

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**

**FAREM – Matagalpa**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**HECAM**



**Tesis de investigación para optar al título de Medico y Cirujano General**

**Tema:**

**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.**

**Autor:**

**Br. Exan Enrique Ruiz Ruiz.**

**Tutor clínico:**

**Dr. Carlos Sanchez**

**Gastroenterólogo**

**Tutor Metodológico**

**Dra. Marcia Cordero Rizo**

**Matagalpa, 2017**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**

**FAREM – Matagalpa**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**HECAM**



**Tesis de investigación para optar al título de Medico y Cirujano General**

**Tema:**

**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.**

**Autor:**

**Br. Exan Enrique Ruiz Ruiz.**

**Tutor clínico:**

**Dr. Carlos Sanchez**

**Gastroenterólogo**

**Tutor Metodológico**

**Dra. Marcia Cordero Rizo**

**Matagalpa, 2017**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me ha enseñado a valorarlo cada día más.

A mi madre por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, a mi hermano que ha velado por mí durante este arduo camino para convertirme en un profesional.

A mis colegas que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino.

A mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo así como la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional

## **AGRADECIMIENTO**

Tus esfuerzos son impresionantes y tu amor para mi es invaluable. Junto con mi hermano me has educado, me has proporcionado todo y cada cosa que he necesitado. Tus enseñanzas las aplico cada día; de verdad que tengo mucho que agradecerte.

Tus ayudas fueron fundamentales para la culminación de mis estudios.

Te doy las gracias Madre.

### **Resumen:**

El objetivo de esta investigación es identificar las características clínicas y epidemiológicas relacionadas con el desarrollo del Cáncer Gástrico en pacientes diagnosticado en Hospital Escuela Cesar Amador Molina. El cual es un estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos, con un universo de 78 pacientes los cuales también representan la muestra estudiada la cual es de tipo probabilístico de tipo aleatorio simple. Se realizó una ficha de recolección de los datos contenidos de los expedientes de pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico en el periodo 2012 al 2014. Se revisó un total de 78 expedientes los cuales cumplen con los criterios de inclusión. De las características epidemiológicas se documentó que los pacientes son 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, Nauseas, Vómitos, Anorexia, Ganglio de Virchow, Masa en el Epigastrio, Anemia..

Con lo cual se concluye que los pacientes que desarrollaron Cáncer Gástrico son mayores de 60 años, predominio sexo masculino, del área rural, nivel socioeconómico bajo, y son agricultores; en donde el síntomas mas característico es la epigastralgia, y el signo el ganglio de Virchow, donde el principal método diagnóstico es la endoscopia por ende siendo el gastroenterólogo el medico que diagnostique , la clasificación histológica es de tipo intestinal, en donde el tratamiento es quirúrgico y siendo el tiempo menos de un año de seguimiento.

<b>INDICE</b>	<b>PÁGINA</b>
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III.JUSTIFICACION.....	13
IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
V.OBJETIVOS.....	15
VI.MARCO TEORICO.....	16
VII.DISEÑO METODOLOGICO.....	25
VIII.ANALISIS.....	28
IX. BIBLIOGRAFIA.....	33
X. ANEXOS.....	

## I. INTRODUCCIÓN

Con el aumento de la expectativa de vida en el mundo, los cambios en los estilos de vida y el control de las enfermedades infecciosas, ha cambiado también el enfoque epidemiológico y clínico por lo cual en las últimas décadas ha surgido la preocupación por hacer frente a los nuevos desafíos presentados en salud, principalmente por las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. Dentro de este grupo encontramos a los tumores malignos como una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad de la población.

Por lo que La Organización Mundial de la Salud señala que el cáncer gástrico es una de las neoplasias más frecuentes en el mundo contemporáneo; constituye la segunda causa de muerte en el hombre y la tercera en las mujeres.

A nivel mundial El Cáncer Gástrico (CG) ocupa el 4to lugar en incidencia y el 2do en mortalidad a nivel mundial. Según asociación americana de cáncer la tasa de incidencia es de 7.6/100,000, con una edad media de parición de 70 años. El 31% de los pacientes Tiene enfermedad localmente avanzado y 34% metastásica al diagnóstico.

En la actualidad el pronóstico de la enfermedad no es al azar sino que responde a un número importante de variables. Dentro de las más relevantes esta la localización y el tipo histológico del tumor, la etapa clínica en el momento del diagnóstico y el tratamiento recibido.

Dada la importancia de la mortalidad por cáncer gástrico encontrada en Nicaragua y más en áreas rurales siendo Matagalpa unos de los principales departamentos con altas comunidades de esta índole se procede a la investigación y análisis de las características clínicas y epidemiológicas de esta patología ya que es necesario conocer para una mejor valoración de la sobrevida de los pacientes con esta enfermedad esto determinado por un diagnóstico y tratamiento realizado en el menor tiempo posible.

## II.ANTECEDENTES

**(Rev. Bol Of Sanit Pamm 1983, costa Rica), 1983)** Se realizó un estudio, el cual esta está constituida por 1 315 pacientes con cáncer gástrico. De los archivos del Registro Nacional de Tumores se tomaron todos los casos de esta dolencia aparecidos desde abril de 1977 hasta marzo de 1980. La información obtenida se relaciona con los siguientes datos: a) edad del paciente al primer diagnóstico; b) lugar de nacimiento (provincia y cantón); c) lugar de residencia cuando se le diagnosticó el cáncer (provincia, cantón, distrito); d) medio utilizado para diagnosticar el cáncer de estómago; e) estado del paciente cuando se tomó el dato y f) edad cuando murió. Los resultados obtenidos muestran que las tasas de mortalidad de cáncer gástrico han disminuido en un 13,60% desde el período 1960-1961 hasta el período 1975- 1976, pues van de 51 (1960-1961) a 37,74 (1975-1976), siempre por 100 000. Esta disminución de las tasas estandarizadas de mortalidad por cáncer gástrico es un hecho también observado en varios países (16). No pudieron hallarse las tasas estandarizadas por sexo para este período, pero se hallaron las tasas brutas por sexo y se observó que la disminución es mayor en las mujeres. Este fenómeno también se ha observado en otros lugares (2, 17, 18). Las incidencias en Costa Rica, estandarizadas según la población mundial, son de 51,4 por 100 000 para los hombres y de 25,6 para las mujeres en el período de 1977 a 1980.

**(Rev. gastroenterol. Méx;64(3):114-21, jul.-sept. 1999.), julio- sep 1999)** Estudio retrospectivo de cohortes de 793 pacientes con adenocarcinoma gástrico, tratados en un centro oncológico. Se presentan datos demográficos y clínicos, así como los resultados del tratamiento. Se describen curvas de supervivencia por etapas y otros factores pronósticos. Resultados: el 62 por ciento presentó etapa IV, con mediana de supervivencia de 8.6 meses. Solamente 33 por ciento del grupo total pudo resecarse. Fueron 162 gastrectomías subtotales, 86 totales y 12 proximales. El 74 por ciento con intento curativo y 26 por ciento paliativas. La morbilidad y mortalidad operatoria fue del 23.3 por ciento y 10.9 por ciento, respectivamente. El análisis multivariado mostró que los factores pronósticos independientes fueron: etapa TNM (Razón de riesgos 1.49; IC 95 por ciento 1.26-1.76;  $p < 0.0001$ ), morbilidad operatoria (RR 6.05; IC 95 por ciento 3.74-9.7;  $p <$

0.0001), serolbúmina (RR 1.26; IC 95 por ciento 1.03-1.5;  $p < 0.03$ ), edad (RR 1.01; IC 95 por ciento 0.9-1.02;  $p < 0.057$ ), tipo de linfadenectomía (RR 1.59; IC 95 por ciento 0.97-2.59;  $p < 0.06$ ) y resección gástrica (RR 1.9; IC 95 por ciento 0.9-4.2;  $p < 0.06$ ).

**(Rev. méd. Chile v.129 n.7 Santiago jul. 2001), jul 2001)** se realizó un estudio en el cual se midió la frecuencia de cáncer gástrico en los pacientes sintomáticos sometidos a una endoscopia digestiva alta en un centro de salud de atención secundaria. Se registraron todas las endoscopias digestivas altas realizadas a pacientes derivados de las clínicas públicas de atención primaria: Pacientes y métodos. Resultados: En el período de estudio, 4.145 endoscopias se realizaron a 818 hombres y 2.128 mujeres. Setenta uno por ciento de los pacientes tenían más de 40 años de edad. Se detectaron Cincuenta uno carcinomas y un linfoma. De estos, 10 tumores eran incipiente. Treinta y un pacientes fueron intervenidos y en 22 se realizó una gastrectomía total. Un paciente, que requiere una resección de esófago, murió. Conclusiones: El cáncer gástrico se detectó en el 1,2% de los pacientes adultos sintomáticos sometidos a una endoscopia digestiva alta

(Rev. colomb. gastroenterol; publicado en sep. 2002), sep. 2002) Se realizó un estudio en 1997 en donde se practicaron 86.243 estudios histopatológicos. Del total de estudios realizados, el 10.4 por ciento (8.652) correspondieron a muestras de estómago. En 8.357 (96.5 por ciento) de los casos el estudio se hizo mediante biopsia endoscópica y en 304 (3.5 por ciento) mediante gastrectomía. Se hizo muestreo aleatorio del 25 por ciento y se evaluaron histopatológicamente 2.122 casos. Se hizo una descripción de las características encontradas en las diferentes regiones de Colombia. Resultados: el diagnóstico histopatológico más frecuente fue gastritis crónica superficial 49.8 por ciento. La prevalencia de gastritis atrófica multifocal fue de 27.4 por ciento. El 87 por ciento de los casos con atrofia presentaron además metaplasia intestinal. La actividad inflamatoria aguda se asoció a las anteriores lesiones en 87.5 por ciento. En sólo 2. 1 por ciento la mucosa gástrica fue histológicamente normal. Se encontró displasia en / . 4 por ciento. Las prevalencias de cáncer gástrico y úlcera gástrica fueron 11.9 por ciento y 8.5 por ciento respectivamente, significativamente más altas en

hombres y en mayores de 50 años. El 97.7 por ciento de los tumores malignos fueron carcinomas y 2.3 por ciento linfomas. La prevalencia de *Helicobacter pylori* fue del 69.1 por ciento. La prevalencia más alta de *Helicobacter pylori* se encontró en gastritis antral difusa 90 por ciento; disminuyó en forma significativa en cáncer y displasia 47.3 por ciento y 41.7 por ciento.

**(Rev. gastroenterol. Perú v.25 n.1 Lima ene./mar. 2005), ene-mar 2005)** se realiza estudio De 1963 al 2002 en el hospital Edgardo Rebagliati Martin de Es Salud de Lima se hizo el diagnóstico histológico de 5118 cánceres gástricos. Se resecaron 2337(46%); en 340 de los especímenes resecados se encontraron 371 cánceres gástricos catalogados como tempranos (CGT) 15.87%.por quinquenios el número y la proporción de cánceres tempranos se han incrementado, de 10(6.8%) en el primer quinquenio, a 78(21.0%) en el último. La Edad promedio 64 años para hombres y 58 para mujeres con un promedio global de 61 años. La menor edad fue de 23 años en una mujer. La mayor edad en los hombres fue de 93 años y 81 años en las mujeres. El Sexo: 235 hombres y 105 mujeres, con una relación de 2.2:1. De Localización: antro 171(46.1%), cuerpo 138(37.3%), fondo 46(12.3%), antro-cuerpo 12(3%) y cuerpo-fondo 3(1%). Tamaño: Máximo 90mm, Mínimo 1.5mm, promedio 24.9mm; 25(8%) diminutos (micro carcinomas),58(21%).

