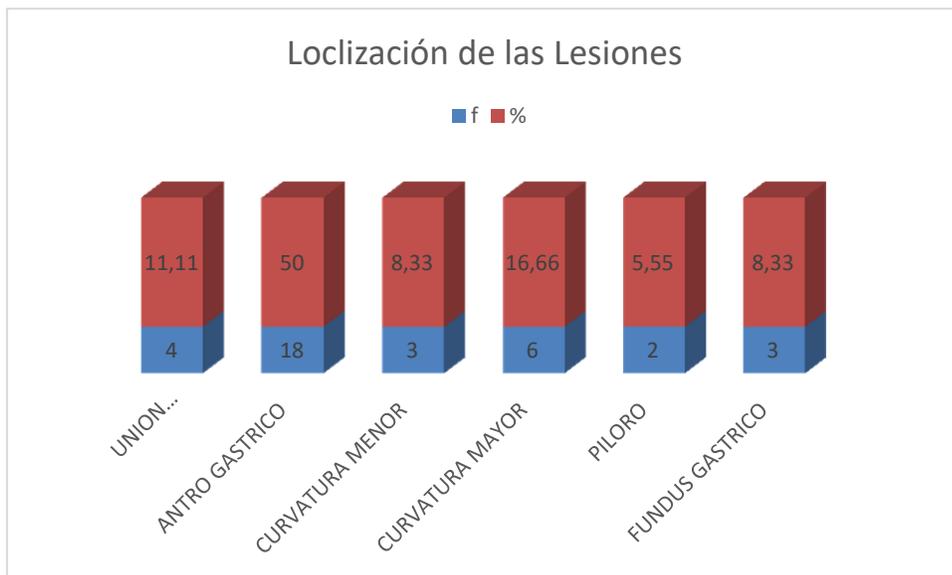
Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 9



Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 10



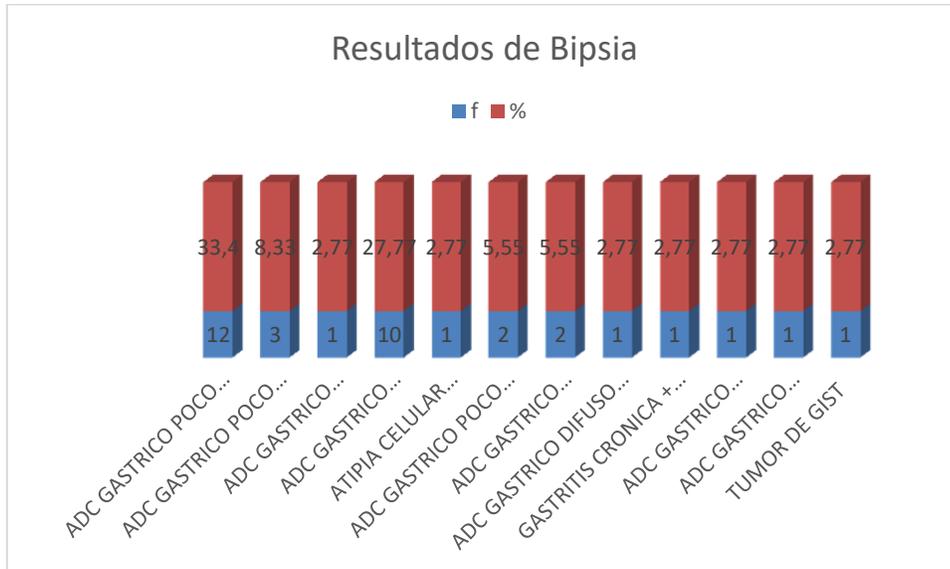
Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 11



