

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

HALLAZGOS EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES
CON SIGNOS DE ALARMA PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE
CÁNCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO
LOAYZA DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2022

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA

PRESENTADO POR

OLIVIA ALANIS SILES DE GONZALEZ POLAR

ASESORA

CAROLINE MALAMUD KESSLER

LIMA-PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**HALLAZGOS EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN
PACIENTES CON SIGNOS DE ALARMA PARA DETECCIÓN
TEMPRANA DE CÁNCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DE ENERO A DICIEMBRE
DEL AÑO 2022**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA

PRESENTADO POR:

OLIVIA ALANIS SILES DE GONZALEZ POLAR

ASESORA:

DRA. CAROLINE MALAMUD KESSLER

LIMA, PERÚ

2024

ÍNDICE

Pág.

PORTADA

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción de la situación problemática	4
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Objetivos	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación.....	5
1.5. Viabilidad y factibilidad	7
1.6. Limitaciones	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes	8
2.1.1. Antecedentes internacionales	8
2.1.2. Antecedentes nacionales	11
2.2. Bases teóricas.....	14
2.3. Definición de términos básicos.....	23
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	25
3.1. Hipótesis	25
3.2. Variables y su definición operacional	25
3.3. Operacionalización de variables	25
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	28
4.1. Diseño metodológico.....	28
4.2. Diseño muestral	28
4.3. Técnica de recolección de datos.....	30
4.4. Procesamiento y análisis de datos	30
4.5. Aspectos éticos	31
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	32
PRESUPUESTO	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34
ANEXOS	41
1. Matriz de consistencia.....	41
2. Instrumentos de recolección de datos.....	43

NOMBRE DEL TRABAJO

HALLAZGOS EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON SIGNOS DE ALARMA PARA DETECCION TEMPRANA

AUTOR

OLIVIA ALANIS SILES DE GONZALEZ POLAR

RECuento de palabras

10144 Words

RECuento de caracteres

59142 Characters

RECuento de páginas

40 Pages

Tamaño del archivo

285.8KB

Fecha de entrega

Sep 17, 2024 2:54 PM GMT-5

Fecha del informe

Sep 17, 2024 2:55 PM GMT-5

● **19% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

El cáncer gástrico según la Organización Mundial de la Salud, ocupa el quinto lugar de las neoplasias más frecuentes en el mundo como causas de mortalidad a nivel mundial. (1)

Según el Globocan, el cáncer gástrico ocupa el tercer cáncer más prevalente en Perú para el año 2020, siendo el segundo más prevalente en la población masculina, y el tercero más prevalente en las mujeres, y además ocupó la primera causa de muerte para el mismo año con un 14,2% de casos (2).

El cáncer gástrico evoluciona mal debido a un diagnóstico tardío, a una mala respuesta a las terapéuticas y la naturaleza altamente heterogénea de la enfermedad (3).

El servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) nivel III, referencial del Ministerio de Salud del Perú recibe a diario pacientes referidos de todo el país por ser hospital de alta complejidad, tanto para consulta externa como para áreas de hospitalización; actualmente se encuentra equipado con adecuada tecnología para procedimientos como la endoscopia digestiva alta la que permite realizar un diagnóstico adecuado y oportuno de cáncer gástrico tanto en sus estadios temprano como avanzado.

Actualmente son escasos los estudios de investigación, que nos brinden información sobre los hallazgos endoscópicos en pacientes con sintomatología de alarma sugestivos de cáncer gástrico. Por lo que la presente investigación propone demostrar la utilidad de la endoscopia digestiva alta como herramienta de detección temprana y oportuna de cáncer gástrico para así poder analizar y fortalecer una estrategia de prevención.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles serían los hallazgos en la endoscopía digestiva alta en pacientes con sintomatología clínica de alarma como detección temprana de cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima en el año 2022?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los hallazgos de la endoscopia digestiva alta en pacientes con signos de alarma como detección temprana de cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima de enero a diciembre del año 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Describir la relación de los factores de riesgo asociados: epidemiológicos, genéticos y tipos de grupos sanguíneos con los hallazgos en la endoscopia digestiva alta de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022.
2. Determinar la relación de los hallazgos en la endoscopia digestiva alta según los signos clínicos de alarma en pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022.
3. Identificar la relación de infección por *Helicobacter Pylori* según resultado de anatomía patológica de la endoscopia digestiva alta en los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022.
4. Determinar la relación según la localización de las lesiones gástricas en la endoscopia digestiva alta de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022.
5. Determinar la relación según las clasificaciones macroscópicas de cáncer gástrico en la endoscopia digestiva alta en pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022.

1.4. Justificación

- El diagnóstico de cáncer gástrico a nivel nacional ha aumentado en los últimos años. Los casos de cáncer en el Perú subieron a 72,827 por año y el cáncer de estómago no solo se incrementó notablemente, sino que es la primera causa de muerte, tanto en hombres como mujeres. (4)
- De acuerdo a la detección ocupa el segundo lugar en hombres y el tercero en mujeres. Con 4,767 casos el cáncer de estómago es la primera causa

de mortalidad en hombres y mujeres según el reciente informe del Observatorio Global de Cáncer 2022 (Globocan). (4)

- Es importante el diagnóstico precoz del cáncer gástrico, para el paciente como para el estado al ser estas cubiertas por el seguro integral de salud (SIS), generando un alto gasto socioeconómico. Así mismo también para los pacientes que no cuentan con este seguro público, donde el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y la recuperación significan altos gastos económicos, entre pruebas y terapéuticas que deben realizarse para la disminución de la morbimortalidad.
- El poder diagnosticarlo de manera temprana y oportuna ayudarían a reducir la mortalidad de cáncer gástrico en un 14% (2). Así como también reduciría los costos hospitalarios de los pacientes con cáncer gástrico avanzado y disminuiría los índices de mortalidad a través del control de la enfermedad.
- Actualmente, hay pocas fuentes de información sobre investigaciones en los hospitales del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) que se centren en los hallazgos endoscópicos en pacientes con sintomatología clínica de alarma para detección temprana de este tipo de cáncer.
- Por este motivo este estudio de investigación busca demostrar los hallazgos de la endoscopia digestiva alta en los pacientes que presenten esta sintomatología de alarma como detección de cáncer gástrico temprano, lo que permitiría un diagnóstico y manejo oportuno para que mejore la calidad de vida de los pacientes y esperanza de vida.
- También es importante ver la utilidad de la endoscopia digestiva alta tipo screening de lesiones gástricas premalignas en especial para los mayores de 40 años que según estudios demográficos son más frecuentes para desarrollo de cáncer, esto nos ayudaría a la formulación de políticas públicas de salud como medida preventiva y reduciría los costos hospitalarios de los pacientes con cáncer gástrico avanzado así también los índices de mortalidad en un gran porcentaje a través del control de la enfermedad.

- Los resultados encontrados en esta investigación podrían servir para desarrollar otros estudios prospectivos y analíticos que con el paso del tiempo desarrollarían cáncer gástrico en un seguimiento.

1.5. Viabilidad y factibilidad

- Es factible y viable, con el apoyo y autorización de la Dirección General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y jefatura del Servicio de Gastroenterología.
- Sera posible acceder a las historias clínicas físicas con el permiso institucional garantizando la confidencialidad de los datos y respetando la bioética en el desarrollo del proyecto de investigación.
- Así mismo se dispone del apoyo del personal administrativo y de un financiamiento económico accesible proporcionado por el investigador para llevar a cabo el estudio.
- También es importante desarrollar este estudio puesto que atiende a la población necesaria de pacientes.