Histología: diferenciados 219(64%), indiferenciados 121(36%). Grado de diferenciación en hombres 74% y en mujeres 26%. Grado de diferenciación en diminutos 92%, en pequeños 79% y en grandes 69%.

Profundidad: 204(55%) en mucosa, 167(45%) en mucosa / submucosa. En diferenciados 182(63%) en mucosa, 108(37%) en mucosa / submucosa.

Metástasis ganglionar: En los 187 situados en mucosa, 13(3.8%) positivos, en los 153, situados en mucosa / submucosa 30(8.8%) positivos. Porcentaje global de ganglios positivos 12.3%.

Lesiones sincrónicas: General de lesiones sincrónicas en 54.6%; con otros cánceres 12.7%.

Metaplasia intestinal: Presente en 65%, de las cuales las incompletas constituyeron el 50%. Síntomas y Signos: Dispepsia 82.2%, hiporexia 32.9%, baja de peso 23.3%, dolor no característico 23.3%, dolor ulceroso 20.5%,

melena 8.2%, anemia 7.7%, diarrea y/o estreñimiento 7.4%, vómito 2.2%, hematemesis

Secreción gástrica: Se determinó en 70 pacientes: En 55 ulcerados, ninguno presentó aclorhidria 0%, 20(36%) hipoclorhidria, 20(36%) normoclorhidria y 15(28%) hiperacidez. En 16 de forma elevada 13(87.5%), cursaron con aclorhidria, 1(6.5%) con hipoclorhidria, 1(6.5%) con normoacidez.

**(Rev. méd. Chile v.134 n.4 Santiago abr. 2006), abr 2006)** Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santiago de Chile. Antecedentes: El único tratamiento curativo para el cáncer gástrico es la extirpación quirúrgica asociada a una disección de ganglios linfáticos. Objetivo: Estudiar la evolución de la reseccabilidad y la mortalidad operatoria de gastrectomía total y subtotal para el cáncer gástrico, en un período de 35 años. Material y métodos: Revisión de las historias clínicas de 3.000 pacientes con cáncer gástrico, operados entre 1969 y 2004. La reseccabilidad y la mortalidad de la gastrectomía total y subtotal se comparó en cuatro períodos consecutivos (1969-1979, 1980-1989, 1990-1999 y 2000 a 2004). Resultados: En los cuatro períodos hubo un aumento constante y significativo en la tasa de reseccabilidad 49-85%. La mortalidad de gastrectomía total y subtotal disminuyó significativamente 17-2% y de 25 a 1%, respectivamente. Conclusiones: Las tasas de reseccabilidad y mortalidad de la gastrectomía total y subtotal han mejorado con el tiempo. Probablemente una mejor atención pre y postoperatoria y la experiencia del equipo quirúrgico influyen en este cambio favorable.

**(Article first published online: cáncer 28 JUN 2006), Jun 2006)** La República de San Marino (RSM) es una milla de país independiente 23 cuadrados dentro de Italia con una población de 20.000. Un gran porcentaje de muertes se han encontrado para ser debido a cáncer gástrico (9,2% de todos los diagnósticos de certificados de defunción para 1969 a 1973). La frecuencia de cáncer gástrico en las familias de los 36 pacientes (78% varones) que nacieron y murieron en RSM con este diagnóstico para este período se comparó con la frecuencia en parientes de edad y los controles de sexo. Aunque 42-44% de ambos grupos tenía parientes con diagnóstico certificado de defunción de cáncer de estómago, el 25% de los pacientes tenían parientes de primer grado afectados frente al

5,6% de los controles. Una alta prevalencia también se ha reportado en la zona de Italia cerca de RSM. Tamaño y la estabilidad de la población de San Marino proporcionan oportunidades únicas para dilucidar los factores etiológicos ambientales y genéticos en el cáncer de estómago.

**(Gastric cáncer mass survey in Chile Article first published online: 22 AUG 2006), Agos 2006)** Una publicación de Chile en 1969 informó la tasa de supervivencia a 5 años de cáncer gástrico en un 12% de los pacientes operados y sólo el 3% de todos los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico. Animados por los excelentes resultados obtenidos en Japón a través de un estudio masivo de la población, Chile inició en 1978 un programa para la detección masiva del cáncer gástrico. Desde mayo 1978 hasta diciembre 1986, 42.492 personas fueron seleccionadas bajo este sistema. El cáncer gástrico se detectó en 0,43% en el grupo masivo, y en 1,27% en el grupo sintomático. La tasa de cáncer temprano detectado por todo el cáncer gástrico fue 14,69% en el primero y 11,02% en el último grupo. Úlcera gástrica se encontró que se encuentra más en el tercio superior del estómago y menos en el tercio inferior, que puede llamar la atención, en comparación con la literatura extranjera.

**(Perú, (Rev. gastroenterol. Perú v.26 n.4 oct./dic. 2006), Oct- Dic 2006)** Realizo un estudio epidemiológico en donde se demostró que a pesar de la disminución en la incidencia de esta enfermedad en países desarrollados; Europa del Este, Asia y América Latina muestran la incidencia más alta representaron el 8,6% de nuevos cánceres en el año 2002. En Lima ha aumentado desde el año 1990 hasta 1997, llegando a tener 24,3/100000 en hombres, y en mujeres 17,6/100000, en el último periodo estudiado, considerándose área de alto riesgo. La mortalidad continúa siendo la primera causa de muerte para ambos sexos, en hombres 19,3/100000 y en mujeres 14,2/100000. La incidencia guarda una relación directamente proporcional con el lugar de origen dentro de Lima Metropolitana, una ciudad de cerca de 8 millones de habitantes, indicando que los distritos que muestran una mayor incidencia son Puente Piedra y Lince seguidos de Villa El Salvador, El Agustino, Breña, Rimac, entre otros, que son distritos de un nivel socioeconómico medio

bajo; y los que muestran menor incidencia son aquellos que tienen un nivel socioeconómico alto como San Isidro y Miraflores entre otros.

**(Rev. Col Gastroenterol / 23 (4) 2008), 2008)** Se realizó un estudio observacional descriptivo, incluyendo 225 pacientes con diagnóstico confirmado por histopatología de CG. Después de la firma del consentimiento informado, los pacientes fueron entrevistados para obtener datos sociodemográficos y clínicos y posteriormente se tomaron biopsias por endoscopia para diagnóstico histopatológico. Resultados. La frecuencia de CG predominó en hombres (66,2%) y en las edades avanzadas (84,4%). El 93,8% de los pacientes refería síntomas, esto en relación a que la mayoría padecían de una neoplasia avanzada (92,4%). Sin embargo, el 89,3% de los pacientes no tenían endoscopia previa. En el 10,7% a quienes se les había realizado endoscopia, se encontraron lesiones predisponentes a CG tales como gastritis crónica atrófica, metaplasia y displasia. Únicamente 6,2% de los pacientes eran asintomáticos.

**(Perú, (Rev. gastroenterol. Perú v.29 n.1 supl.1 Lima ene./mar. 2009, Ene/Mar. 2009)**En el periodo de estudio se confirmaron por histopatología 71 casos de adenocarcinoma gástrico. El sexo masculino es el más frecuente, con una relación de 1,54 a 1 con respecto al sexo femenino. La edad de presentación más frecuente se encuentra entre la 5ta y 7ma década de vida. Los tumores distales (81,7%) son cuatro veces más frecuentes que los proximales (18,3%). El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma en células de anillo de sello (40,8%). El grado de diferenciación más frecuente fue el Indiferenciado (42,3%). El 62% (n=44) ingresó a sala de operaciones. La tasa de reseccabilidad fue de 68% (n=30). El estadio clínico avanzado ha sido la forma de presentación más frecuente de los pacientes (97,2%), mientras que el estadio precoz ha sido raro (2,8%). La cirugía más frecuente fue la gastrectomía subtotal distal (73,3%) y gastrectomía total (26,7%). La disección realizada fue la D2 (73,3%). La tasa de mortalidad fue 6,7% y morbilidad de 26,7%. irresecables  
Conclusión: El cáncer gástrico se diagnostica en etapa tardía y el tratamiento quirúrgico juega un rol fundamental e incluso en casos avanzados, la morbimortalidad es aceptable para la experiencia inicial en un Hospital general

de tercer nivel. Es necesario realizar programas de tamizaje para detectar la enfermedad en etapas más tempranas.

**(Revista Colombiana de Gastroenterología. ene-mar2014, Vol. 29 Issue 1, p3-10. 8p), Ene/Mar 2014)** se realizó estudio servicio de gastroenterología, hospital de tercer nivel en Bogotá, de Marzo de 2011 a Marzo de 2012. Pacientes: FPG-CG no cordial. 112 personas (casos), apareados por edad y género con 117 pacientes con dispepsia funcional y sin antecedentes familiares de CG (controles). Intervenciones: endoscopia digestiva alta, medición del pH gástrico y biopsias gástricas. Mediciones: se evaluaron y compararon las características endoscópicas, patológicas y del pH gástrico de los grupos. Resultados: el grupo de FPG-CG se encontró mayor frecuencia de pangastritis 60% versus 28,8%, OR 3,32 (IC 1,92 - 5,74 p <0,05), hallazgos sugestivos de atrofia a 19,6 versus 7,7%, OR 2,65 (IC 1,16 – 6, 04 p <0,05), metaplasia intestinal (12,5% versus 0 ), pH alcalino (35,7% versus 7%, OR 5,94 IC 2,72 – 12,98 p <0,05), 4 casos de displasia de bajo grado, dos de alto grado (P <0,005) y dos de CG temprano (NS). Conclusiones: los FPG-CG tienen más hipoclorhidria, condiciones pre malignas, displasia y CG que los pacientes control. La medición de pH gástrico es sensible para detectar atrofia gástrica. Los FPG-CG deben ser rutinariamente tamizados con endoscopia y medición del pH gástrico.

**(Gastroenterología, (Revista Colombiana de Gastroenterología., Jul/sep 2014)**El análisis estadístico se realizó con REVMAN 5.2. Con un total de 5.552 sujetos, se encontró desarrollo de cáncer gástrico en 55 (2,41%) de 2278 pacientes a quienes se erradicó el H. pylori y en 96 (4,22%) de 2.272 a quienes no se les erradicó, RR: 0,57 (IC= 0,42-0,79). El tiempo de seguimiento osciló entre 3 y 15 años. El análisis de heterogeneidad (Chi cuadrado) tuvo un valor de p no significativo (p= 0,48) confirmando la NO presencia heterogeneidad, permitiendo el metanálisis. Con el gráfico de embudo (Funnel Plot), se descartó el sesgo de publicación y el análisis de sensibilidad no mostró cambios significativos. En conclusión, este estudio sugiere que la erradicación del H. pylori disminuye el riesgo de cáncer gástrico, particularmente en poblaciones de

alto riesgo, con una calidad de evidencia moderada. Recomendando en la práctica, la terapia de erradicación de *H. pylori* como medida de prevención.

