

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A PACIENTES
CON NEOPLASIA DIGESTIVA EN DOS HOSPITALES MINSA
DE UCAYALI EN EL PERIODO 2008-2015”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
ANELY INÉS CRIOLLO TUESTA**

PUCALLPA – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR EL JURADO EVALUADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

MC. ARTURO RAFAEL HEREDIA
Presidente

MC. TOMAS NOEL SANTANA TELLEZ
Miembro

MC. TOMAS AMAYO LIMA
Miembro

MC. LUIS A. VICENTE YAYA
Asesor

BACH. ANELY INES CRIOLLO TUESTA
Testista



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Constancia

N° 087

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

La Dirección General de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el PROYECTO DE INVESTIGACION titulado:

"FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS QUE SE ASOCIARON A PACIENTES INTERNADOS CON DIAGNOSTICO DE NEOPLASIA DIGESTIVA EN DOS HOSPITALES MINSA DE UCAYALI EN EL PERIODO 2008-2015"

Cuyo autor es:

Anelly Ines, Criollo Tuesta

Asesor: **Dr. Luis Alberto, Vicente Yaya**

Escuela: **Medicina**

Facultad: **Medicina Humana**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio, dicho documento presenta un porcentaje de similitud de **04%**.

El tal que de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en la DIRECTIVA DE USO

DEL SISTEMA ANTIPLAGIO (10%), en el artículo 9: "Criterios de porcentaje de similitud". Se declara, que dicho trabajo de investigación: **SI** Contiene un porcentaje aceptable de plagio, por lo que **SI** se aprueba su originalidad.

En señal de verificación se FIRMA Y SELLA la presente constancia.

Fecha: 06/03/2019


UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL
DRA. DINA PARI QUISPE
Dires. Genl Prop Intel
Firma: _____

REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo, Anely Inés Criollo Tuesta

Autor de la TESIS titulada:

"Factores Epidemiológicos asociados a
Pacientes con neoplasia digestiva en dos
hospitales HINSA de Ucayali en el periodo
2008-2015"

Sustentada el año: 2019

Con la asesoría de: Dr. Luis Alberto Vicente Yaya

En la Facultad de: Medicina Humana

Escuela Profesional de: Medicina Humana

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguiente términos: Primero: otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en forma digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas.

Tercero: autorizo la publicación,

Total (significa que todo el contenido de la tesis en PDF será compartido en el repositorio).

Parcial (significa que solo la carátula, la dedicatoria y el resumen en PDF serán compartidos en el repositorio).

De mi TESIS de investigación en la página web del Repositorio Institucional de la UNU.

En señal de conformidad firma la presente autorización.

Fecha: 13 / 03 / 19

Email: anelycriollotuesta@gmail.com

Teléfono: 938 474777

Firma: 

DNI: 70316565

PORTADA

1.1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

“Factores Epidemiológicos Asociados a Pacientes con Neoplasia Digestiva en Dos Hospitales MINSA de Ucayali en el Periodo 2008-2015”

1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Ciencias Clínicas – Enfermedades no Transmisibles

1.3 AUTORES

Anely Inés Criollo Tuesta
Bachiller en Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.

1.4 ASESOR

M.C. Luis Alberto Vicente Yaya
Docente Nombrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.

1.4 INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS

Universidad Nacional de Ucayali
Hospital Amazónico
Hospital Regional de Pucallpa

DEDICATORIA

A mis padres Silvia y Teodosio, por su sacrificio, dedicación y confianza. A mi abuelita Betzabe, por su apoyo incondicional en todos estos años.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la vida que me dio y que gracias a él estoy hoy aquí en esta etapa de mi vida, que sin él nada de esto sería posible. Agradezco a mis padres quienes hicieron todo lo posible para poder llegar al final de esta etapa; a igual que mi abuelita Betzabé. Agradezco a mis hermanos por su paciencia, y demás familiares por su apoyo a lo largo de este camino.

Un agradecimiento especial a todos los docentes de a facultad que me brindaron sus enseñanzas y que de esta manera formaron parte de este proceso que no fue fácil.

ÍNDICE

Portada.....	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento.....	vii
Resumen	ix
Introducción	x
Planteamiento del problema	1
Formulación del problema	2
Objetivo: general y específicos	3
Justificación	4
Antecedentes.....	6
Bases teóricas	11
Hipótesis.....	21
Variables de estudio.....	22
Población, muestra, muestreo	24
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
Técnicas de procesamiento y análisis de datos	25
Conclusión.....	38
Recomendaciones.....	39
Referencia bibliográfica	40
Anexos.....	48
Gráficos, cuadros, imágenes	50

RESUMEN

Antecedentes: en Colombia la edad promedio de pacientes con cáncer fue de 52.4 años, el cáncer de colon y estómago están dentro de los más frecuentes; otro estudio en dicho país indica que la mortalidad por cáncer es en varones 55% y mujeres 45%. En México las neoplasias del tubo digestivo más frecuentes es el de colon con un 52% hombres y 48% mujeres. Con respecto al cáncer gástrico en Perú predomina en varones con 51,5 % y mujeres 48,5%.