1.6. Limitaciones

- Una limitación potencial es que no se cuenta con todos los resultados de los informes de endoscopia digestiva en las historias clínicas .
- Dentro de esta gran limitación esta que las historias clínicas físicas almacenadas de la institución están con información incompleta.
- Así como también al no ser digitalizadas están son letra ilegible, que nos daría dificultad a la hora de la recolección de datos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Duarte-Chang, Calixto y Zúñiga, (2021), publicaron un estudio sobre la *Helicobacter pylori* y la asociación con hallazgos endoscópicos en los usuarios atendidos en un centro de referencia en Panamá. El estudio fue observacional, transversal y analítico, del 1 de enero del 2019 al 31 de diciembre del 2019 en el servicio de Gastroenterología del Hospital Santo Tomás. Se realizaron 1.281 endoscopias digestivas donde el 21,4% de los pacientes salieron con resultado positivos para HP. Se vio en la endoscopia presencia de gastritis nodular con una asociación OR 4,32 (2,74-6,80) con infección por HP. La úlcera duodenal y úlcera gástrica tuvieron relación con infección por HP, OR 3,71 (1,21-11,35) y OR: 2,59 (1,36-5,16). Se concluyó en cuanto a los hallazgos endoscópicos en un contexto clínico podrían aumentar la probabilidad diagnóstica de infección por HP. (5)

Castaño, et al. (2022), en la ciudad de Medellín- Colombia, publicaron un estudio titulado Intervalo de *Cáncer gástrico: Llamado a la atención a la acción*; en este estudio retrospectivo analítico, se evaluaron 513 pacientes con cáncer gástrico (GAC) diagnosticados entre enero de 2012 y junio de 2018 en su institución. Los pacientes tenían un diagnóstico endoscópico de GAC y habían tenido una endoscopia negativa para tumor en los tres años previos. Se identificaron 42 casos de adenocarcinoma gástrico de intervalo (GCI), representando el 8,2% de los casos. De estos, 9 tenían lesiones tempranas y 33 lesiones avanzadas. Los GCI tendían a ser más pequeños en tamaño (31 vs. 41 mm, $P < 0,01$) y más frecuentemente eran de tipo plano o deprimido ($P < 0,01$). Se observó asociación con pacientes con gastrectomía y anastomosis ($p = 0,02$) y sin señales de alerta ($p < 0,003$). Las localizaciones más comunes fueron el cuerpo gástrico (52%) y el antro (26%). La supervivencia global a dos años fue similar entre GCI y GAC (37,1% vs. 39,3%, $P = 0,72$), subrayando la importancia de la vigilancia endoscópica regular en pacientes de alto riesgo. (6)

Portillo, et al. (2021), Colombia, publicaron un estudio sobre relación de las características sociodemográficas e histopatológicas en pacientes con cáncer gástrico en pacientes de una región con alto riesgo en Colombia. El

estudio se realizó en la Clínica Oncológica Aurora y abarcó los años 2014 a 2017, incluyendo a 54 pacientes sometidos a gastrectomía por cáncer gástrico. Como resultado se vio que los tumores mayormente se presentaron en hombres de más 50 años, donde la correlación hombre-mujer es de 2,6:1. La ubicación más común del tumor fue en la región antro pilórica. El tipo histológico predominante fue el intestinal, representando el 80% de los casos. Donde *Helicobacter pylori* esta con una prevalencia de 24,07%, siendo más frecuente en el tipo intestinal. La lesión premaligna más prevalente fue metaplasia intestinal en los tipos histológicos de tumor. Los resultados destacan que la edad superior a 50 años y el sexo masculino son factores asociados con el cáncer gástrico, corroborando hallazgos previos en estudios similares.(7)

Brenner, et all. (2020), Chile, publicó un estudio de cancer gástrico con un total de 608 pacientes en el departamento de cirugía del Hospital Clínico Universidad de Chile en mayo de 2004 hasta julio de 2016. De estos pacientes, 562 fueron sometidos a resección, siendo el 77% sometidos a gastrectomía total. Se encontró carcinoma incipiente en el 19% de los casos resecados, equivalente a 106 pacientes, sin ninguna muerte durante la operación. Entre los 416 pacientes con gastrectomía total por carcinoma avanzado, se obtuvo una mortalidad operatoria para los casos R0-R1 de 2,9%. Sin embargo, de ellos 22 pacientes sometidos a "gastrectomía total de aseo", se observó una alta mortalidad operatoria del 17%. Los pacientes diagnosticados con carcinoma gástrico presentaron una evolución similar a aquellos con carcinoma avanzado. Se obtuvo un aumento en la localización de tumores localizados ubicados en tercio proximal del estómago, como del tipo difuso y en la incidencia de carcinomas incipientes entre los casos resecados. La tasa de supervivencia media a 5 años fue del 92% y a 15 años del 72%. (8)

Santacreo, et all. (2019), llevaron a cabo un estudio en el Hospital Juárez de México para la detección de lesiones gástricas premalignas en pacientes con dispepsia comparando de endoscopia sistemática alfanumérica codificada (ESAC) con la endoscopia convencional. La ESAC utilizó una documentación fotográfica sistemática y secuencial.

Se incluyeron pacientes referidos para endoscopia entre abril y junio de 2019. Del total, el 49% se sometió a ESAC y el 51% a endoscopia convencional. Se logró buena visibilidad en el 98.2% de los casos. La histopatología confirmó

gastritis crónica asociada a *H. pylori* en el 50%, metaplasia intestinal en el 15% y displasia de alto grado en el 3.8%. Los resultados indicaron que la ESAC mostró mejor especificidad negativa (VPN), pero la endoscopia convencional tuvo una mayor precisión diagnóstica y detectó más lesiones gástricas premalignas. (9)

Uribe, et all. (2019), estudio para evaluar barreras en la atención en salud del cáncer gástrico en Santander, Colombia, durante 2015-2016. Encontraron que las principales barreras fueron administrativas, económicas, culturales, de conocimiento, de comunicación e institucionales percibidas por adultos con cáncer gástrico, cuidadores y médicos tratantes. También se abordó estrategias para mejorar, sobrellevar y reducir estas barreras, así como el impacto emocional y el papel de la familia, además de las necesidades específicas del paciente. Se concluyó que la fragmentación del sistema de salud y su segmentación limitan el diagnóstico precoz y el manejo efectivo del cáncer gástrico, afectando la calidad de vida de los pacientes y sus familias. (10)

Spence AD et al., el 2017, publicó una revisión sistemática. Cuyo objetivo es de examinar el riesgo de adenocarcinoma gástrico en pacientes con atrofia gástrica o metaplasia intestinal. La búsqueda fue realizada en EMBASE, MEDLINE, Web of Science y Cochrane Library a junio de 2016. Con 15 artículos de estudios de incidencia de cáncer gástrico en atrofia gástrica y nueve en metaplasia intestinal en cohortes (dos de estos se investigó atrofia gástrica como Metaplasia intestinal). Los resultados fueron una tasa de incidencia de adenocarcinoma gástrico en personas con Atrofia Gástrica osciló entre 0,53 y 15 por 24 por 1000 años-persona, con variación en la incidencia de cáncer gástrico en pacientes con MI (0,38 a 17,08 por 1000 persona años). Una de las más altas tasas de incidencia de cáncer gástrico se dieron en países asiáticos, para pacientes con atrofia gastrica, y en EE. UU. para aquellos con Metaplasia intestinal (15,24 y 17,08 por 1000 años^{3 7 7 11} persona, respectivamente); en otros estudios de mayor magnitud (cuatro sobre 25 000 años-persona) tuvieron una incidencia rango de tasa de 1,0 a 2,5 por 1000 años-persona, pero se vio que la calidad del estudio fue deficiente y hubo una marcada heterogeneidad. En conclusión hay una gran variación en la tasa de incidencia anual de cáncer gástrico para lesiones premalignas (11).

Según Avalos, et all. (2017), en un estudio descriptivo, se llevo a cabo una investigación en el Departamento de Gastroenterología del Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez Hernández, en Matanzas, Cuba, desde enero de 2014 a enero de 2016. Este análisis determinó el comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer gástrico avanzado diagnosticado mediante estudio endoscópico. La investigación incluyó a 28 pacientes, siendo el grupo de 60 años de edad el más afectado (67,9%). El sexo masculino predominó con un 57,1%. El estudio destacó el adenocarcinoma de tipo intestinal como el tipo más común y el antro gástrico como la localización más frecuente donde la mayoría de los pacientes presentaron infección por *Helicobacter pylori*, con un 60,7% mostrando un test de ureasa positivo.(12)

Paredes (2017), Ecuador, condujo un estudio en pacientes del Hospital Abel Gilbert Pontón en Guayaquil sobre cáncer gástrico. El estudio reveló que la edad promedio de los afectados oscilaba entre los 61 y los 80 años, con frecuente en hombres. Con síntomas habituales de dolor abdominal, astenia y llenura precoz . El diagnóstico se basó en endoscopia con biopsia, siendo el tipo histológico más frecuente el difuso (60%), seguido por el adenocarcinoma tipo intestinal (40%). (13)

Solís (2015), en un estudio en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, evaluando la incidencia y el perfil clínico del cáncer gástrico de enero del 2012 y diciembre de 2014. Se vio como resultado que la mayoría de los casos se dieron en pacientes de 61 a 70 años, con hábito de fumar en el 25% de los casos. La endoscopia con biopsia fue el método diagnóstico principal, mostrando que el tipo histológico más común fue el difuso (59%), seguido por adenocarcinomas de tipo intestinal (40.2%). (14)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Mendoza (2021), estudio de investigación de factores asociados al desarrollo de cáncer gástrico entre 2015 y 2018 - Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Incluyó 166 participantes, divididos en 83 casos y 83 controles. Se identificaron varios factores de riesgo significativos para el cáncer gástrico: procedencia de la sierra [OR=3,53], selva [OR=8,74], ocupación en agricultura/ganadería [OR=7,57], sobrepeso [OR=3,14], infección por *Helicobacter pylori* [OR=8,31], gastritis crónica atrófica [OR=2,79], y pólipos gástricos [OR=2,03].