**(Managua; s.n; nov. 1997. 59 p. ilus, tab), Nov 1997)** Estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos con cirugía gastroduodenal en el Hospital Militar-Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños", de Enero de 1990 a Diciembre de 1995, cuya población fue de 115 casos de expedientes clínicos con cirugía gastroduodenal, recolectándose la información sobre edad, sexo, tipo de cirugía diagnóstico pre y postoperatorios, complicaciones postoperatorias y mortalidad de los pacientes con cirugía gastroduodenal. Los resultados reflejaron que existe una distribución similar de la frecuencia de las cirugías gastroduodenales en los años estudiados, observándose el mayor porcentaje en el año 1993, fenómeno que no se logra relacionar con ninguna causa, debiéndose posiblemente al comportamiento de la historia natural de la patología gastroduodenal en el medio. La relación hombre/mujer en la población de estudio fue de 2.8 /1 correspondiendo con lo descrito por Bender, Bruwman y Beaver en su estudio de 66 pacientes en el periodo de 196 a 1990 que fue de 2.5/1.1. En ambos sexos se observó mayor incidencia en el grupo atareo de 41 a 60 años acorde con la presentación de la cirugía gastroduodenal; los diagnósticos postquirúrgicos más frecuentes de las complicaciones, las úlceras duodenales y gástricas las que son más frecuentes en el sexo masculino en el periodo de máxima actividad laboral, relacionado con hábitos tóxicos y a antecedentes de úlcera péptica diagnosticadas y/o síntomas digestivos y el cáncer gástrico que también es más frecuente en el sexo masculino y por ser pacientes operados en estadios III y IV. La coincidencia del diagnóstico preoperatorio y postoperatorio, según Bereznitskii-las, Ruban-VM, Spivak-VP, en un estudio de 19 años (1974- 1992) de 5,205 pacientes, describe una mayor frecuencia de mortalidad y complicaciones en las cirugías ya empleadas, resección gástrica y vagotomías lo que está de acuerdo con el presente estudio; el hecho que las gastroyeyunostomias ocupa el tercer lugar de morbi-mortalidad, es por el hecho que se realizó con medida paliativa en casos de cáncer gástrico avanzado. Según Gubliotella, H.G., Cimino, Conrado R., covaro, J.A., describen que las complicaciones van desde el 3 al 6.5 por ciento, en el presente estudio las complicaciones fueron del 38.7 por ciento, aumento debido al tiempo transcurrido

en la resolución diagnóstica y a la resolución de complicaciones reflejadas en los expedientes clínicos, (anemia) que no es complicación eminentemente quirúrgica.

((Managua; s.n; mar. 2000. 49 p. tab.) , Mar 2000) Se presentó estudio retrospectivo, descriptivo, a pacientes que se le realiza endoscopia digestiva. Los estudios endoscópicos fueron realizados por especialistas en medicina interna, cirugía general y gastroenterología. Se realiza el estudio en ayuna con anestesia local en spray (xilocaína 2 por ciento) generalmente se utiliza la clasificación de Borman para la descripción macroscópica de la lesión, posteriormente se toman muestras para biopsia entre 3 y 6 como promedio dependiendo del lugar de la lesión, luego se envían a patología donde son recibidas y etiquetadas para su introducción en máquinas procesadoras de tejidos, la cual luego en 17 horas aproximadamente, se incluyen en focos, de parafinas para realizar cortes histológicos con micratomos, posteriormente se procede a desparafinar y se realiza tinción en lámina porta objetos con hematoxilina y Eosina se montan con láminas cubre objeto para realizar diagnósticos histopatológicos con microscopio por médico especialista en patología. Considerando el diagnóstico patológico, localización del tumor si hay o no diseminación metastásica se planifica el procedimiento quirúrgico en el paciente (Gastrectomía total, subtotal, radical y paliativo etc.)

**(Managua, (Managua; s.n; p. tab, graf.), Feb 2003)** El presente estudio es descriptivo, prospectivo y transversal, el universo estuvo conformado por todos los pacientes que ingresaron al hospital Dr. Roberto Calderón de Managua, con sospecha de cáncer gástrico y aquellos pacientes que fueron recibidos procedentes de otros centros con el diagnóstico de cáncer gástrico. Los principales resultados obtenidos fueron: la media de edad fue de 52, 45 años con un intervalo mínimo-máximo (27-82), los casos se presentaron con mayor frecuencia en el sexo masculino (56.6 por ciento). Los principales síntomas que aquejaron al momento del interrogatorio en orden de frecuencia fueron: pérdida de peso y anorexia en el 90 por ciento de los casos respectivamente, dolor epigástrico en el 86.6 por ciento. Vómito en 73.53 por ciento. Las radiografías realizadas a los pacientes como parte de su evaluación general se encontraron

normales en un 86.2 por ciento, reportando metástasis en el 15.79 por ciento de un total de 29 pacientes a quienes se logró realizar dicho estudio de imagen. En endoscopias digestivas altas se reportaron los hallazgos de: el 76.6 por ciento se encontraban en Borrmann III, el 16.6 por ciento en Borrmann II, y el 6.6 por ciento en Borrmann IV. La localización anatómica más frecuente fue el cuerpo gástrico 46.6 por ciento seguido del cuerpo y el antro. En las tinciones de giemsa se identificó *Helicobacter pylori* en el 53.53 por ciento de los casos. El tipo histológico que se encontró con mayor frecuencia fue el adenocarcinoma pobremente diferenciado de células en anillo de sello 50 por ciento. Los procedimientos realizados fueron gastrectomía subtotal en el 47.61 por ciento y gastrectomía total 33.53 por ciento.

**(Managua, (Managua; s.n.; 57 p. tab, graf.), Mar 2008)** se realizó un estudio con el objetivo de analizar las características clínicas y epidemiológicas del cáncer gástrico en cuatro hospitales de Managua. Material y método: es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional, en pacientes con diagnóstico de Cáncer gástrico en cuatro hospitales de Managua, periodo 2000-2006; se revisaron en el Hospital Roberto Calderón Gutiérrez una población de 61 pacientes con Cáncer Gástrico, en el Hospital Antonio Lenin Fonseca 90 pacientes, Hospital Alemán Nicaragüense 20 pacientes y Hospital Militar Alejandro Dávila Bolaños 19 pacientes, para un total de 190 pacientes. Resultados: el promedio de edad de los pacientes fue de 71 años, del sexo masculino en un 62.1 por ciento, procedían de zonas urbanas en un 74.7 por ciento, el 70.5 por ciento fue nivel académico primaria con ocupación ama de casa. Los principales signos y síntomas de presentación fueron; pérdida de peso, náuseas y/o vómitos, dolor abdominal con un período de presentación de los síntomas menor de seis meses.

**(Revista de Sanidad Militar. may/jun2014, Vol. 68 Issue 3, p155-159. 5p. 1 Diagram, 1 Chart, 1, Nicaragua)., May/ Jun 2014)** Establecer la precisión diagnóstica histológica para cáncer gástrico de las biopsias tomadas por endoscopia en el periodo de enero a diciembre del 2007. Material y métodos. Se revisaron 940 pacientes con endoscopias positivas y su resultado histológico. Se efectuaron análisis comparativos con estadística descriptiva. Resultados. Se

incluyeron 940 pacientes, 780 (82.97%) con úlcera de aspecto benigna, 160 (17.02%) con úlcera por endoscopia maligna; de estos últimos en 45 (28.1%) se confirmó malignidad por histología; en 115 estudios (71.8%) no se reportó cáncer en la biopsia. De los 45 pacientes con diagnóstico de malignidad a 35 de ellos se hizo el diagnóstico en la primera revisión y durante su seguimiento a seis meses, a diez pacientes se les repitió otra endoscopia por sospecha de malignidad en donde se confirmó dicho diagnóstico. La sensibilidad de la endoscopia para el diagnóstico de cáncer gástrico fue de 0.28. La sensibilidad del estudio histológico de la primera endoscopia para el diagnóstico de cáncer gástrico fue de 0.77. Conclusiones. Los resultados del presente estudio arrojan que la precisión de la endoscopia para el diagnóstico de cáncer gástrico es menor que lo determinado por la literatura mundial.

### **III.JUSTIFICACIÓN**

El cáncer de estómago o 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. El tipo más común es el adenocarcinoma de estómago, siendo el que comúnmente se diagnostica en la unidad de salud (HECAM) por lo que su elevada prevalencia e incidencia suponen un problema de salud pública en nuestro medio.

Por lo cual el objetivo de esta investigación es Identificar las características clínicas y epidemiológicas predisponentes al desarrollo de Cáncer Gástrico en pacientes diagnosticado en Hospital Escuela Cesar Amador Molina-Matagalpa en el período 2012- 2014.

No existe información acerca de la epidemiológica y clínica de la enfermedad en nuestro hospital (HECAM) , lo que hizo que tomara la iniciativa de realizar un estudio multicentrico en nuestra unidad de salud, dando las principales pautas del comportamiento de la enfermedad para así establecer los diagnósticos en forma temprana de la enfermedad, y el tratamiento que pueda ofrecer nuestra unidad de salud HECAM.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En nuestro hospital (HECAM) es una de las patologías menos estudiadas debido a la falta de una área especializada en donde se traten este tipo de casos, puesto que solo se puede llevar a cabo el diagnóstico de cáncer gástrico, al no tener los recursos necesarios para tratarla, teniendo una prevalencia elevada en nuestro medio por lo cual estamos en el deber de reconocer todas las características clínicas y epidemiológicas que conllevan al desarrollo de un CA Gástrico.

Por tal razón lo que se pretende con esta investigación es aportar mayor información acerca de esta patología ya que es la segunda causa de muerte dentro de todos los tipos de cáncer, y la mejor forma de lograrlo en primera instancia es reconocer lo que predispone al desarrollo de CA Gástrico.

Ante esto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

Cuáles son las 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? .

## **V.OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar las 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.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1- Describir las características socio- demográficas y epidemiológicas de los pacientes con cáncer gástrico.
- 2-Conocer las características clínicas de los pacientes en estudio.
- 3-Detallar los diferentes métodos diagnóstico en la detección de cáncer gástrico.

## VI.MARCO TEÓRICO:

### **Concepto:**

El **cáncer de estómago** o **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. (asociacion americana de cancer, 2016).

Por lo tanto esta invasión se produce en la pared del estómago la cual está compuesta por tres capas de tejido: la capa mucosa (capa más interna), la capa musculares (capa media) y la capa serosa (capa externa). En lo cual el cáncer de estómago se origina en las células que revisten la capa mucosa y se disemina a las capas externas a medida que crece. (Inst. Nacional de Cancer, 2014).

Se han descubierto diferentes factores asociados con la aparición del cáncer gástrico, en especial el consumo de alimentos preservados, ahumados, Tener edad avanzada o ser varón, fumar cigarrillos, tener uno de los padres o hermanos que padecieron de cáncer de estómago Infección del estómago por Helicobacter pylori Gastritis crónica (inflamación del estómago),Anemia perniciosa . Metaplasia intestinal (afección por la que el revestimiento normal del estómago es reemplazado por las células que revisten los intestinos). Poliposis adenomatosa familiar. (inst. nacional de medicina, 2013).

En cuanto a la patogenia en 1965, Lauren y Jarvi identificaron dos tipos histológicos principales, con características epidemiológicas, clínicas, anatómo-patológicas y pronósticas distintas: un tipo de cáncer gástrico Intestinal que se desarrolla en la mucosa con metaplasia intestinal y otro Difuso, que se origina en la mucosa gástrica propiamente tal. El primero predomina en personas de más edad, mayoritariamente en el sexo masculino y sería más frecuente en zonas de alto riesgo (epidémico). El Difuso se presenta en sujetos más jóvenes, la proporción entre hombres y mujeres es similar y sería más frecuente en zonas de bajo riesgo (endémico). (Guía Clínica 2010 Cáncer Gástrico, 2010)

Por lo tanto se sabe que el tipo más común es el **adenocarcinoma** de estómago. Este tipo de tumor puede propagarse a otros lugares del organismo de varias

formas: de manera local a órganos vecinos como el duodeno o el esófago; si las células tumorales alcanzan los vasos sanguíneos el tumor puede llegar a afectar a hígado, peritoneo, pulmón, huesos o piel.