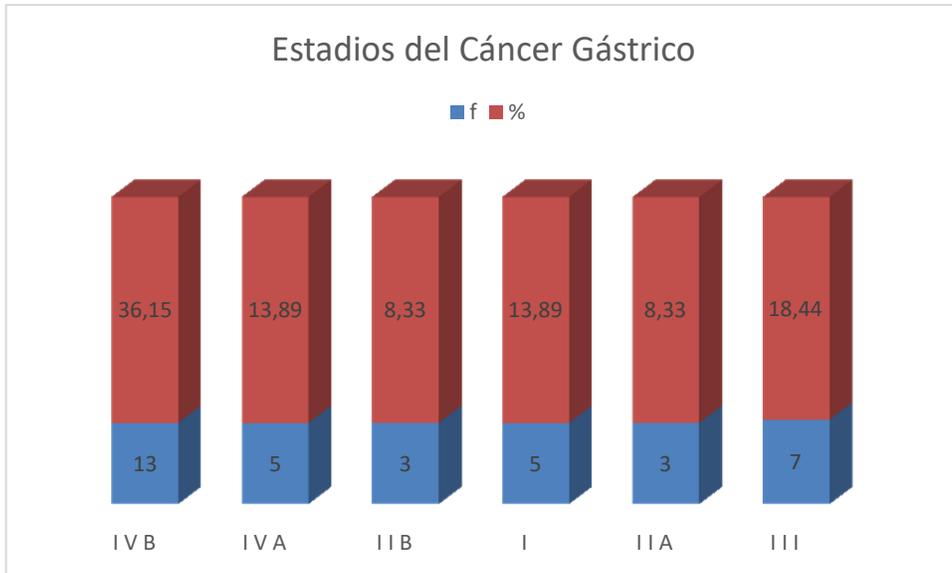
Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 12



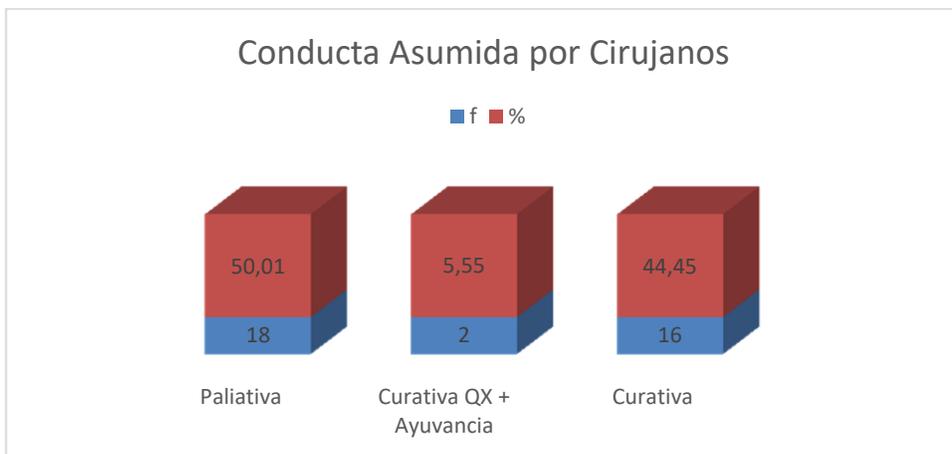
Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 13



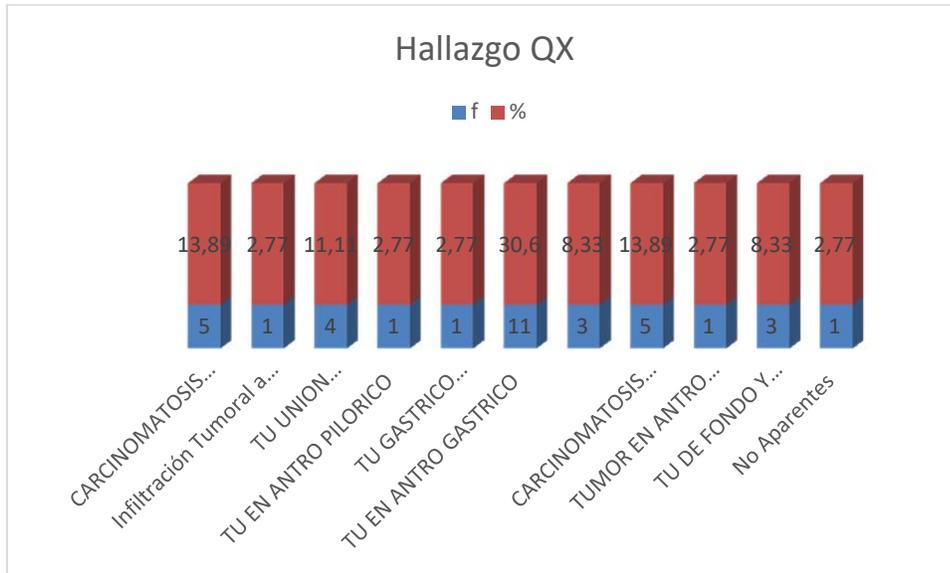
Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 14