Objetivo: Determinar los factores epidemiológicos que se asociaron a pacientes internados con diagnóstico de neoplasia digestiva en dos hospitales MINSA.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional analítico transversal retrospectivo. Se incluyó a todos los pacientes hospitalizados en los dos hospitales en el servicio de medicina y cirugía diagnosticados con neoplasia

Resultados: se obtuvieron 2263 casos de neoplasias, de las cuales el sexo femenino represento 70,39%. Las neoplasias digestivas correspondían al 21% con un total de 476 casos con un predominio del sexo masculino, la localización más frecuente fue el estómago, el tipo de neoplasia maligna predomino sobre la benigna. Se encontró que las neoplasias digestivas se asociaron con estancia hospitalaria mayor a 5 días. El mayor número de fallecidos ocurrió en el periodo 2010 y 2011.

Conclusiones: las neoplasias digestivas ocupan casi el 25 % de las neoplasias en nuestra región, el número de casos se fueron incrementando durante el periodo de estudio y el número de fallecidos fue variable con respecto al año. El estómago fue la localización que presentó mayor número de casos de neoplasia, siendo el tipo maligno la de mayor frecuencia.

Palabras claves: neoplasia, cáncer, neoplasia digestiva, grupo etario, hospitalizado.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo abarcaremos temas de importancia para la salud y la sociedad, en este caso nos centraremos en las neoplasias específicamente las que tuvieron lugar a nivel de aparato digestivo, según algunos estudios este tipo de patología tiene prevalencia significativa en varios países del mundo por la cual ya es considerado un problema de salud pública(4). Investigaciones que se encontraron demuestran que actualmente la localización más frecuente en presentar neoplasia en muchos países es el colon seguido del estómago (5), contrariamente pasaba hace unas década atrás; de acuerdo al género es muy variable dependiendo a los factores de riesgo que están expuestos en cada país; la mortalidad por este tipo de patologías se ha incrementado en los últimos años (1,2). En cuanto al estudio que realizaremos, nuestra intención es enfocarnos en los factores epidemiológicos que se relacionen con las neoplasias del aparato digestivo de manera que se identifique cuáles de estos factores están más involucrados y aportes más riesgo de producir dicha patología. Además demostraremos cuan necesario podría ser las investigaciones sobre estos temas y que pueden servir para futuros estudios, así como brindar información para la posibilidad de implementar medidas estratégicas para su prevención y diagnóstico.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la definición de la organización mundial de la salud define cáncer como una enfermedad que puede afectar a todo el organismo debido a la multiplicación rápida de células atípicas. Para el año 2012 se registraron 14,1 millones de casos de cáncer y 8,2 millones de fallecidos en todo el mundo (1,2). Algunas investigaciones indicaron que ciertos factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo, los malos hábitos alimenticios incrementaban los casos de neoplasias digestivas (3).

Las neoplasias del aparato digestivo son consideradas como problema de salud pública, por su elevada tasa de mortalidad (4); mundialmente las neoplasias producidas a nivel del tracto digestivo con mayor frecuencia se localizan en colon y recto, tanto en varones como en mujeres si haber diferencias significativas (5).

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), calcula que la incidencia anual del cáncer en todo el Perú es de 150 nuevos casos por cada 100 000 habitantes, siendo el número de 45 000 nuevos casos por año. Encontrándose una tasa de mortalidad elevada con respecto al diagnóstico de cáncer digestivo, todo esto debido que la patología se detecta en estadios avanzados (6).

Los factores que presentaron asociación al diagnóstico de neoplasias digestivas fue el sexo femenino (7), así mismo se evidenció que el paciente con un nivel económico bajo tuvo más tendencia a presentar una condición de fallecido antes del egreso (6).

En un estudio realizado por el MINSA en el periodo 2000 - 2011 se demostró que la neoplasia digestiva a nivel de estómago disminuyó en un 37.9% a nivel local y que la mortalidad por cáncer de hígado y vías biliares aumentó en un 53% (8).

Para el control y la disminución de la mortalidad del cáncer lo que se necesita es el diagnóstico precoz, se lograría la prevención de un 80% a 90% mediante las políticas de salud pública y este será de mucho beneficio si es que es compartido de manera equitativa en todos los grupos sociales sin preferencias (9).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL.

¿Cuáles son los factores epidemiológicos asociados a pacientes con neoplasia digestiva en dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015?

1.2.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

1. ¿Cuál es la asociación entre el sexo y el tipo de neoplasia digestiva en pacientes con dicho diagnóstico en dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015?
2. ¿Qué frecuencia presentaron los diferentes tipos de neoplasia digestiva en pacientes con mencionado diagnóstico en dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015?
3. ¿Cuántas muertes registraron como diagnóstico neoplasia digestiva en dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015?
4. ¿Cuál es la mediana de días en relación a la estancia hospitalaria por neoplasia digestiva en pacientes de dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015?