En el segundo tipo tumoral más frecuente en el estómago es el **linfoma**. Las manifestaciones clínicas son similares en ambos casos. Sólo se diferencian en la biopsia, ya que las células que lo componen son diferentes en cada caso. (web consultas, 2014)

### **Epidemiología:**

De acuerdo con reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer en general es la principal causa de muerte a nivel mundial. A este se le atribuye un total de 7,6 millones de muertes en el año 2008, siendo el cáncer gástrico la segunda causa de muerte maligna con un total de 740,000 defunciones para ese mismo año. Aunque se ha observado un descenso mundial en la incidencia y mortalidad debida al cáncer gástrico, esta afección se mantiene como la segunda causa mundial de mortalidad por cáncer precedida únicamente por el cáncer de pulmón.. ([REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(4) 627-636], 2013)

Su incidencia varía en forma importante de un país a otro, y Chile se cuenta entre los países con las tasas más altas, junto a Japón, Costa Rica y Singapur. (Guía Clínica 2010 Cáncer Gástrico, 2010)

En la actualidad a pesar de la disminución de la incidencia del carcinoma en los últimos años, esta enfermedad todavía es la causa de muerte más común por cáncer en todo el mundo. La incidencia es muy variable en todos los países. Por ejemplo en EUA se presenta una incidencia de 11.1, en Inglaterra de 22.1 y en Japón de 100.2 por 100,000. Lo que demuestra la gran variabilidad que existe entre distintas regiones. (asociacion americana de cancer, 2014)

Para el año 2015, los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para este cáncer en los Estados Unidos son:

- Se diagnosticarán aproximadamente 24,590 casos de cáncer de estómago (15,540 hombres y 9,050 mujeres).
- Aproximadamente 10,720 personas (6,500 hombres y 4,220 mujeres) morirán a causa de este cáncer. (Inst. Nacional de Cancer, 2014)

Se conoce que para finales de la década de los 30, el cáncer de estómago fue la causa principal de muertes por cáncer en los Estados Unidos. Estudios realizados actualmente se dice que el cáncer de estómago está bien abajo en esta lista esto debido por una mayor disponibilidad de frutas y vegetales frescos y una disminución en el uso de alimentos salados y ahumados. ([REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(4) 627-636], 2013)

Algunos médicos creen que el descenso también puede estar asociado con el uso frecuente de antibióticos para tratar las infecciones. Los antibióticos pueden destruir la bacteria llamada *Helicobacter pylori* (*pylori H*), la cual se cree es una *causa importante* de cáncer de estómago. (american cancer society, 2012).

En Latinoamérica Chile y Costa Rica destacan por su mortalidad de más de 40 por 100,000 habitantes. Según el Reporte Histopatológico Nacional de Neoplasias Malignas en México, en 1998 se descubrieron 3,255 casos nuevos, de los cuales 56% en hombres y 44% en mujeres. En global ocupó el 5° lugar de tumores malignos, en hombres el 3.º lugar y en mujeres el 5° lugar. La mortalidad en México alcanzó 5 por 100,000 habitantes, consolidándose como el tumor digestivo maligno más frecuente. (asociacion americana de cancer, 2016)

## **Determinantes sociodemográficas.**

### **Edad y sexo.**

El cáncer de estómago afecta principalmente a las personas de edad avanzada. Al momento del diagnóstico, la edad promedio de las personas es de 69 años. Alrededor de 6 de cada 10 personas diagnosticadas con cáncer de estómago cada año tienen 65 años o más. 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 factores. (american cancer society, 2012).

Actualmente se manejan las siguientes cifras la incidencia son muy pronunciadas respecto al sexo, siguiendo una proporción de dos veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres. La mayor incidencia por edad se encuentra entre los 50 y 70 años, con una incidencia máxima alrededor de los 60 años, siendo infrecuente antes de los 30 años. (web consultas, 2014)

### **Procedencia.**

La escala mundial, el cáncer de estómago es más común en Japón, China, Europa oriental y del sur y América Central y del sur. Esta enfermedad es menos común en África occidental y del sur, Asia Central y del sur, y Norteamérica. (american cancer society, 2012).

Con lo que se sabe que con el simple hecho de que las poblaciones que migran de un país con alta incidencia a otro donde es baja muestran 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 alimenticios. (inst. nacional de medicina, 2013)

En los Estados Unidos, el cáncer de estómago es más común entre los estadounidenses de origen hispano, las personas de raza negra y los asiáticos/isleños del Pacífico en comparación con las personas de raza blanca que no son de origen hispano. (guias diagnostica de cancer , 2013).

Con lo que también se vinculan a este cáncer los estratos socioeconómicos bajos especialmente en áreas rurales donde la calidad de vida no son óptimas esto determinado por el status social de cada individuo. ([REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(4) 627-636], 2013),

### **En cuantos ha hábitos personales.**

El hábito de fumar aumenta el riesgo de cáncer de estómago, particularmente para los cánceres de la sección superior del estómago cercana al esófago. La tasa de cáncer de estómago es alrededor del doble para los fumadores. (guías diagnóstica de cáncer , 2013)

Se habla también del sobrepeso o la obesidad es una posible causa de cánceres del cardias (la parte superior del estómago más cercana al esófago), aunque todavía no está claro cuán contundente es esta asociación. (rev cubana, 1998)

### **Características clínicas.**

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. ((Rev. colomb. gastroenterol; publicado en sep. 2002, 2002)

Los síntomas del cáncer gástrico tiende a manifestarse con síntomas leves e inespecíficos en sus inicios, por lo cual rara vez son causa de consulta médica. Se conoce como cáncer gástrico incipiente a aquella lesión que compromete la mucosa o submucosa es asintomático en un 80% de los casos, y en el 20% restante aparecen síntomas inespecíficos similares a un síndrome ulceroso y ocasionalmente náuseas, anorexia o saciedad precoz. (Gastric cancer mass survey in Chile Article first published online: 22 AUG 2006), 2006).

Pero los síntomas más alarmantes son una hemorragia digestiva alta o pérdida de peso significativa que esta se presenta en menos del 2% de los casos precoces. (web consultas, 2014)

Ya hablando del cáncer gástrico avanzado, la sintomatología es más florida siendo frecuentes el dolor abdominal y la baja de peso (60% de lo casos) También suelen presentar anorexia, náuseas, vómitos, anemia, disfagia, hemorragia digestiva y saciedad precoz. (Rev. Col Gastroenterol / 23 (4) 2008), 2008)

Según estudios observacionales que se realizó indican que la mayoría de los pacientes con cáncer gástrico precoz refieren síntomas de tipo dispéptico (dolor epigástrico leve recurrente, pirosis, con o sin distensión abdominal, náuseas o vómitos), y no presentan síntomas de alarma (anemia, disfagia, pérdida de peso), siendo indistinguibles de sujetos con afecciones benignas. (asociacion americana de cancer, 2014)

En términos generales, el antecedente con mayor asociación, junto al grupo de edad (>40 años), es el dolor epigástrico, que aumenta o disminuye con las comidas, que se mantiene por más de 15 días y que no responde a las medidas terapéuticas simples habituales, no farmacológicas, como el régimen de alimentación. (Guía Clínica 2010 Cáncer Gástrico, 2010).

En la actualidad se conoce que Como en los casos de los tumores benignos, los síntomas iniciales del cáncer de estómago son muy inespecíficos. Ello puede retrasar el diagnóstico unos meses. Las molestias abdominales pueden acompañarse de náuseas y vómitos, pérdida de peso, astenia y malestar general; por ello cualquier síntoma abdominal que sea persistente en el tiempo debe ser investigado.

Más tarde puede manifestarse otros síntomas más importantes como alteraciones en la evacuación intestinal (ya sea diarrea o estreñimiento), dificultad al ingerir alimentos, mal aliento, tos persistente y dolor abdominal. (web consultas, 2014).

Aunque algo muy importante que tenemos que tener presente es que estos síntomas también pueden estar causados por muchas otras afecciones, como un virus o úlcera estomacal, por lo que debemos saber las diferentes complicaciones y estadios de esta patología (Revista Colombiana de Gastroenterología. jul-sep2014, 2014)

La forma de presentación varía en forma importante de acuerdo a la localización del tumor y el compromiso de otros órganos:

-Los tumores de tercio superior se presentan con cierta frecuencia por disfagia, debido al crecimiento tumoral con compromiso de la unión gastroesofágica.

-Los tumores del tercio medio alcanzan en general gran tamaño debido a que el estómago es muy distensible. En general consultan tardíamente y se manifiestan de las formas antes descritas.

-Los tumores del tercio inferior, especialmente aquellos más distales pueden presentarse como un síndrome pilórico, con vómitos de retención (con alimentos ingeridos muchas horas antes), en ocasiones sin bilis y explosivos. (guías diagnóstica de cancer , 2013).

### **Diagnostico:**

En el diagnóstico es esencial una buena historia clínica, un prolijo examen físico y un alto índice de sospecha, especialmente en países o regiones con alta incidencia de la enfermedad. (asociacion americana de cancer, 2014)

Al sospechar la presencia de cáncer gástrico en un paciente con factores de riesgo y síntomas característicos. El diagnóstico deberá realizarse con la ayuda de los métodos diagnósticos convencionales como radiografía de vías digestivas superiores y endoscopia digestiva superior con toma de biopsia, por lo tanto, el diagnóstico se hace de forma ordenada tomando aspectos clínicos, radiológicos, endoscópicos, patológicos e inmunológicos. (PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLOGICO Y TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON CÁNCER, 2013)

### **Endoscopia superior**

Una endoscopia superior (también llamada *esofagogastroduodenoscopia*) es el estudio principal que se utiliza para detectar cáncer de estómago. Se puede utilizar cuando alguien tiene ciertos factores de riesgo o cuando los signos y los síntomas sugieren que la enfermedad pudiera estar presente. (Perfil clínico, epidemiológico y terapéutico de pacientes con cancer gástrico cirugía del Hospital Roosevelt., 2002).

Actualmente, la endoscopia digestiva es la técnica de primera elección para el diagnóstico ya que permite visualizar el tumor de forma directa además de la

toma de biopsia y citología que aporta el diagnóstico en más del 90% de los casos. La endoscopia tiene una mayor precisión para delimitar la profundidad de la invasión pero menor exactitud para determinar la presencia de metástasis ganglionar regional para lo que se puede utilizar punción-aspiración con aguja fina bajo control ecográfico que permite valorar ganglios regionales y metástasis hepática. ([REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(4) 627-636], 2013)

### **Biopsia endoscópica**

La toma de biopsia es obligatoria ante toda lesión gástrica, con independencia de su aspecto endoscópico. La precisión diagnóstica de la biopsia en el cáncer gástrico es muy alta, entre el 90% y el 98%. Los falsos negativos corresponden con mayor frecuencia a las lesiones excavadas. (PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLOGICO Y TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON CÁNCER, 2013)

Entre las diferentes pruebas que se hacen con la toma de biopsia tenemos:

-Inmunohistoquímica (*immunohistochemistry*, IHC): en esta prueba se aplican a la muestra anticuerpos especiales que se adhieren a la proteína HER2/neu, lo que causa que las células cambien de color si se presentan muchas copias de esta proteína. (oncol, 1998)

-Hibridación fluorescente in situ (*fluorescent in situ hybridization*, FISH): técnica de laboratorio que se usa para observar los genes o los cromosomas en las células y los tejidos. (inst. nacional de medicina, 2013)

### **Radiografía seriada del tracto gastrointestinal superior**

Radiografías del esófago y el estómago estudio en el cual el paciente bebe un líquido que contiene bario (compuesto metálico de color plateado blancuzco). Este líquido reviste el esófago y el estómago, y se toman radiografías. Este procedimiento también se llama serie gastrointestinal (GI) superior. (Inst. Nacional de Cancer, 2014)

Estos estudios son importantes para definir la extensión del tumor apreciando áreas de poca distensibilidad o la anatomía en pacientes con cirugía gástrica previa. (asociacion americana de cancer, 2014).