Los factores protectores incluyeron ser de la costa [OR=0,20], ama de casa [OR=0,45], y peso normal [OR=0,36]. Estos hallazgos resaltan la importancia de los antecedentes geográficos, ocupacionales y de salud gastrointestinal en el riesgo de desarrollar cáncer gástrico. (15)

Flores y Ortiz (2020), realizaron un estudio de adenocarcinoma gástrico en el Servicio de Patología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) de Lima, Perú, del año 1997 al año 2012. El estudio reportó 5 casos de adenocarcinoma gástrico, excluyendo uno con células de anillo de sello por falta de confirmación anatomopatológica. Se observó que el 75% de los casos eran hombres, con promedio de edad de 44.8 años (rango: 11-66.8 años). Desde el comienzo, el tiempo medio de los síntomas hasta llegar al diagnóstico fue de 6 meses (rango: 1-12 meses), el promedio global de supervivencia fue de 183 días (rango: 0-371 días). Un (75%) de los pacientes son de provincias. Se identificó un caso con antecedentes familiares de adenocarcinoma gástrico, catalogado como cáncer gástrico difuso hereditario. No se documentó la presencia de infección por *Helicobacter pylori*, lo que limitó la posibilidad de comparaciones con otros estudios en ese aspecto. (16)

Chirinos, et al. (2018), un estudio descriptivo sobre lesiones gástricas con tratamiento con Disección Endoscópica de la Submucosa, en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, con la Clínica Angloamericana. La investigación reveló que el 61,53% de las resecciones fueron adenocarcinomas, y también las demás fueron adenomas con displasia de alto grado. La ubicación más común de las lesiones fue el antro gástrico, destacándose los hallazgos endoscópicos de lesiones plano elevadas (IIa) y plano elevadas con componente deprimido (IIa + IIc). (17)

Pareja, Navarrete y Parodi (2017), Lima – Perú, publicaron un estudio en personas adultas, “La seroprevalencia de la infección por *Helicobacter pylori*”. La muestra conformada por voluntarios de edad superior a 18 años, de ambos sexos, con o sin patologías gastroenterológicas, fueron examinados mediante la prueba rápida OnSite H. *pylori* Ab Combo Rapid Test CE de CTK Biotech. Se registraron 140 personas con una edad media de 36.6 años, con un 22.1% de hombres y un 77.9% de mujeres. La incidencia de *Helicobacter pylori* fue del 63.6%

La prueba utilizada permitió la detección simultánea de IgM, IgG e IgA en una gota de sangre periférica capilar. Los mayores grupos de frecuencia fueron los de 21 a 60 años (85.7%), con una seroprevalencia más alta en voluntarios menores de 20 años (75.0%) y de 31 a 40 años (67.9%). La prevalencia fue mayor en mujeres (65.1%). (18)

Parrillo (2017), em hospital de Lima, Perú, publicó una evaluación de las características endoscópicas y patológicas del cáncer gástrico. Dicho estudio fue con pacientes de más de 30 años diagnosticados histológicamente de adenocarcinoma gástrico, donde se identificaron 92 casos con una prevalencia promedio del 0,6%. Se observó una prevalencia del 0,34% en 2009 y del 0,82% en 2013, con un predominio en hombres (62%) frente a mujeres (38%). La edad menor de 55 años representó el 16% de los casos, mientras que los mayores de 76 años alcanzaron el 42%. El hallazgo por endoscopia digestiva alta fue Borrmann III (57%), seguido de Borrmann II (16,3%), IV (15%), V (7,6%) e I (3,3%). Predomino tipo histológico intestinal (75%), con *Helicobacter pylori* en 50% y metaplasia intestinal con un 40%. Estos resultados subrayan una alta prevalencia de cáncer gástrico, más frecuente en hombres y en mas de 76 años, con una presentación predominante de Borrmann III, asociada a la presencia de *Helicobacter pylori* y metaplasia intestinal incompleta en casos de tipo intestinal. (19)

Rodríguez, et all. (2013), Callao Peru, titulado “Características histológicas y endoscópicas del cáncer gástrico diagnosticado en un hospital nacional del Callao”. El estudio incluyó 120 pacientes con diagnóstico histológico confirmado, mostrando un promedio de edad entre $65,4 \pm 13,6$ años y un pequeño predominio femenino (51%). Los tipos histológicos encontrados fueron adenocarcinoma intestinal en 68 casos (56%), difuso en 45 casos (38%) y mixto en 7 casos (6%). En cuanto a la localización, los tumores se distribuyeron en fondo gástrico en 23 casos (19%), cuerpo en 52 casos (43%), antro en 39 casos (33%) y píloro en 6 casos (5%). Se observó que los pacientes con adenocarcinoma intestinal tuvieron una edad promedio mayor ($69,1 \pm 10,3$ años) en comparación con los pacientes con adenocarcinoma difuso ($59,3 \pm 15,3$ años). Además, la localización proximal fue más frecuente en los casos de adenocarcinoma difuso. (20)

Rivas V et al., en 2017, se realizó la investigación que se realizó de forma analítica y transversal en Lima. Con el propósito de relacionar descubrimientos endoscópicos de metaplasia intestinal, atrofia gástrica y cáncer gástrico con el resultado histológico correspondiente. Se adjuntan 521 informes anatomopatológicos. Se halló una relación entre la endoscopia con el cáncer gástrico de 47 pacientes (98%), con Kappa > 0.80, con una concordancia casi perfecta. En cuanto a la metaplasia intestinal y la atrofia gástrica, de 247 casos, se acordó 77 (31%), Kappa < 0.40, una concordancia casi plena.. Se concluyó que 4 4 4 4 7 16 16 respecto a cáncer gástrico existe una concordancia casi perfecta; pero hay una concordancia menor para la metaplasia intestinal y atrofia gástrica (21).

2.2. Bases teóricas

Una de las neoplasias más frecuentes a nivel mundial es el cáncer gástrico siendo el quinto cáncer más común y la tercera causa de muerte por cáncer en el año 2020, con más de un millón de nuevos casos y 769,000 muertes registradas. Suele diagnosticarse en estadios avanzados, lo que está asociado a una alta mortalidad. La incidencia es mayor en hombres que en mujeres. Las tasas más altas de incidencia se encuentran en países como Japón y Mongolia en Asia Oriental, mientras que las tasas más bajas se observan en América del Norte y Europa (Ferlay, Ervik y Lam, 2020). (22)

Mientras que Mukkamalla, Recio y Babiker (2023), observan una disminución en la incidencia de cáncer gástrico a nivel mundial, atribuida a la detección temprana y al tratamiento de causas infecciosas, así como a modificaciones en el estilo de vida y factores de riesgo ambientales como la dieta. Sin embargo, estas mejoras aún no son una realidad en todos los países, incluyendo el nuestro. (23)

En consecuencia, más del 95% de los cánceres gástricos son adenocarcinomas. los cuales suelen clasificarse según su anatomía y ubicación en proximal y distal, así como por su tipo histológico difuso o intestinal; Machclowska, et all. (2020), expresan una observación de una disminución en la incidencia del tipo intestinal y un aumento en el tipo difuso de cáncer gástrico. Dado así que el cáncer gástrico proximal es más prevalente que el distal. Estas tendencias podrían explicarse por mejores prácticas de higiene, una mejor

conservación de los alimentos, un aumento en el consumo de frutas y verduras frescas, y la erradicación de *Helicobacter pylori*. (24)

El principal factor etiológico del cáncer gástrico es la infección por *Helicobacter pylori* (HP) , con una prevalencia alta que supera el 50%. Hooi, et al. 2017 (25), encuentran que su incidencia varía según la zona geográfica y sigue siendo predominante en países en vías de desarrollo, asociándose frecuentemente con el nivel socioeconómico y los estándares de higiene; de manera que el cáncer gástrico puede clasificarse topográficamente en cánceres cardiales y no cardiales, cada uno con sus propias comorbilidades, factores asociados y mecanismos oncogénicos distintos (Sung, et al., 2021). (26)

Factores de riesgo

1. El cáncer gástrico y la ingesta elevada de sal.

Otro factor de riesgo significativo para el aumento del cáncer gástrico es una dieta alta en sal. Se ha demostrado que ingerir sal en grandes cantidades, así como de comidas ricas en sal, puede incrementar la colonización por *Helicobacter pylori* y fomentar el desarrollo de cáncer gástrico (Shikata et al., 2006). Independientemente, la sal puede modificar la viscosidad de la mucosa protectora del estómago, facilitando la formación de carcinógenos como los compuestos N-nitroso. Además, puede provocar respuestas inflamatorias en el epitelio gástrico, promoviendo la proliferación de células epiteliales y aumentando la probabilidad de mutaciones endógenas (Campuzano, 2006). (27)