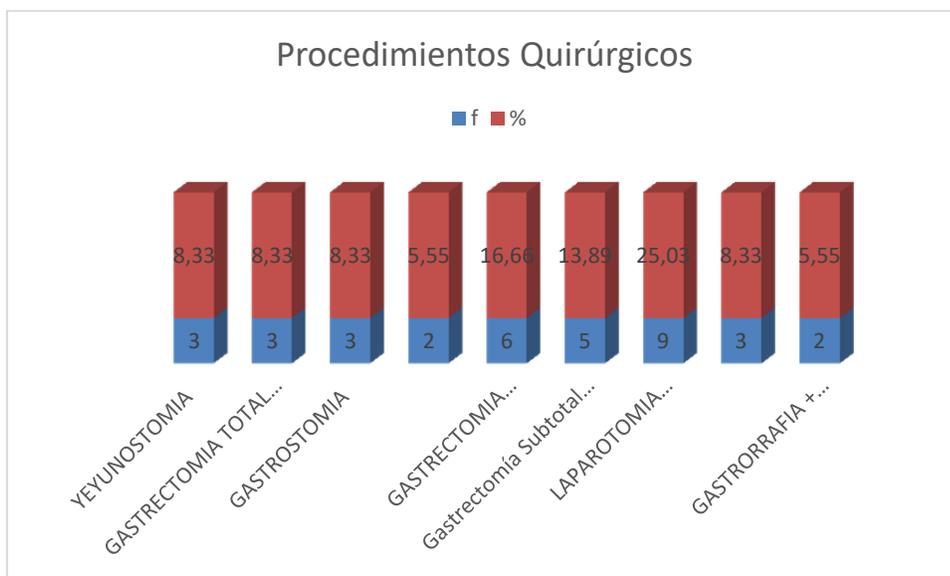
Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 15



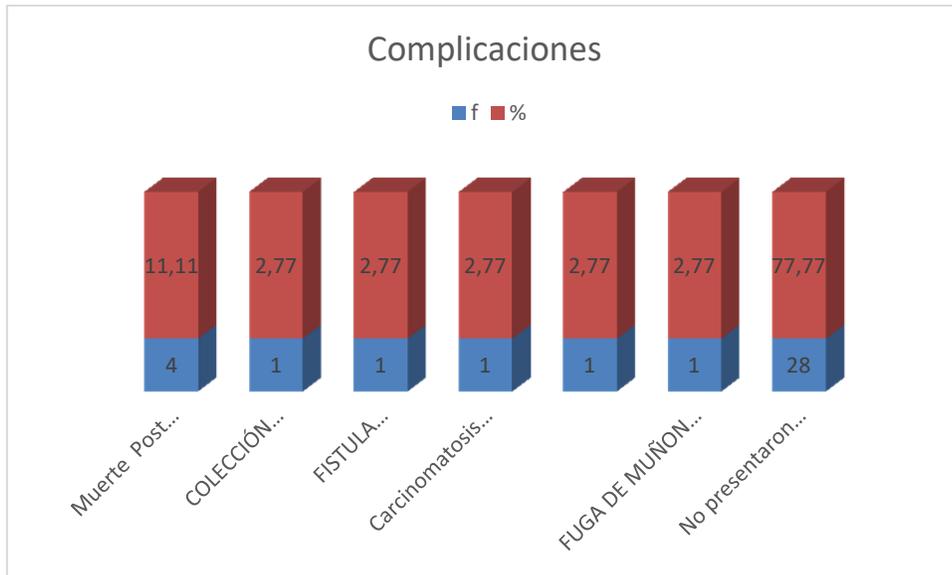
Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 16



Fuente: González, R. 2021

Gráfico N° 17



Fuente: González, R. 2021

Anexo 3: Cronograma

E T A P A	ACTIVIDADES	LAPSOS																												Recursos					
		2020				2020																													
		Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto					Septiembre				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		1	2	3	4	
I ETAPA ELABORACIÓN DEL PROYECTO	Revisión de los materiales referenciales	■																															<u>Humanos:</u> Autor Tuto Pacientes <u>Materiales:</u> Historias clínicas y otras referencias Materiales de oficina Instrumentos Equipos de transcripción y de reproducción		
	I – II y III tres primeros capitulo: Acercando a los propósitos plantados.	■	■	■	■																														
	Revisión del proyecto					■	■																												
II ETAPA EJECUCIÓN DEL PROYECTO	Diseño de ficha recolectora de insumo					■	■	■																									<u>Financieros</u> (Presupuesto) El financiamiento es a las propias expensas del autor y recursos hospitalarios.		
	Selección de los pacientes									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
	Vaciado de información de pacientes																													■	■	■			
	Análisis de información recolectados																														■	■		■	

Fuente: González, R. 2020