### **La tomografía computarizada**

La tomografía computarizada muestra el estómago con bastante claridad, y frecuentemente puede confirmar la localización del cáncer. Además, puede mostrar los órganos adyacentes al estómago, tal como el hígado, así como los ganglios linfáticos y los órganos distantes donde pudiese haber propagación del cáncer. La CT puede ayudar a determinar la extensión (etapa) del cáncer, y si la cirugía puede ser una buena opción de tratamiento. ([REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(4) 627-636], 2013).

Otra prueba tenemos:

### **Laparoscopia**

Si este estudio se realiza, por lo general, se hace sólo después de que se haya encontrado el cáncer de estómago. (Inst. Nacional de Cancer, 2014)

Los médicos podrían realizar una laparoscopia antes de cualquier otra cirugía para ayudar a confirmar que un cáncer de estómago sigue solamente en el estómago y puede ser removido totalmente mediante cirugía. También se puede realizar antes de la quimioterapia Amador Molina.

## **VII.DISEÑO METODOLÓGICO:**

**1.Área de estudio:** El estudio se llevará a cabo en la Ciudad de Matagalpa, en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina.

**2. Tipo de estudio:** Estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos.

**3. Universo:** Incluye a 78 pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina durante los años 2012 al 2014.

**4. Muestra:** Incluye a todos aquellos pacientes lo cuales fueron atendidos en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina en los servicios de Cirugía y Medicina Interna diagnosticados con Cáncer Gástrico en los años 2012 al 2014.

**5. Tipo de muestreo:** No probabilístico. Por conveniencia

### **6. Criterios de inclusión:**

- Pacientes atendidos por los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital Escuela Cesar Amador Molina con afectación gastrointestinal con sospecha de cáncer Gástrico.
- Pacientes los cuales tienen una infección por *helicobacter pylori*.
- Pacientes sometidos a cirugías invasivas con afectación al sistema digestivo.

### **7. Criterios de exclusión:**

- Pacientes fallecidos con sospecha de cáncer gástrico antes de ser diagnosticados.
- Datos incompletos en el expediente clínico
- Pacientes diagnosticados con cáncer gástrico por otro hospital que no sea el HECAM.
- Pacientes los cuales se encuentran en fase terminal de la enfermedad.

## **8. Variables:**

**-Demográficas:** Edad, procedencia, ocupación, escolaridad, sexo, estatus social

**Antecedentes personales patológicos y no patológicos:** Hipertensión Arterial, cardiopatía coronaria, patología pulmonar, diabetes mellitus, infección por *Helicobacter pylori*, gastritis, alcohol, fumador.

### **Manifestaciones clínicas:**

**Síntomas:** Anorexia, Dolor epigástrico, Disfagia, Náuseas, Vómitos, Hematemesis, Pérdida de peso.

**Signos:** Masa palpable, Anemia, Ganglio de Virchow, Masa hepática, Íleo, Ascitis, Ictericia.

**Métodos Diagnósticos:** Endoscopia, Biopsia, Ultrasonido, Tomografía.

**Clasificación Histológica: Clasificación de Lauren:** Difuso, Intestinal.

**Diagnóstico del médico Tratante:** Gastroenterólogo , Patología

**Tratamiento: Quirúrgico:** no se realiza Cx, Gastrectomía Total, Gastrectomía sub- total.

**Tiempo de seguimiento:** menor a 1 año. De 1 año a 2 años, mayores a 2 años.

**9. Instrumento de recolección de la información:** se realizara una ficha con el fin de obtener todos los datos necesarios del expediente clínico en cuanto a la sintomatología e incidencia característico del cáncer gástrico mediante las variables en estudio.

**10. Procedimiento de recolección de la información:** Previo al estudio se le solicitó la colaboración al Dr. Sánchez (gastroenterólogo), de facilitar los números de expedientes de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico. Una vez recolectada la información mediante las fichas de cada expediente estos fueron procesados mediante el programa SPSS para su respectivo procesamiento y análisis de los resultados.

**11. Procesamiento y análisis de la información:** una vez recolectada la información se procesó mediante el programa SPSS en donde se relacionó las variables estudiadas de acuerdo a los objetivos planteados en donde se valora las principales características epidemiológicas y clínicas de esta enfermedad en el periodo establecido, esto obtenidos mediante la ficha de recolección de datos.

**12. Aspectos éticos:** Se realizará revisión de expedientes clínicos que pertenecen a pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico en Hospital Escuela Cesar Amador Molina, con la más completa confidencialidad y responsabilidad, para obtener la información requerida para la realización de esta investigación. Sin faltar a ningunas de las normas de la unidad, no haciendo uso de la información de cada paciente para fines antiéticos. Se realizó una carta dirigida al Dr. González (sub- director de docencia) en donde otorgo el permiso de la revisión de expedientes, en donde se llenó ficha según datos de estos.

## **RESULTADOS:**

**En la tabla No 1.** Se distribuyeron a los pacientes de acuerdo a la edad y el sexo, del total de la muestra 46 correspondieron al sexo masculino y 32 al femenino, con discreto predominio en hombres con un 58.9 % de los casos en relación al segundo. El mayor número de pacientes correspondió al grupo de edades mayor a 60 años con 47 pacientes para un 60.2%.

**En la tabla No 2.** Se distribuyeron a los pacientes de acuerdo a la procedencia y el nivel de educación alcanzado en donde del total de la muestra 46 (59%) pacientes procedían del área rural y 32 (41%) del área urbano, en donde se establece que el analfabetismo con un 83.3% y la primaria 71.4% se da en el área rural en comparación con el área urbana que prevalece la secundaria y universidad con un 76.9% respectivamente.

**En la tabla No 3.** Se distribuyeron a las personas en estudio de acuerdo a su estatus social y profesión u oficio en donde del total 52 pacientes correspondiente a un 66.7% son clase baja y 26 pacientes un 33.3% son clase media. En donde la profesión u oficio que mas prevalece en la clase baja encontramos con un 27 (34.6%) agricultores, 23 (29.4%) comerciantes lo cual viene a darse una similitud en cuanto a la ocupación con la clase media 9 (11.5%) agricultores y comerciantes simultáneamente.

**En la tabla No 4.** Se distribuyeron a los pacientes de acuerdo a los APP y APNP en donde prevalece la HTA con 51 pacientes para un total del 69.4% seguido de gastritis con 48 pacientes para un 61.5 %, DM con 41 pacientes para un 52.6 %, los cuales fueron significativos con los hábitos de fumar en 50 pacientes para un 64.1%, así como el alcohol en 48 pacientes para un 61.5%.

**En la tabla No 5.** Se muestran los principales síntomas referidos por los pacientes en estudio en donde prevalece la Epigastralgia con un total de 70 pacientes para un total de 89.7 %, seguido de Nauseas con 64 pacientes para un 82.0%, así como vómitos con 61 pacientes para un 78.2%, pérdida de peso

con 50 pacientes para un 51.3%, anorexia con 40 pacientes para un 51.3 % los cuales fueron los resultados más significativos.

**En la tabla No 6.** Se muestran los principales signos referidos por los pacientes en estudio en donde el ganglio de Virchow se encontró en 66 pacientes para un total de 84.6%, seguido masa epigastrio en un 47 pacientes para un 60.3%, anemia 35 pacientes para un 44.9 % siendo estos los resultados más significativos.

**En la tabla No 7.** Se muestran los principales métodos Diagnósticos utilizados para el diagnóstico de los pacientes en estudio en donde la endoscopia se le realizo a 77 pacientes para un total de 98.7%, seguido biopsia 66 pacientes para un 84.6 %, tomografía 60 pacientes para un 76.9%, ultrasonido 44 pacientes para un 56.4 % por lo que todos los métodos diagnósticos son de utilidad.

**En la tabla No 8.** Se muestra la clasificación histológica según Lauren en los pacientes estudiados en donde la forma intestinal predominio en 62 pacientes para un total de 79.5 %.

**En la tabla No 9.** Muestra el especialista el cual diagnostico la enfermedad en los pacientes estudiados en donde el Gastroenterólogo fue el q más diagnostico hizo en un total de 54 pacientes para un total de 69.2%.

**En la tabla No 10.** Muestra las opciones del tratamiento quirúrgico para los pacientes diagnosticados, en donde un total de 46 pacientes no se le realiza cirugía para un 59.6%, seguido de la gastrectomía parcial 20 pacientes para un 25.6 %. Y en una menor proporción la gastrectomía total 12 pacientes para un 15.4%.

**En la tabla No 11.** Determina el tiempo de seguimiento que se le da a las personas diagnosticadas con cáncer gástrico en donde ha 50 pacientes se le dio menos de un año para un 64.1 %, seguido de aquellos a quienes se le dio seguimiento de 1 a 2 años ha 24 pacientes para un 30.8% y aquellos más de 2 años a 4 pacientes para un 5.1%

## **CONCLUSIÓN:**

El grupo de edad más afectado por el cáncer gástrico correspondió a los 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.

Los síntomas más frecuentes fueron: Epigastralgia, Nauseas, Vómitos, pérdida de peso; entre los principales signos fueron: Ganglio de Virchow, Masa en el Epigastrio, Anemia.

Los principales métodos diagnósticos que se utilizan están la Endoscopia, Biopsia, tomografía.

## **Recomendaciones:**

### **AL MINISTERIO DE SALUD:**

-Implementar programas de prevención y detección de problemas sociodemográficos para el desarrollo de cáncer gástrico en el área rurales de la región , ya que el 59% de la población con cáncer gástrico proviene de dicha área.

-En conjunto con organizaciones no gubernamentales y gubernamentales, deben crear un programa informativo que contenga las primeras manifestaciones clínicas de cáncer gástrico que permitan a la población consultar, realizar un diagnóstico temprano y brindar un tratamiento adecuado para una mejor sobrevida.

### **AL HOSPITAL ESCUELA CESAR AMADOR MOLINA:**

-Tomar en cuenta que los expedientes médicos deben ser llenados en su totalidad para obtener una información clara y precisa en futuras investigaciones.

-Hacer énfasis que los tres síntomas de cáncer gástrico en orden de prioridad encontrados corresponden a dolor epigástrico, anemia y vómitos.

### **A LOS MÉDICOS EN GENERAL**

-Prestar mayor importancia a pacientes con dolor epigástrico, anemia, vómitos y anorexia, Ganglio de Virchow, Masa en el Epigastrio, Anemia ya que esto constituye las principales manifestaciones clínicas del cáncer gástrico.

-Aunque el mayor número de casos de cáncer gástrico fue documentado en pacientes mayores a 60 años, existe un notable aumento a partir de la cuarta década por lo que a pacientes con síntomas característicos comprendidos en este rango de edad se les deberá prestar énfasis.

-Brindar tratamiento temprano y adecuado a los pacientes que presentan Gastritis ya que esta constituye una causa directa para el desarrollo de cáncer gástrico.