2. Cáncer gástrico y su relación con la dieta

Los estudios han establecido una relación entre el consumo de carne procesada y el cáncer gástrico. Por ejemplo, el nitrito se utiliza en los procesos de conservación de la carne bovina para mantener su color y sabor. Estos compuestos pueden reaccionar con los productos degradados de los aminoácidos de la carne, formando compuestos N-nitroso, los cuales han sido demostrados como carcinogénicos (Clinton, Giovannucci y Hursting, 2020). (28)

3. Obesidad y cáncer gástrico

La inflamación crónica es un estado caracterizado por el aumento de factores proinflamatorios, teniendo así al factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), la IL-6, la IL-7 y a la proteína C reactiva (PCR). Al ser estimulada la proliferación celular e inhibición de la apoptosis en las células del cáncer gástrico se induce al proceso inflamatorio que lleva al desarrollo del mismo cáncer. Así como también los niveles elevados de insulina, leptina y esteroides sexuales pueden aumentar la proliferación celular e inhibir la apoptosis, favoreciendo así que aumenten las células cancerosas. Cuando esta inflamación se hace crónica puede causar reflujo gastroesofágico por una elevada presión intraabdominal, produciendo así un esófago de Barrett y eventualmente al cáncer de cardias (Soto y Lagos, 2009). (29)

Definición: Cáncer gástrico

Apaza (2016), la define como un crecimiento descontrolado de células anormales que se desarrolla en el revestimiento del estómago, caracterizado por su capacidad invasiva y destructiva tanto del tejido local como de tejidos contiguos y órganos invadidos. (30)

Para Schwartz (2009), el cáncer es un conjunto de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del cuerpo humano, caracterizadas por un crecimiento descontrolado de células anormales con capacidad para invadir y destruir tejidos circundantes. (31)

Los factores externos juegan un papel significativo en las causas del cáncer, interactuando con predisposiciones genéticas y contribuyendo en más del 10% de los casos mediante su exposición (Arana y Corona, 2004). (32)

Epidemiología del cáncer gástrico

El cáncer gástrico en nuestro país se posiciona como la tercera neoplasia más frecuente, según el Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer en sus estadísticas de 2018, con los varones mostrando una mayor incidencia. En comparación con años anteriores, se observa un incremento en la tasa de esta enfermedad (Bray, et al., 2018). (33)

Cuadro clínico

Según Rondan (2016), el cáncer gástrico en estadios tempranos, caracterizado por lesiones incipientes y compromiso tisular inicial, generalmente presenta síntomas clínicos inespecíficos o leves. Los síntomas principales y de alarma son la pérdida de peso y el dolor abdominal, siendo estos los motivos principales de consulta médica; debido a ello Medina, Venegas y Ramos (2013), identifican que el cáncer de estómago presenta pérdida de apetito o peso, dolor abdominal, malestar abdominal superior después de comer, acidez o indigestión, náuseas y vómitos (a veces con sangre), anemia leve, dolor epigástrico, hematemesis, melena, disfagia, y diarrea con esteatorrea. (34)

Diagnóstico del cáncer gástrico.

Es importante el examen físico y la clínica ante un diagnóstico presuntivo de cáncer gástrico, sobre todo la sintomatología sugestiva de alarma, una masa palpable en epigastrio o de estenosis gastroduodenal con lo cual nos lleva a tener más alta probabilidad. Para confirmar esto está la endoscopia digestiva alta con biopsia para estudio anatomopatológico de la lesión gástrica a y/o tumores gástricos a encontrar (35). Lo que nos permite ver de forma macroscópica, su topografía, extensión proximal y distal (35).

Este procedimiento es seguro y agradable, con una mortalidad de 0.1% y una morbilidad de 0.004%. Dado que este es el método adecuado para el diagnóstico de CG con el resultado de biopsia. Con una biopsia, su sensibilidad es del 70 al 80% y, con 5 a 7 biopsias, se incrementa a 98%. Debemos examinar toda la mucosa, tener en cuenta los engrosamientos, los cambios de coloración y las ulceraciones. En particular, se debe tener en cuenta el ángulo y la parte vertical de la curvatura menor, y realizar una biopsia de toda lesión sospechosa. En la actualidad, la endoscopia gastrointestinal alta es la herramienta más relevante para el diagnóstico y la atención médica, en especial importancia porque detecta lesiones en estadios precoces. Para un mejor diagnóstico existen varias técnicas de coloración como el índigo carmín, la virtual con cromoendoscopia digital y la endoscopia con amplificación óptica (20,36). La endoscopia en Japón tiene una sensibilidad del 70% al 75% para CG temprano, muy diferente en nuestro medio que es sólo del 10% a 15% (36)

De acuerdo con la extensión del tumor y su aspecto macroscópico el cáncer gástrico se clasifica en: Cáncer temprano (Early cancer) y cáncer avanzado. El early cáncer “temprano” o precoz al adenocarcinoma de la mucosa y submucosa, este relacionado con ganglios o no, o con metastasis regionales. Según su apariencia endoscópica se clasifican en tipo I o protruido, tipo II superficial (elevado, plano o deprimido y tipo III o excavado. (35)

Cáncer avanzado es el que compromete las capas musculares propia y las otras, se le denomina como lo señaló Borrmann en el año 1926.

En la primera etapa de identificación del CG se encuentra la vía linfática, donde se encuentran los tumores precoces que invaden la capa submucosa, lo cual posibilita metástasis ganglionares. Es esencial elaborar un plan de terapia, ya que el diagnóstico es fundamental, con el fin de considerar 21 procedimientos resectivos locales y, en casos de metástasis en ganglios perigástricos e incluso en el segundo nivel, pueden incluirse en el tratamiento quirúrgico. El CG también puede diseminarse por invasión de órganos vecinos (La mayoría al páncreas; hígado, colon y bazo con menos frecuencia), por vía hemática (más frecuente al hígado) y por vía transcelómica puede metastatizar ovarios (tumor de Krukemberg) y/o provocar una carcinomatosis peritoneal. (36)

Tipos de Clasificaciones:

Clasificación de París

La clasificación de París es el primer sistema estandarizado a nivel internacional (entre Occidente y Asia) para categorizar y evaluar las lesiones superficiales del estómago detectadas por endoscopia. (37)

La clasificación endoscópica de París se basa en la Lesión Gástrica Superficial (LGS), abarcando además carcinomas con invasión limitada a la submucosa, neoplasias benignas intraepiteliales (displasia de alto y bajo grado), así como lesiones no neoplásicas con componente neoplásico (pólipos hiperplásicos). (37)

Lesiones protruidas (0-I)

Se define como, lesiones elevadas, sobre la mucosa subyacente, mayor a 2,5 mm.

Subtipos:

1.1. Lesión protruida o pedunculada (0-Ip)

1.2. Lesión protruida sésil (0-Is).

2. Las lesiones planas, se clasifican como 0-II

2.1. Lesión superficial elevada (0-IIa): según la clasificación endoscópica de París se caracteriza por una elevación no excede los 2,5 mm y no excede el doble del grosor de la mucosa afectada. Esta lesión se distingue del pólipo de características de adenoma por estas características endoscópicas específicas, que son relevantes para el diagnóstico diferencial y la planificación del tratamiento.

2.2. Lesión superficial plana (0-IIb): es una decoloración localizada en la mucosa sin elevación significativa, difícil de diagnosticar visualmente durante la endoscopia.

2.3. Lesión superficial deprimida (0-IIc): Es la más habitual en las lesiones superficiales gástricas. Se caracteriza por una depresión de contorno bien definido, a menudo con una convergencia de líneas convergentes. Macroscópicamente, muestra alteraciones en su arquitectura, patrón vascular y coloración, siendo fácilmente identificable durante la endoscopia.

3. Lesiones excavadas (0-III)

La lesión que se asemeja a una úlcera péptica benigna y que involucra la submucosa es clasificada como 0-IIc según la clasificación endoscópica de París.

4. Patrones mixtos

4.1. Lesiones elevada y deprimida.

a. Una lesión 0-IIc + 0-IIa se caracteriza por tener una superficie deprimida con elevación en su periferia.

b. Las lesiones 0-IIa + 0-IIc se caracterizan por presentar una depresión central en una lesión, y son denominadas (0-III+IIc u 0-IIc+III). (37)

Según aspecto macroscópico:

Se puede clasificar en 2 tipos:

El cáncer gástrico en etapa temprana o incipiente se clasifica según los criterios japoneses, donde la afectación se limita a la mucosa o submucosa. En contraste, en etapas avanzadas se utiliza la clasificación de Borrmann, que indica una

invasión más profunda hasta la capa muscular o más allá. La supervivencia a los 5 años es notablemente alta para el cáncer gástrico temprano, oscilando entre el 85% y el 100%, mientras que, para el cáncer gástrico avanzado, esta cifra disminuye significativamente, situándose entre el 5% y el 20% (Smyth, et al., 2020). (38)

❖ **Clasificación japonesa de cáncer gástrico incipiente**

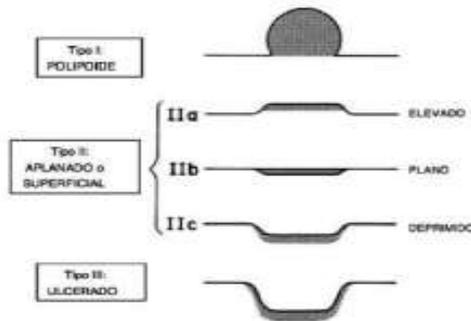


Figura 8.- Clasificación japonesa del cáncer gástrico temprano

Clasificación de Borrmann: Para cáncer gástrico avanzado Se emplea únicamente para el cáncer avanzado que excede los 3-4 cm de tamaño e invade la capa muscular como mínimo (Smyth, et al., 2020). (38)

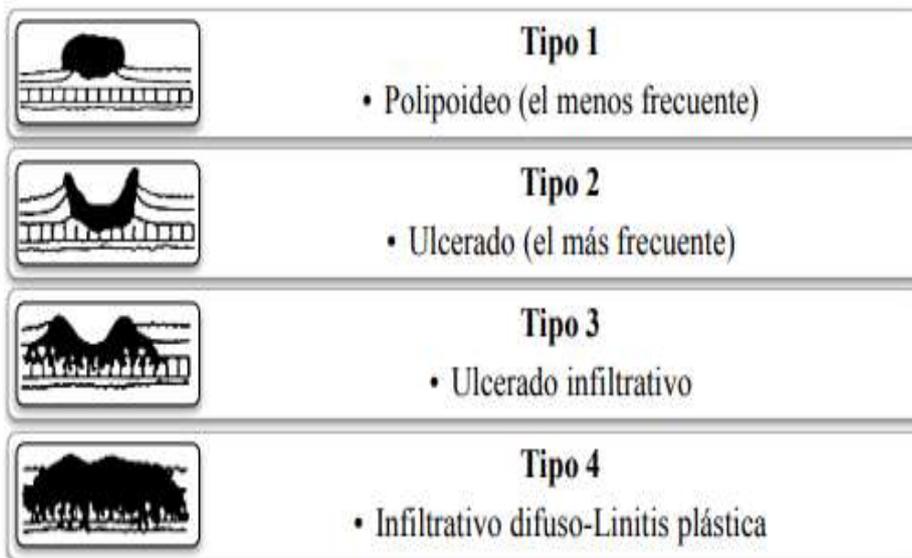


Figura 9.- Clasificación de Borrmann para cáncer gástrico avanzado

Clasificación de LAUREN:

La clasificación de Lauren se aplica a los adenocarcinomas gástricos, dividiéndolos en dos tipos principales: el tipo intestinal: caracterizado por carcinomas bien o moderadamente diferenciados, y el tipo difuso: que presenta carcinomas mal diferenciados con células en anillo de sello. Los carcinomas de tipo difuso son más comunes en individuos jóvenes de entre 40 y 60 años, sin predominancia entre hombres y mujeres, mientras que los de tipo intestinal son más frecuentes en personas de 55 a 80 años, con una mayor incidencia en hombres. (Lauren, 1965). (39)

TABLA 1
Clasificación de Lauren

Tipo intestinal	Tipo difuso
Diferenciado	Indiferenciado
Diseminación hematológica	Peritoneal
Antro	Fundus-Cardias
Dieta- <i>H. pylori</i>	Grupo sanguíneo A
Lesiones precancerosas	No relación con lesiones premalignas
Hombres-Ancianos	Mujeres-Jóvenes
Áreas epidérmicas	Áreas endémicas

Clasificación según la Organización Mundial de la Salud (Espejo & Navarrete, 2003). (40)

- 1.- Papilar
- 2.- Tubular
 - 2.1.- Tubular1 (bien diferenciado)
 - 2.2.- Tubular2 (moderadamente diferenciado)
 - 2.3.- Tubular
- 3.- Con células en anillo
- 4.- Mucinoso
- 5.- Indiferenciado
- 6.- Adenopavimentoso
- 7.- Pavimentoso
- 8.- Tumor carcinoide
- 9.- Miscelánea

El cáncer gástrico se clasifica según el grado de diferenciación histológica: bien diferenciado, moderadamente diferenciado, pobremente diferenciado e indiferenciado (Hu, et al., 2012). (41,42)

- TNM (Americana, 2014).

El sistema TNM es utilizado para clasificar los tumores y guiar el tratamiento óptimo. En este sistema, la letra "T" indica la extensión del tumor en la pared estomacal, utilizando números del 0 al 4 para describir su crecimiento. La letra "N" se refiere a la afectación de los ganglios linfáticos, ya sea regionales (dentro del abdomen) o distantes (en otras partes del cuerpo), lo cual es crucial para determinar el pronóstico de los pacientes. Finalmente, la letra "M" indica la presencia de metástasis a distancia, un factor determinante en el manejo y pronóstico del cáncer gástrico. (41)

T1: Tumor invade lámina propia, muscularis mucosa, o submucosa,

T2: Tumor invade muscularis propia,

T3: Tumor penetra tejido conectivo subseroso sin invadir el peritoneo visceral o estructuras adyacentes

T4a: Tumor invade serosa (peritoneo visceral)

T4b: Tumor invade estructuras adyacentes

N0: No metástasis de nódulos linfáticos regionales,

N1: Metástasis en 1-2 nódulos linfáticos regionales

N2: Metástasis en 3-6 nódulos linfáticos regionales

N3: Metástasis en 7 o más nódulos linfáticos regionales

N3a: Metástasis en 7-15 nódulos linfáticos regionales

N3b: Metástasis en 16 o más nódulos linfáticos regionales

M0: No metástasis a distancia

M1: Metástasis a distancia

Tabla 1. Estadíaaje tumoral TNM 7ª edición7. (42)

T1a	Lámina propia
T1b	Submucosa
T2	Muscularis mucosa
T3	Subserosa
T4a	Perforación de la serosa
T4b	Invasión estructuras adyacentes
N1	1-2 ganglios +
N2	3-6 ganglios +
N3a	7-15 ganglios +
N3b	> 16 ganglios +

2.3. Definición de términos básicos

- **Cáncer gástrico:** Se define como el crecimiento descontrolado de células malignas en el estómago, con capacidad para invadir y destruir tejidos adyacentes y órganos cercanos. (Reyes, 2004). (43)
- **Cáncer:** Grupo numeroso de enfermedades caracterizadas por el crecimiento de células anormales, que crecen y se dividen sin control en cualquier parte del cuerpo (Barreda, 2010). (44)
- **Características Epidemiológicas:** Se refieren a las propiedades distintivas de las personas que están relacionadas con la enfermedad estudiada (INC, 2019). (45)
- **Clínica:** Se refiere a la relación entre los síntomas y signos que se presentan en una enfermedad específica. (Verdalet, 2009). (46)
- **Incidencia:** Se refiere al número de casos nuevos de una enfermedad que se presentan en una población específica durante un período definido de tiempo (INC, 2019). (45)
- **Prevalencia:** Se refiere al número total de individuos en una población que presentan una característica o condición específica en un momento determinado, sea una enfermedad, un comportamiento o cualquier otro atributo de interés (INC, 2019). (45)
- **Signo:** Es una manifestación objetiva y clínicamente observable durante el examen físico del paciente (INC, 2019). (45)

- **Síntoma:** Es una referencia subjetiva que proporciona el paciente, reconociéndola como anómala o relacionada con su estado de salud (INC, 2019). (45)
- **Early gastric cáncer** (cáncer temprano gástrico): Limita a la mucosa gástrica y/o submucosa independientemente del estado de los ganglios linfáticos con buen pronóstico. (47)
- **Hallazgo endoscópico:** imagen visualizada mirando dentro del cuerpo mediante una sonda flexible que tiene una pequeña cámara y una luz en su extremo (48).
- **Hallazgo histológico:** Descripción de un tumor según cuán anormales se ven las células y los tejidos cancerosos al microscopio (49).
- **Lesión premaligna:** afección que puede convertirse en cáncer o que es probable que se convierta en cáncer (50).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

Determinar los hallazgos de la endoscopia digestiva alta en pacientes con sintomatología clínica de alarma como medida de detección temprana de cáncer gástrico y diagnóstico oportuno priorizando a la población con más altos factores de riesgo en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima en el año 2022.