## VIII.BIBLIOGRAFIA

AECC. (8 de 9 de 2014). *asociacion americana de cancer*. Obtenido de asociacion americana de cancer: [www.aecc.es](http://www.aecc.es)

Alvarado, L. F. (2013). PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO Y TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON CÁNCER. *PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO Y TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON CÁNCER*, 22-25.

cancer, g. (2006). Gastric cancer mass survey in Chile Article first published online: 22 AUG 2006). *Gastric cancer mass survey in Chile Article first published online: 22 AUG 2006*).

Cancer, I. d. (9 de 9 de 2014). *Inst. Nacional de Cancer*. Obtenido de Inst. Nacional de Cancer: <http://www.cancer.gov/>

Condes. (2013). [REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(4) 627-636]. *rev medica*, 627-636.

Garcia, s. (5 de 3 de 2013). *inst. nacional de medicina*. Obtenido de inst.nacional de medicina: <http://med.unne.edu.ar/>

gastroenterol, r. (2008). *Rev. Col Gastroenterol / 23 (4) 2008*. *Rev. Col Gastroenterol / 23 (4) 2008*).

Minsa. (2010). *Guía Clínica 2010 Cáncer Gástrico*. Chile: Santiago.

Morales, C. R. (2002). Perfil clínico, epidemiológico y terapéutico de pacientes con cancer gástrico en el departamento de cirugía del Hospital Roosevelt, durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1992 al 31 de Diciembre del 2001. *Perfil clínico, epidemiológico y terapéutico de pacientes con cancer gástrico en el departamento de cirugía del Hospital Roosevelt, durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1992 al 31 de Diciembre del 2001.*, 34-35.

oncol. (1998). rev cubana. *Rev Cubana de Oncol 1998;14(3):171-79*, 171-179.

oncologia. (2013). guias diagnostica de cancer . *guias diagnostica de cancer* , 273-283.

oncologica, r. c. (2013). tratamiento quirurgico del cancer. *tratamiento quirurgico del cancer*, 34-56.

rev.gastroenterologia. (2002). (Rev. colomb. gastroenterol; publicado en sep. 2002. (*Rev. colomb. gastroenterol; publicado en sep. 2002*, 123-134.

rev.gastroenterol. (2005). Rev. gastroenterol. Perú v.25 n.1 Lima ene./mar. 2005. *Rev. gastroenterol. Perú v.25 n.1 Lima ene./mar. 2005*, 178-195.

rev.gastroenterologa. (2014). Revista Colombiana de Gastroenterología. jul-sep2014. *Revista Colombiana de Gastroenterología. jul-sep2014*, 165-175.

rev.oncologia. (2014). tratamiento y pronostico de cancer. ...*tratamiento de cancer*, 34-45.

society, c. (2012). american cancer society. *american cancer society*, 75-82.

society, e. (2014). europa asociate cancer. *europa asociate cancer*.

stomag, C. (2012). *cancer gastrico*. Obtenido de *cancergastrico*: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/digestiv>

Tuñón, M. D. (12 de 5 de 2014). *web consultas*. Obtenido de *web consultas*: <http://www.webconsultas.com/>

**ANEXOS:**

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
<b>Edad</b>	Tiempo cronológico que una persona ha vivido desde que nació.	Edad en años	Cuantitativa	Razón	Ficha de recolección de datos
<b>Sexo</b>	Condición orgánica, física y constitutiva que distingue a Masculino de Femenino.	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
<b>Procedencia</b>	Ubicación geográfica del origen de un individuo	Área ciudad capital o fuera de ciudad capital registrada en el expediente clínico	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
<b>Ocupación</b>	Trabajo, cuidado, empleo,	Profesión u Oficio	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos

	<p>oficio, tarea útil o necesaria</p> <p>en que se emplea el tiempo</p> <p>para adquirir de ese modo</p> <p>la manutención y la</p> <p>Propiedad de ciertas cosas.</p>				
<b>Escolaridad</b>	Nivel de educación alcanzado de un individuo.	<p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>universidad</p>	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
<b>Estatus Social</b>	Nivel alcanzado socialmente esto determinado por la comodidades que presenta un individuo	<p>Clase baja</p> <p>Clase media</p> <p>Clase alta</p>	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
<b>Antecedentes personales patológicos y no patológicos:</b>	Patología o condición a la cual se expone un huésped, la que facilita la presencia o introducción de un agente capaz de alterar su estado de salud.	Patologías previas asociadas así como acciones cotidianas del individuo según la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos

<b>Manifestaciones clínicas</b>	Síntomas y signos de la enfermedad	<u>Síntomas:</u> Anorexia, dolor epigástrico, disfagia, náusea, vómitos, sensación de plenitud, hematemesis, pérdida de Peso.  <u>Signos:</u> Masa palpable, anemia, ganglio de Virchow, masa hepática, íleo, ascitis, Ictericia, nódulo umbilical.	cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
<b>Métodos diagnósticos</b>	Exámenes complementarios para confirmar el diagnóstico	Endoscopia, Marcadores Tumorales, Biopsia,	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos.

		Ultrasonido, tomografía.			
<b>Tipo histológico</b>	Clasificación del cáncer gástrico según el tejido que le da origen.	Informe histopatológico de la muestra del tumor en base a:  INTESTINAL  DIFUSO.	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos.
<b>Médico tratante</b>	Diagnostico por parte de un médico especialista en la rama de cáncer.	Gastroenterólogo  Patólogo  Cirujano oncólogo	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos.
<b>Tratamiento Quirúrgico</b>	Cirugía realizada con el propósito de eliminar la mayor cantidad posible de Cáncer.	Gastrectomía parcial,  gastrectomía total,  esplenectomía,  reconstrucción ante cólica,  reconstrucción retro cólica,  otros.	cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos.

<b>Tiempo de Seguimiento</b>	Tiempo transcurrido desde la primera consulta hasta la última consulta.	Meses y/o años.	Cuantitativa	Razon	Ficha de recolección de datos.
------------------------------	---	-----------------	--------------	-------	--------------------------------

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
FAREM MATAGALPA  
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

**I.- Antecedentes Generales:**

Nombre: _____
N° Ficha Clínica: _____ Procedencia _____
Domicilio: _____ ocupación: _____
Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Sexo: F _____ M _____ Estatus social: _____
Escolaridad: _____

**II-ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS:**

Patología previa asociada	SI	NO
Hipertensión Arterial		
Cardiopatía Coronaria		
Patología Pulmonar		
Diabetes Mellitus		
Infección por helicobacter pylori.		
Gastritis		
Fumador		
Alcohol		

### III- Manifestaciones Clínicas:

SINTOMAS	SI	NO	SIGNOS	SI	NO
Anorexia			Masa palpable		
Dolor epigástrico			Anemia		
Disfagia			Ganglio de Virchow		
Náusea			Masa hepática		
Vómitos			Íleo		
Hematemesis			Ascitis		
Pérdida de peso			Ictericia		

### IV- MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:

Métodos	SI	NO
Endoscopia		
Biopsia		
Ultrasonido		
Tomografía		

**V. CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA:**

Clasificación de LAUREN:	Difuso _____
Intestinal: _____	

**VI. DIAGNOSTICO MEDICO TRATANTE:**

---

## ANALISIS

Tabla No. 1. Distribución de los pacientes con Cáncer Gástrico de acuerdo a la edad y el sexo. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012- 2014.

EDAD	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
20 A 40	4 5.1%	3 3.8%	7 8.9%
40 A 60	8 10.2%	16 20.51%	24 30,7%
MAYOR A 60	20 25.6%	27 34.6%	47 60,2%
Total	32 41%	46 58.9%	78 100,0%

- El cáncer gástrico puede presentarse a cualquier edad, y en ambos sexos, sin embargo, es mucho menos frecuente por debajo de los 40 años, aumentando su frecuencia a partir de esa edad, hasta alcanzar su mayor incidencia en personas mayores de 60 años de vida, predominando en el sexo masculino con una proporción de 2:1, según describen estudios realizados en países como EE. UU y países latinoamericanos como Chile, Colombia y Costa Rica.

**-Tabla No 2.** Distribución de los pacientes con Cáncer Gástrico de acuerdo a su ubicación geográfica y el nivel de educación alcanzado. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012- 2014.

UBICACIÓN GEOGRAFICA	NIVEL DE EDUCACION ALCANZADO				Total
	analfabeta	Primaria	Secundaria	Universidad	
Rural	20 25.6%	20 25.6%	3 3.8%	3 3.8%	46 59,0%
Urbano	4 5.1%	8 10.2%	10 12.8%	10 12.8%	32 41,0%
Total	24 30,7%	28 35.8%	13 16.6%	13 16.6%	78 100,0%

-Somos vulnerables a desarrollar esta patología al ser una región, con una tasa elevada de población rural, y un nivel de educación inferior, en donde estudios realizados por estados unidos se habla mucho de estos factores epidemiológicos para el desarrollo de esta patología

**Tabla No 3.** Distribución de los pacientes con Cáncer Gastrico de acuerdo al estatus social y la profesión u oficio. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012- 2014.

ESTATUS SOCIAL	PROFESION O OFICIO			Total
	Profesional	Agricultor	Comerciante	
Clase baja	2 2.5%	27 34.6%	23 29.4%	52 66,7%
Clase Media	8 10.2%	9 11.5%	9 11.5%	26 33,3%
Total	10 12.8%	36 46.1%	32 41.0%	78 100,0%

- Predomina la clase baja (pobreza) y siendo el principal oficio la agricultura, en el cual se hace uso de productos químicos lo cual se dice que son promotores del desarrollo del cáncer gástrico según estudio realizado en Costa Rica y Colombia países Latinoamérica.

**Tabla No 4.** Antecedentes Patológicos Personales y No Patológicos de pacientes con Cáncer Gástrico. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012- 2014.

APP	SI	NO
<b>HIPERTENSION ARTERIAL</b>	<b>51</b> <b>69.4 %</b>	27 34.6%
<b>CARDIOPATIA CORONARIA</b>	37 47.4%	41 52.6%
<b>PATOLOGIA PULMONAR</b>	38 48.7%	40 51.3%
<b>DIABETES MELLITUS</b>	<b>41</b> <b>52.6%</b>	37 47.4%
<b>INFECCION POR HELICOBACTER PYLORY</b>	18 23.1%	60 76.9%
<b>GASTRITIS</b>	<b>48</b> <b>61.5%</b>	30 38.5%
<b>FUMADOR</b>	<b>50</b> <b>64.1%</b>	28 35.9%
<b>ALCOHOL</b>	<b>48</b> <b>61.5%</b>	30 38.5%

-Además que tenemos una alta prevalencia de enfermedades crónicas, como la Gastritis, HTA y DM, estos sumados con el habito toxico del fumar y del alcohol con los que se pueden tener una alta incidencia de los casos según estudios realizados en EUA, Perú, Chile.

**Tabla No 5.** Principales Síntomas de pacientes con Cáncer Gástrico. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012- 2014.

SINTOMAS	SI	NO
ANOREXIA	40 51.3%	38 38.5%
EPIGASTRALGIA	70 89.7%	8 10.3%
DISFAGIA	33 42.3%	45 57.7%
NAUSEA	64 82.0%	14 17.9%
VOMITOS	61 78.2%	17 21.8%
HEMATEMESIS	34 43.6%	44 56.4%
PERDIDA DE PESO	50 64.1%	28 35.9%

-Entre los principales síntomas encontrados en los pacientes estudiados tenemos la Epigastralgia, Náuseas, Vómitos, Anorexia, las cuales pueden interpretarse como cualquier patología Gastrointestinal, por lo que describe la Asociación Americana de cáncer que el Cáncer Gástrico no se descubre en estadio tempranos Por lo que como clínicos debemos de reconocer los principales síntomas de la enfermedad.