3.2. Variables y su definición operacional

- Variable Dependiente: Pacientes con hallazgos en la endoscopia digestiva alta de cáncer gástrico.
- Variables Independientes: Pacientes con signos de alarma
- Variables Intervinientes:
 - Edad
 - Sexo
 - Procedencia
 - Hábitos Nocivos
 - Nivel de Instrucción
 - Tipos de Grupo Sanguíneo
 - Antecedentes Familiares de Cáncer gástrico
 - Hallazgos de Endoscopia Digestiva Alta según localización de lesiones gástricas
 - Hallazgos histopatológicos de Infección por Helicobacter Pylori
 - Hallazgos de Endoscopia Digestiva Alta según Tipo Macroscopía Temprana (Clasificación Japonesa)
 - Hallazgos de Endoscopia Digestiva Alta según Tipo Macroscópico Avanzado (Clasificación de Bormann)

3.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
					1.-Epigastralgia 2.- Dispepsia	Historia Clínica

Signos y síntomas de Alarma	Sintomatología asociada	Cualitativa	Porcentaje	Nominal	3.- Pérdida de Peso 4.- Llenura Precoz 5.- Hiporexia 6.- Anemia 7.- Melena	Ficha de datos
Hallazgos en Endoscopia digestiva alta según (Clasificación de Bormann)	Clasificación de cáncer gástrico para cáncer avanzado	Cualitativa	Porcentaje	Nominal	1: I 2: II 3: III 4: IV	Historia Clínica Informes de EDA
Hallazgos en Endoscopia digestiva alta según (Clasificación Japonesa)	Clasificación de cáncer gástrico para cáncer temprano o incipiente	Cualitativa	Porcentaje	Nominal	1: I 2: IIA 3: IIB 4: IIC 5: III	Historia Clínica Informes de EDA
Hallazgos en Endoscopia Digestiva Alta según localización de lesiones gástricas.	Localización de lesión en el estómago	Cualitativa	Porcentaje	Nominal	1: Cardias 2: Fondo 3: Cuerpo 4: Curvatura menor 5: Curvatura mayor 6: Antro 7: Píloro 8: Unión gastroesofágica 9: Incisura angularis	Historia Clínica Ficha de datos
Hallazgos de Infección por Helicobacter Pilory	Persona con resultado Anatomopatológica con HP	Cualitativa	Porcentaje	Nominal	1.- Positivo 2.- Negativo	Resultado de ANPT
Grupo de edad	Años cumplidos	Cualitativa	Porcentaje medidas de tendencia	Ordinal	1.- 18-29 2.- 30-39 3.- 40-49	
Sexo	Biológico	Cualitativa	Porcentaje	Nominal	1.- Femenino 2.- Masculino	Historia Clínica Ficha de datos
Lugar de procedencia	Lugar de residencia	Cualitativa	Porcentaje	Nominal	Departamentos Regiones Perú	Historia Clínica Ficha de datos
Nivel de Instrucción	Grado de estudios realizados	Cualitativa	Porcentaje	Nominal	1: Analfabeto 2: Primaria 3: Secundaria 4: Superior	Historia Clínica Ficha de datos
Hábitos Nocivos	Factores externos causan daño a la salud	Cualitativa	Porcentaje	Nominal	Tabaco Alcohol Estupefacientes 0: No 1: Sí	Historia Clínica Ficha de datos

Antecedente Familiar con Cáncer	Historia de familiares directos con Cáncer Gastrointestinal	Cualitativa	Porcentaje	Nominal	1.- Si 2.- No	Historia Clínica Ficha de datos
Grupo Sanguíneo	Tipo de grupo sanguíneo	Cualitativa	Porcentaje	Nominal	1: ORH+ 2: ARH+ 3: BRH+ 4: ABRH+ 5: ORH	Historia Clínica Ficha de datos

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

- El enfoque metodológico del estudio se caracteriza por ser cuantitativo, observacional, analítico, transversal y retrospectivo.
- Es cuantitativo debido a que la utilización de técnicas estadísticas de recolección de datos numéricos y los resultados podrán ser atribuidos a otros ámbitos de conformidad con el muestreo y las limitaciones.
- Es observacional debido a que el investigador no se involucra en las variables de investigación, se limita a examinar los valores de las mismas.
- Es analítica porque se plantea estudio de la asociación de las variables.
- El estudio es transversal porque evalúa las variables en un mismo momento, y no se hará seguimiento.
- Es de tipo retrospectivo por el periodo de tiempo que se analizó la información en base de datos contenida en las historias clínicas de los pacientes atendidos.

4.2. Diseño muestral

Población Universo:

- Usuarios de nacionalidad peruana, del distrito de Cercado de Lima mayores de 18 años con signos y síntomas de alarma sugestivos de cáncer gástrico a aquellos que reciben endoscopia digestiva alta que acudieron al servicio de atención médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el mes de enero a diciembre de 2022. Estos son un total de 500 pacientes.

Población estudio:

- Todos los pacientes de edad superior a 18 años que han obtenido resultados de endoscopia gastrointestinal elevada de lesiones gástricas macroscópicas y anatomopatológica sugeridas de cáncer gástrico temprano que acudieron a los centros de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión durante los meses de enero a diciembre de 2022.
- Por informes del sistema estadístico esta población de estudio que cumple los criterios son de 300 pacientes en los 12 meses de estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de edad superior a 18 años con historial clínico en servicio de gastroenterología con hallazgos de sintomatología clínica de alarma sugestivos de cáncer gástrico temprano que se realizaron una endoscopia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) en el año 2022.
- Pacientes con infección por Helicobacter Pylori según resultado de anatomía patológica que cuenten con un estudio endoscópico realizado contando con estos datos en las historias clínicas en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL).
- Pacientes con hallazgos endoscópicos de lesiones gástricas premalignas según las clasificaciones de cáncer gástrico que tengan informes en el historial clínico realizado en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL).

-

Criterios de exclusión:

- Historia clínica de pacientes en estado de Gestación.
- Pacientes con informes de gastrectomías previas o cirugía gástrica previa.
- Usuarios con historias clínicas con informes endoscópicos e histológicos, con letras ilegibles, incompletos, o perdidos.
- Resultados endoscópicos o histológicos incompletos.
- Pacientes con informes de endoscopia digestiva alta en otra institución y que no sugieren la presencia temprana de cáncer gástrico.
- Pacientes con informes de que han recibido tratamiento o diagnóstico de cáncer gástrico en otras instituciones médicas.

Tamaño muestral:

La muestra son todos los pacientes con endoscopías digestivas altas que presenten signos de alarma entre los meses de enero a diciembre de 2022 que cumplan con los criterios de elegibilidad, estos son de un total de 300 pacientes.

Muestreo:

No se realizará técnica de muestreo por ser muestreo censal.

El muestreo será con el total de pacientes con endoscopías digestivas altas atendidos en el servicio de Gastroenterología del HNAL, entre enero a diciembre 2022 que cumplieron los criterios de elegibilidad.

4.3. Técnica de recolección de datos

- La recolección de datos se realizará mediante una revisión sistemática de las historias clínicas del servicio de Gastroenterología del HNAL desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022.
- La recolección de datos se llevará a cabo por el investigador, siendo el responsable del control de cada historia clínica. Los datos se recogerán mediante las fichas de recolección de datos se dividen en tres partes: Ficha Epidemiológica, Ficha Clínica y Ficha anatomopatológica, durante el tiempo de enero a diciembre de 2022.
- Desarrollo de la ficha para recolección de datos de los pacientes previamente seleccionados, conforme a las características específicas definidas según las variables de estudio.
- Se solicitará la autorización de los directivos de la institución y del jefe de servicio para acceder a las historias clínicas de los pacientes, asegurando la confidencialidad de la información.

4.4. Procesamiento y análisis de datos

- El Médico Gastroenterólogo encargado del estudio revisará la información recolectada.
- Los datos recopilados se basarán en la información registrada en las historias clínicas y en el llenado de fichas de datos correspondientes a los pacientes tratados en el servicio de Gastroenterología del Hospital Arzobispo Loayza de enero a diciembre de 2022.
- El procesamiento y análisis estadístico se llevarán a cabo utilizando una computadora y los programas Excel 2021 para recopilar una base de datos y estadística por medio del programa de IBM SPSS v25.
- Para el análisis estadístico se utilizará el paquete Office 2007, así como para editar textos y gráficos.

- La presentación de los resultados será por medio de tablas y gráficos de porcentaje.
- Para el análisis se dividirá en análisis univariado y bivariado. Se llevará a cabo un cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y los cálculos de las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas de los datos sociodemográficos, datos de hallazgos endoscópicos y datos de hallazgos endoscópicos y datos histológicos. Para el bivariado: la conexión entre el descubrimiento endoscópico y el análisis histológico.
- Para la evaluación de las proporciones de las variables cualitativas se empleó la prueba del Chi cuadrado (o el test de Fisher); en el caso de las variables cuantitativas se empleará la prueba de T de estudiante o la U de Mann Withney.