**Tabla No 6.** Principales Signos de Pacientes con Cáncer Gástrico. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012- 2014.

SIGNOS	SI	NO
MASA EPIGASTRIO	47 60.3%	31 39.7%
ANEMIA	35 44.9%	43 55.1%
GANGLIO DE VIRCHOW	66 84.6%	12 15.4%
MASA HEPATICA	21 26.9%	57 73.1%
ILEO	26 33.3%	52 66.7%
ASCITIS	23 29.5%	55 70.5%
ICTERICIA	25 32.1%	53 67.9%

-Por otro lado signos que se encontraron fueron el Ganglio de Virchow pateneumónico del Cáncer Gástrico, así como la masa epigastrio y la anemia, los cuales se dan en estadio ya avanzado de la enfermedad esto determinado por la Revista de Perú publicado en el 2013.

**Tabla No 7.** Principales Métodos Diagnósticos utilizados en Pacientes con Cáncer Gástrico. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012-2014.

DIAGNOSTICO	SI	NO
ENDOSCOPIA	77 98.7%	1 1.3%
BIOPSIA	66 84.6%	12 15.4%
ULTRASONIDO	44 56.4%	34 43.6%
TOMOGRAFIA	60 76.9%	18 23.1%

-Como unidad de salud (HECAM) hacemos un buen uso de los métodos diagnósticos siendo la principal la Endoscopia, esto confirmado por la Biopsia para una mayor afirmación de los casos, así como también la utilización de la TAC para determinar el crecimiento o afectación a diferentes órganos.

**Tabla No 8.** Clasificación Histológica según Lauren en Pacientes con Cáncer Gástrico. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012- 2014.

Clasif. Lauren	Frecuencia	Porcentaje
Difuso	16	20,5%
Intestinal	62	79,5%
Total	78	100%

-Según el hallazgo anatomo-histopatológico en pacientes estudiados fue de alta prevalencia el intestinal esto dado por el servicio de patología, en el cual se dice que este es más frecuente en pacientes mayores de 60 años, teniendo estos mal pronóstico esto de acuerdo a la revista mexicana publicada en 2012.

**Tabla No 9.** Especialidad del Médico el cual diagnostica el Cáncer Gástrico en los pacientes. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012- 2014.

ESPECIALIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Gastroenterología	54	69,2%
Patología	24	30,8%
Total	78	100%

-El especialista que más establece el diagnóstico es el gastroenterólogo al ser la endoscopia el método de elección utilizado; esto influenciado por estudio que se hizo en Managua en el año 2000.

GRAFICO No 1. Distribución de los pacientes con Cáncer Gástrico de acuerdo a la edad y el sexo. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012-2014

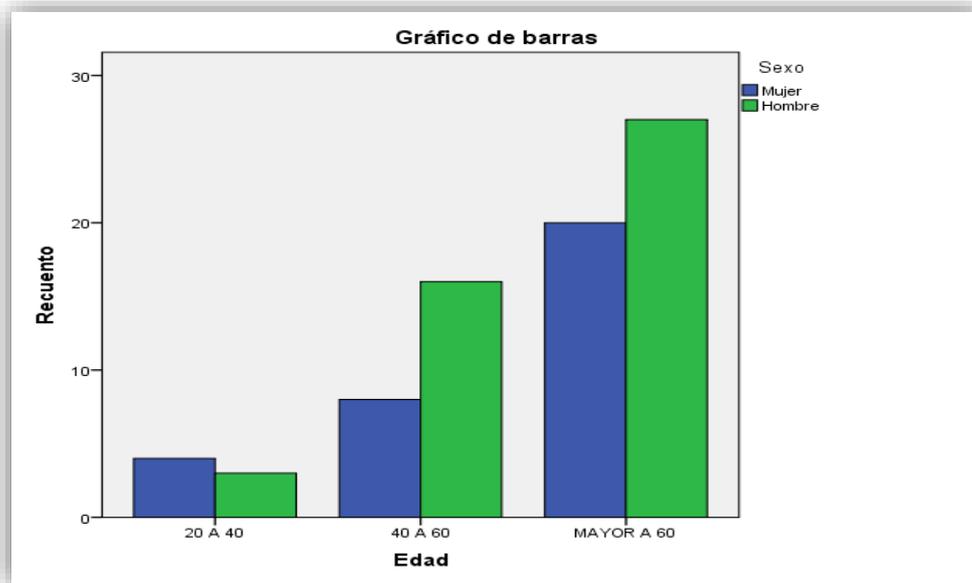


GRAFICO No 2. Distribución de los pacientes con Cáncer Gástrico de acuerdo a su ubicación geográfica y el nivel de educación alcanzado. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012-2014.

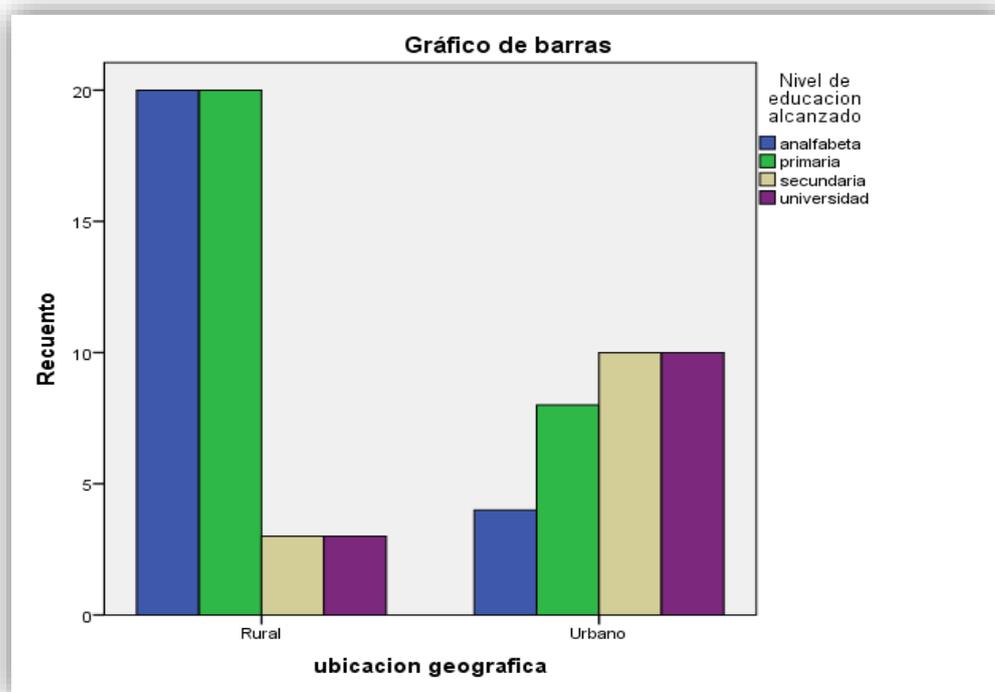


GRAFICO No 3. Distribución de los pacientes con Cáncer Gastrico de acuerdo al estatus social y la profesión u oficio. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012- 2014.

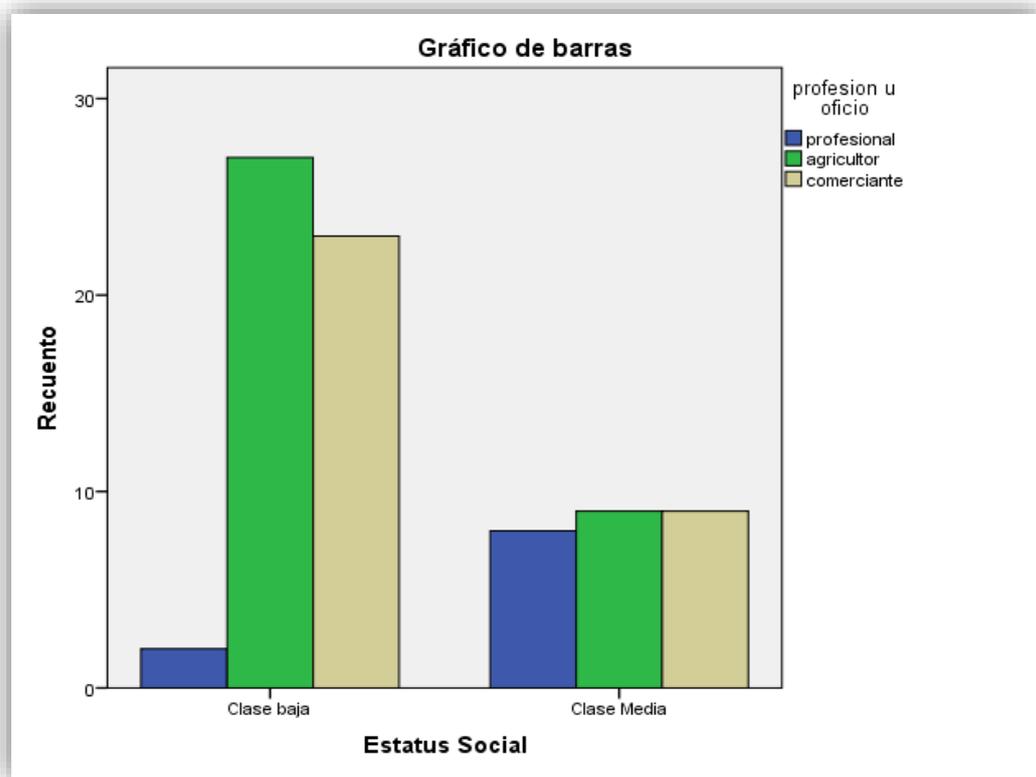


GRAFICO No 4. Antecedentes Patológicos Personales y No Patológicos de pacientes con Cáncer Gástrico. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012- 2014.

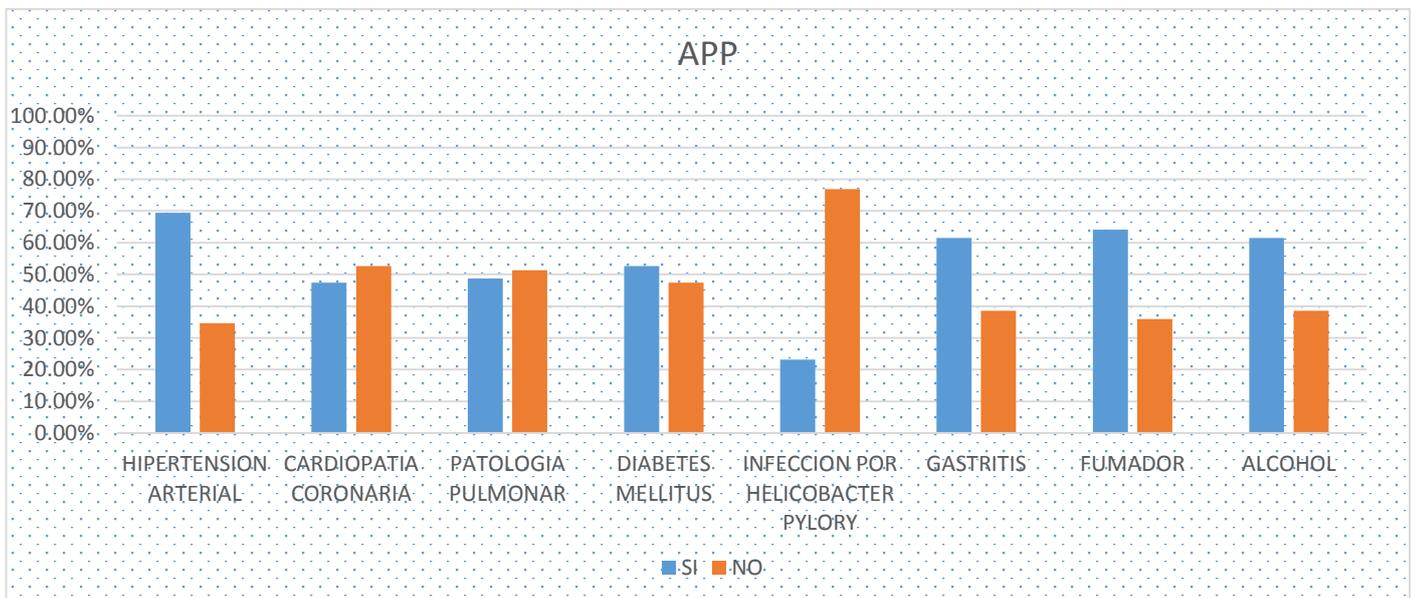


GRAFICO No 5. Principales Síntomas de pacientes con Cáncer Gástrico. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012- 2014.

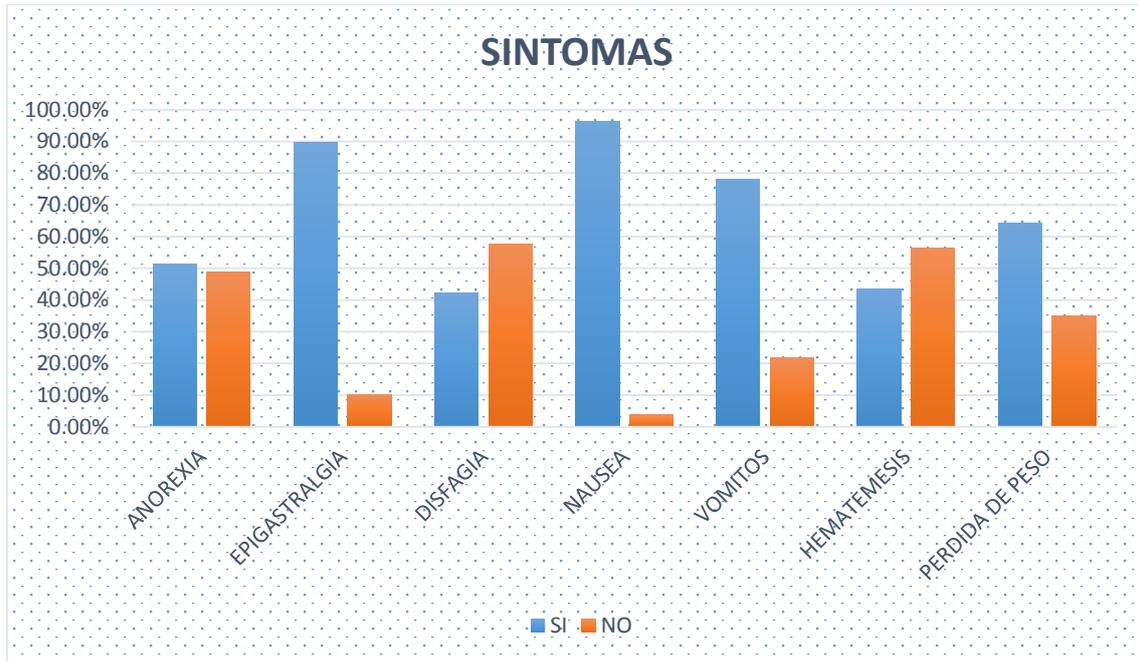
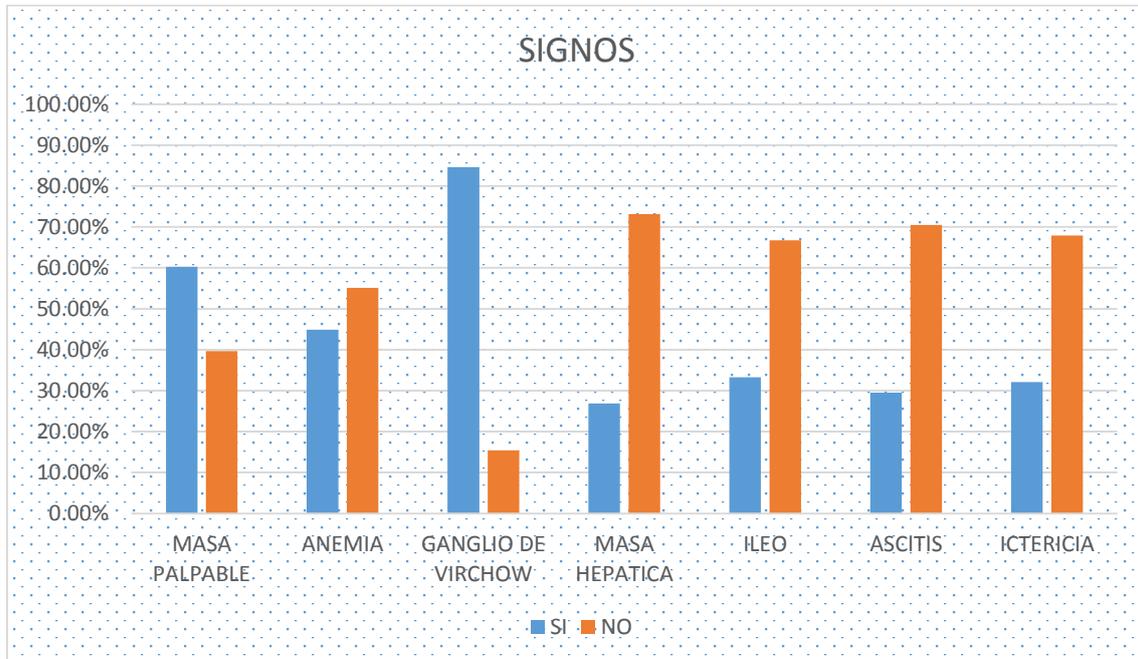


GRAFICO No 6, Principales Signos de Pacientes con Cáncer Gástrico. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012- 2014.



GRAFICOS No 7. Principales Métodos Diagnósticos utilizados en Pacientes con Cáncer Gástrico. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012-2014.

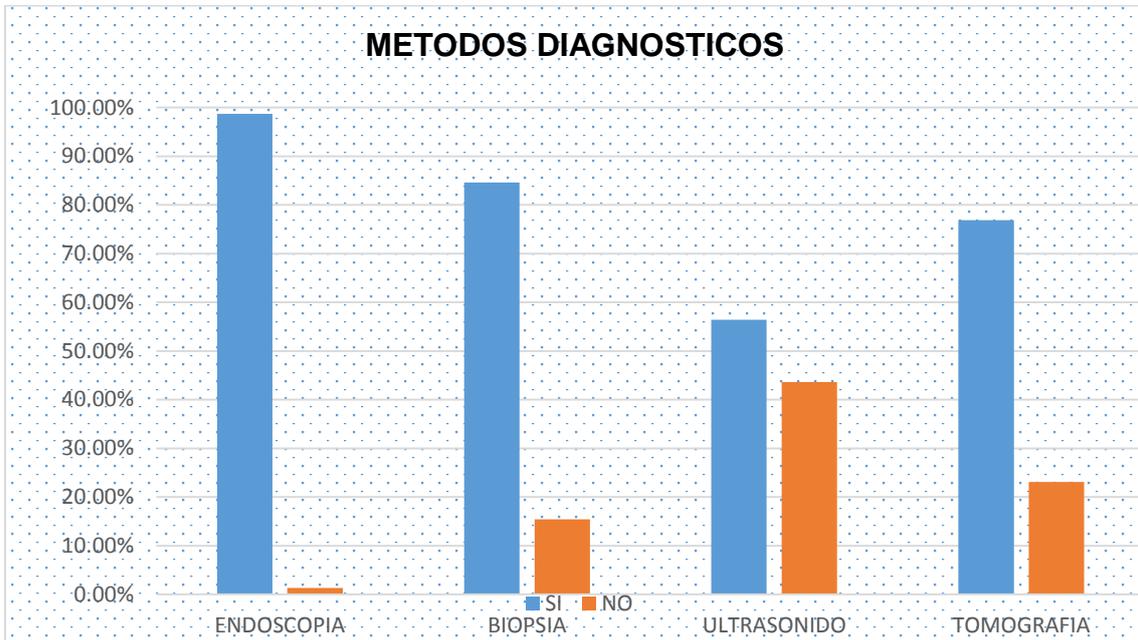


GRAFICO No 8. Clasificación Histológica según Lauren en Pacientes con Cáncer Gástrico. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012-2014.

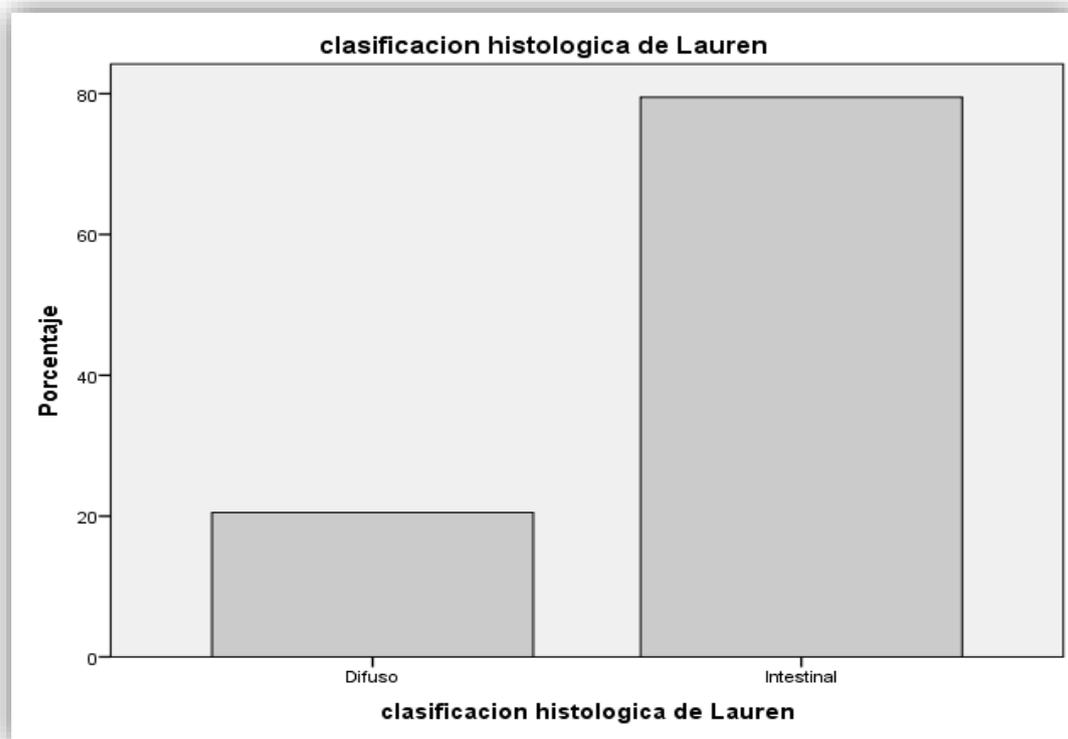


GRAFICO No 9. Especialidad del Medico el cual diagnostico el Cáncer Gástrico en los pacientes. Hospital Escuela Cesar Amador Molina en el periodo 2012-2014.