4.5. Aspectos éticos

- Al tratarse de un estudio que implica únicamente la recolección de datos, en el desarrollo de esta investigación no se expondrá a ningún riesgo a los pacientes participantes.
- Para obtener la autorización para realizar este estudio, se deberá solicitar permiso a los directivos de cada área del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) involucrada, como el servicio de Gastroenterología. La solicitud debe realizarse siguiendo las políticas y procedimientos establecidos por el comité de bioética del HNAL.
- Es fundamental mantener la confidencialidad de la información de acuerdo con las políticas de protección de datos del Hospital.
- Una vez finalizada la investigación y procesados los datos, se presentarán los resultados finales de manera oficial a las áreas correspondientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Meses										
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
Definición del Proyecto de Tesis											
Revisión Bibliográfica											
Preparación del Marco Teórico											
Revisión de Historias Clínicas											
Aplicación de Cuestionarios											
Procesamiento de Datos											
Validación de Datos											
Validación de Hipótesis											
Desarrollo de Conclusiones											
Revisión Final											
Presentación											

PRESUPUESTO

Revisión de procesos	S/ 100
Preparación del proceso de investigación	S/ 200
Transporte	S/ 500
Aplicación de Cuestionarios	S/ 500
Procesos de Datos	S / 150
Ayuda a pacientes	S/ 1000
Útiles de Oficina y equipos tecnológicos	S/ 1000
Revisión y Encuadernación	S/ 600
Imprevistos	S/ 500
Total	S/ 4550.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

- (1) Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 <https://gco.iarc.fr/today>, consultado en febrero de 2021).
- (2) World health organization. Globocan 2020 Perú. The Global Cancer Observatory. [Internet] 2019. [Citado 27 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>
- (3) Gullo I, Grillo F, Matracci L, et al. Precancerous lesions of the stomach, gastric cancer and hereditary gastric cancer syndromes. *Pathologica* [Internet] 2020; 112:166-185. [Citado 27 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33179620>
- (4) Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: *GLOBOCAN . Estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024 May-Jun;74(3):229-263. doi: 10.3322/caac.21834. Epub 2024 Apr 4. PMID: 38572751.*

- (5) DUARTE-CHANG, Calixto y ZUNIGA, Julio. Infección por *Helicobacter pylori* y relación con hallazgos endoscópicos en pacientes atendidos en un centro endoscópico de referencia en Panamá. *Rev. gastroenterol. Perú* [online]. 2021, vol.41, n.2, pp.73-78. ISSN10225129. <http://dx.doi.org/10.47892/rgp.2021.412.1269>.
- (6) Castaño A., Piñeres R., Jaramillo S., Molina F. y Aristizábal J. (2022). Puerta, Cáncer gástrico de intervalo: un llamado a la atención y a la acción, *Revista de Gastroenterología de México*, 88(2). <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2021.05.006>.
- (7) Portillo J., Araujo L., Melo J. y Carlosama Y. (2021). Características sociodemográficas e histopatológicas en pacientes con cáncer gástrico en una población con alto riesgo en Colombia. *Revista Colombiana De*

- Gastroenterología*, 36(1), pp. 18–23.
<https://doi.org/10.22516/25007440.544>
- (8) Brenner P., Dathe S., González M., Hofmann F., Jara P., Montes V. y Rigotti E. (2020). Descripción epidemiológica del cáncer gástrico en Chile. *Confluencia*, 3(2), p. 57-61.
<https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/462>
- (9) Santacreo M., Manrique M., Chávez M., Cerna J. y Álvarez, R. (2019). Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Juárez de México, Ciudad de México. *UNIVAL*, 31(2). <https://www.endoscopia-ameg.com/portadas/5434AX191%20Supl%20Endoscopia%202%202019.pdf>
- (10) Uribe C., Amado A., Rueda, A. y Mantilla, L. (2019). Barreras para la atención en salud del cáncer gástrico, Santander, Colombia. Etapa exploratoria. *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 34(1), pp. 17–22.
<https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/353/301>
- (11) Spence et al. Adenocarcinoma risk in gastric atrophy and intestinal metaplasia: a systematic review. *BMC Gastroenterology*. [Internet] 2017; 17(157): 1-10. [Citado 27 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29228909>
- (12) Avalos G., Morales D. y Romero B. (2017). Comportamiento del cáncer gástrico avanzado diagnosticado por video endoscopia en el Hospital “Faustino Pérez Hernández”, Matanzas. *Rev. Méd Electrón*, 39(3), pp. 507-518. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v39n3/rme090317.pdf>
- (13) Paredes J. (2017). *Cáncer gástrico perfil clínico y epidemiológico en pacientes del Hospital Abel Gilbert Pontón 2014-2015*. [Tesis de grado, Universidad de Guayaquil, Ecuador]. Disponible en: https://rraae.cedia.edu.ec/Record/UG_6fc2b1c616cc5d50465f00f1ddcb468
- (14) Solís D. (2015). *Incidencia y perfil clínico de cáncer gástrico en pacientes atendidos en el área de gastroenterología en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón en el periodo de enero 2012 a*

- diciembre 2014. [Tesis de grado, Universidad de Guayaquil, Ecuador].
Disponible en:
https://rraae.cedia.edu.ec/Record/UG_7325011948741b954c310e202210f1a5
- (15) Mendoza C. (2021). *Condicionantes asociados al desarrollo de cáncer gástrico en pacientes hospitalizados del servicio de gastroenterología del hospital nacional Arzobispo Loayza durante el año 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada San Juan Bautista].
Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/3038>
- (16) Flores J., y Ortiz K. (2020). Características sociodemográficas y conocimientos sobre la prevención de cáncer gástrico en usuarios de un centro de salud del Perú. *CASUS. Revista De Investigación Y Casos En Salud*, 5(1), pp. 1–7. Disponible en:
<https://doi.org/10.35626/casus.1.2020.240>
- (17) Chirinos J., Vega G., Vargas C., Alcántara J. y Zapata B. (2018). Disección submucosa endoscópica como tratamiento de cáncer gástrico temprano: experiencia en 2 centros de Lima. *Revista de Gastroenterología*, 83(4), pp. 393-399. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090618300302>
- (18) Pareja A., Navarrete P. y Parodi J. (2017). Seroprevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en población adulta de Lima, Perú 2017. *Horiz. Medicina*, 17(2), pp. 55-58. Disponible en:
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n2.8>.
- (19) Parillo B. (2017). Características endoscópicas y patológicas del cáncer gástrico en un hospital público peruano. *Rev. Gastroenterólogo*, 37(3), pp. 209-216. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292017000300003&lng=es.
- (20) Rodríguez B., Arévalo F., Monge E. y Montes P. (2013). Características histológicas y endoscópicas del cáncer gástrico diagnosticado en un hospital nacional del Callao, Perú. *Rev. Perú. med. Ex. Salud pública* 30(1), pp.12-17. ISSN 1726-4634. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n1/a03v30n1.pdf>

- (21) Rivas V., Stephanie R., Solís W. Tesis. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Concordancia entre los hallazgos endoscópicos: metaplasia intestinal, atrofia gástrica, cáncer gástrico y el respectivo estudio anatomopatológico, realizado en un hospital general en el año 2014.
- (22) Ferlay J., Ervik M. y Lam F. (2020). Observatorio Mundial del Cáncer: El cáncer hoy . Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer; 2020. GCOI/ARC. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf
- (23) Mukkamalla S., Recio A. y Babiker H. (2023). Gastric Cancer. En: StatPearls. *StatPearls*. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083746/>
- (24) Machlowska J., Baj J., Sitarz M., Maciejewski R. y Sitarz R. (2020). Gastric cancer: Epidemiology, risk factors, classification, genomic characteristics and treatment strategies. *Int J Mol Sci*, 21(11)pp. 4012. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms21114012>
- (25) Hooi J., Lai W., Ng W. y Suen M. (2017). Underwood FE, Tanyingoh D, et al. Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*, 153(2), pp. 420–9. Disponible en: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(17\)35531-2/fulltext?referrer=https%3A%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(17)35531-2/fulltext?referrer=https%3A%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F)
- (26) Sung H., Ferlay J., Siegel R., Laversanne M., Soerjomataram I. y Jemal A. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 71(3), pp. 209–49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338>
- (27) Campuzano, G. (2006). Helicobacter pylori y cáncer gástrico. *Medicina y Laboratorio*, 12(1,2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8741828.pdf>

- (28) Clinton S., Giovannucci E. y Hursting S. (2020). The World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research Third Expert Report on Diet, Nutrition, Physical Activity, and Cancer: Impact and Future Directions. *J Nutr*, 150(4), pp. 663-671. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31758189/>
- (29) Soto M. y Lagos S. (2009). Obesidad y cáncer: Un enfoque epidemiológico. *Rev Med Cos Cen*. 66(587), pp. 27-32. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=31899>
- (30) Apaza Y. (2016). *Características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas e histopatológicas del cáncer gástrico en el servicio de gastroenterología del Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, 2003-2012*. [Tesis de grado. Universidad Católica de Santa María]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/bdad2e4f-2112-49bb-8e7c-50d135bf6708>
- (31) Schwartz C. (2009). Principios de cirugía. Anatomía quirúrgica del estómago y duodeno. *McGraw-Hill*, (9), pp. 889. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/dcero.pdf>
- (32) Arana J. y Corona A. (2004). Cáncer Gástrico Cirugía General Endoscópica, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos". *Revista Facultad de medicina México*, 47(5), pp. 204. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un045f.pdf>
- (33) Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R., Torre L. y Jemal A. (2018) Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 68(6), pp. 394-424. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207593/>
- (34) Rondan F. (2016). *Factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en pacientes atendidos en el consultorio externo del servicio de gastroenterología del HNHU durante el año 2014*. [Tesis de grado. Lima, Perú. Universidad Ricardo Palma]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/768>

- (35) Pontillo WM, Rappa AJ. Cáncer gástrico. Clínicas Quirúrgicas. Facultad de Medicina Universidad de la República. Uruguay 2018. Disponible en: https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/C%C3%A1ncer_g%C3%A1strico_C QFM.pdf
- (36) Rondán F. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma. Lima Perú, 2014. Factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en pacientes atendidos en el consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del HNHU durante el año 2014.
- (37) Endoscopic classification review group. 2005; Update on the Paris classification of superficial neoplastic lesions in the digestive tract. *Endoscopy* 37: 570-8.
- (38) Smyth E., Nilsson M., Grabsch H., Van N. y Lordick F. (2020). Gastric cancer. *Lancet*, 396(10251), pp. 635–48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736>
- (39) Lauren P. (1965). The two histological main types of gastric cancer: diffuse and so-called intestinal type carcinoma. An attempt at a histological classification. *Acta Pathol Microbiol Scand* 1(64), pp. 31 - 49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14320675/>
- (40) Espejo H, Navarrete J. Clasificación de los Adenocarcinomas de estómago. *Rev Gastroenterol Perú* 2003; 23: 199-212. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v23n3/a06v23n3.pdf>
- (41) Hu B., El N., Sittler S., Lammert N., Barnes R. y Meloni A. (2012). Gastric cancer: Classification, histology and application of molecular pathology. *J Gastrointest Oncol* 3(3), pp. 251–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2078-6891.2012.021>
- (42) Lee MH, Choi D, Park MJ, Lee MW. Gastric Cancer: imaging and staging with MDCT based on the 7th AJCC guidelines. *Abdom Imagen* 2011. DOI: 10.1007/s00261-011-9780-3.
- (43) Reyes J. (2004). Cáncer Gástrico Cirugía General Endoscópica, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos". *Revista Facultad de medicina México*, 47(5), pp. 204 - 9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un045f.pdf>

- (44) Barreda L. (2010). *Aspectos clínicos, endoscópicos y de tratamiento del cáncer gástrico temprano*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/5f7e9921-72b0-4b19-99d5-e0ad2c59f4c0>
- (45) Instituto Nacional de Cáncer (2019). *Diccionario de cáncer. National cáncer Institute*. Disponible en: <https://www.cáncer.gov/español/publicaciones/diccionario>
- (46) Verdalet M. (2009). *Factores Asociados al Desarrollo de Cáncer Gástrico en Pacientes del CECan. Instituto de Salud Pública*. [Tesis de maestría, Universidad Veracruzana, México]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/handle/123456789/29987>
- (47) Gullo I, Grillo F, Matracci L, et al. Precancerous lesions of the stomach, gastric cancer and hereditary gastric cancer syndromes. *Pathologica* [Internet] 2020; 112:166-185. [Citado 27 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33179620>
- (48) American Society of Clinical Oncology. Tipos de endoscopia. [Internet] [Citado 27 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-delcancer/diagnostico-de-cancer/pruebas-y-procedimientos/tipos-deendoscopia>.
- (49) Instituto Nacional del Cancer. Grado histológico. [Internet] [Citado 27 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionariocancer/def/grado-histologico>
- (50) American Cancer society. ¿Cuáles son los factores de riesgo de neoplasia de estómago? [Internet] [Citado 27 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/causas-riesgosprevencion/factores-de-riesgo.htm>

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Metodología	Población en estudio
<p>Problema general</p> <p>¿ Cuáles serían los hallazgos de la endoscopia digestiva alta en pacientes con sintomatología clínica de alarma como detección temprana de cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima en el año 2022?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar los hallazgos de la endoscopia digestiva alta en pacientes con signos de alarma como detección temprana de cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima de enero a diciembre del año 2022.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Describir la relación de los factores de riesgo asociados: epidemiológicos, genéticos y tipos de grupos sanguíneos con los hallazgos en la endoscopia digestiva alta de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022. 2. Determinar la relación de los hallazgos en la endoscopia digestiva alta según los signos clínicos de alarma de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022. 3. Identificar la relación de infección por Helicobacter Pylori según resultado de anatomía patológica en los hallazgos de la endoscopia digestiva alta en los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022. 	<p>Hipótesis general</p> <p>Determinar los hallazgos de la endoscopia digestiva alta en pacientes con sintomatología clínica de alarma como medida de detección temprana de cáncer gástrico y diagnóstico oportuno priorizando a la población con más altos factores de riesgo en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima en el año 2022.</p>	<p>Tipo y diseño de estudio</p> <p>El enfoque del estudio es cuantitativo, observacional, analítico, transversal y retrospectivo.</p> <p>Técnica e instrumentos</p> <p>Encuesta: Cuestionarios.</p> <p>Procesamiento de datos</p> <p>Base de datos. Tablas de distribución de frecuencias unidimensionales y tablas de contingencia.</p>	<p>Población</p> <p>La presente investigación proyecta a la población en base a los pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, que presentan signos de alarma para realizar el procedimiento de endoscopia digestiva alta durante el periodo de enero a diciembre de 2022. Lo que va a permitir la detección temprana de cáncer gástrico.</p> <p>Muestra:</p> <p>Para la confiabilidad del instrumento se trabajará con la totalidad de los pacientes que acudieron con sintomatología clínica de alarma sugestivos de cáncer gástrico temprano que acudieron a realizarse endoscopia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del HNAL, durante el periodo de enero a diciembre de 2022.</p>

	<p>4. Determinar la relación que existe de los hallazgos en la endoscopia digestiva alta según la localización de las lesiones gástricas de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022.</p> <p>5. Determinar la relación existente según las clasificaciones macroscópicas según los hallazgos en la endoscopia digestiva alta en pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2022.</p>			
--	---	--	--	--

2. Instrumentos de recolección de datos

FECHA:
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°: _____
N° H. C. _____
I.- DATOS EPIDEMIOLOGICOS
1. Edad:
2. Sexo Masculino (<input type="checkbox"/>) Femenino (<input type="checkbox"/>)
3. Estado Civil Conviviente (<input type="checkbox"/>) Soltero/a (<input type="checkbox"/>) Casado/a (<input type="checkbox"/>) Viudo/a (<input type="checkbox"/>) Divorciado (<input type="checkbox"/>)
4. Procedencia Costa (<input type="checkbox"/>) Sierra (<input type="checkbox"/>) Selva (<input type="checkbox"/>)
6. Grado de instrucción: Sin educación (<input type="checkbox"/>) Primaria incompleta (<input type="checkbox"/>) Primaria completa (<input type="checkbox"/>) Secundaria incompleta (<input type="checkbox"/>) Secundaria completa (<input type="checkbox"/>) Educación Técnica (<input type="checkbox"/>) Educación Universitaria (<input type="checkbox"/>)
8. Antecedentes de cáncer gástrico: Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
9. Antecedentes de otro tipo de cáncer: Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
10. Hábitos nocivos: Alcohol (<input type="checkbox"/>) Tabaco (<input type="checkbox"/>) Tabaco y Alcohol (<input type="checkbox"/>)
II. DATOS CLINICOS DE ALARMA
Epigastralgia (<input type="checkbox"/>) Dispepsia (<input type="checkbox"/>) Pérdida de Peso (<input type="checkbox"/>) Llenura Precoz (<input type="checkbox"/>) Hiporexia (<input type="checkbox"/>) Anemia (<input type="checkbox"/>) Melena (<input type="checkbox"/>)
III. LOCALIZACION DE LESION GASTRICA
Cardias (<input type="checkbox"/>) Fondo Cuerpo (<input type="checkbox"/>) Curvatura menor (<input type="checkbox"/>) Curvatura mayor (<input type="checkbox"/>) Antro (<input type="checkbox"/>) Píloro (<input type="checkbox"/>) Unión gastroesofágica (<input type="checkbox"/>) Incisura angularis (<input type="checkbox"/>)
IV. DATOS ANATOMOPATOLOGICOS:
Helicobacter Pylori: positivo (<input type="checkbox"/>) Negativo (<input type="checkbox"/>)
V. CLASIFICACIONES MACROSCOPICAS:
1.- Clasificación Japonesa (<input type="checkbox"/>) , especificar grado: (<input type="checkbox"/>) -
2.- Clasificación Bormman (<input type="checkbox"/>) , especificar grado (<input type="checkbox"/>)