5. ¿Cuál es el grupo etario más frecuente en que se presenta la neoplasia digestiva en pacientes de dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015?
6. ¿Cuál es la relación entre el grupo etario y el tipo de neoplasia digestiva en pacientes de dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015?
7. ¿Cuántos casos de neoplasia digestiva maligna se reportaron en pacientes de dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015?
8. ¿Cuántos casos de neoplasia digestiva benigna se reportaron en pacientes de dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015?
9. ¿Qué relación existe entre las neoplasias digestivas y la condición de egreso en los pacientes de dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015?

1.3 OBJETIVO: GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar los factores epidemiológicos asociados a pacientes con neoplasia digestiva en dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

2. Identificar el sexo y el tipo de neoplasia digestiva en pacientes con mencionado diagnostico de dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015.
3. Identificar la frecuencia que presentaron los diferentes tipos de neoplasia digestiva en pacientes con mencionado diagnostico en dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015.
4. Conocer el número las muertes que se registraron como diagnostico neoplasia digestiva en dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015.

5. Identificar la mediana de días en relación a la estancia hospitalaria por neoplasia digestiva en pacientes internados en dos hospitales MINSA de ucayali en el periodo 2008-2015.
6. Establecer el grupo etario más frecuente en que se presenta la neoplasia digestiva en pacientes de dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015.
7. Identificar la edad y el tipo de neoplasia digestiva en pacientes de dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015
8. Identificar el número los casos de neoplasia digestiva maligna que se reportaron en pacientes de dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015.
9. Conocer el número los casos de neoplasia digestiva benigna que se reportaron en pacientes de dos hospitales MINSA de ucayali en el periodo 2008-2015.
10. Conocer las neoplasias digestivas y la condición de egreso en los pacientes internados en dos hospitales MINSA de Ucayali en el periodo 2008-2015.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La Neoplasia resulta de la proliferación o diferenciación de células que llevan a la formación de una masa o tumor, que se van a diferenciar en características malignas y benignas. En conjunto las malignas se denominan como aquellas patologías que afectan a cualquier parte del organismo y son más agresivo (10).

A nivel mundial ocupa los primeros lugares como causa de muerte. En el 2015 la cifra de muertes aumento a 8,8 millones; el 75% de ellas se producen en países de bajos y medianos ingresos, con una menor sobrevivida debido a los diagnósticos en etapas de enfermedad más avanzada, acceso limitado a tratamientos efectivos, en los tiempos adecuados (11).

En nuestra región muy poco se conoce de estudios publicados que nos muestren la incidencia de neoplasias que afectan a nivel digestivo y los factores epidemiológicos asociados, este trabajo nos permitirá relacionar las variables antes mencionadas de esa manera puede servir para estudios posteriores así como una ayuda para implementar estrategias de prevención y control de cáncer.

Además esta investigación contribuirá:

- Nos permitirá conocer que órgano digestivo es más afectado por el cáncer y la mortalidad que este puede causar.
- Determinar cuáles son los factores epidemiológicos que más se asocian a una neoplasia digestiva.
- En demostrar que tan influyentes pueden ser el sexo así como las características malignas y benignas en la mortalidad por cáncer.

Además nos permite sugerir que se deben dar más importancia a este problema por partes de las autoridades, con actitudes que nos ayuden a disminuir el riesgo de cáncer y la mortalidad.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 INVESTIGACIONES EXTRANJERAS

Dra. Elizabeth Montes de Oca Megías et al (Cuba, 2012) se realizó un estudio sobre el comportamiento del cáncer colorrectal esporádico, donde nos muestra un mayor porcentaje entre la edad de 60 a 69 años (32,1 %) en ambos sexos; en general, se encontró más casos a partir de los 50 años predominio en el sexo masculino. La mayoría de estos casos es diagnosticada en estadios avanzados por la cual recomiendan implementación de ciertas medidas estratégicas para reducir la mortalidad e incidencia (12).

José de Jesús Villalobos Pérez¹, María T. Bourlon², Aurora Loeza del Castillo y Gonzalo Torres Villalobos (México, 2014) se estudió las "Variaciones en la frecuencia de cáncer del aparato digestivo en el transcurso de 35 años en cuatro instituciones de la Ciudad de México de distinto nivel socioeconómico"; donde se aprecia un aumento significativo del carcinoma colorrectal, que desplaza al gástrico. Desde inicios de este siglo se ha observado un incremento del carcinoma hepatocelular, probablemente debido al aumento de infecciones por hepatitis B y C, además de ciertos factores como esteatosis hepática y alcoholismo. El carcinoma de páncreas ocupó el segundo lugar en dos de las instituciones que se estudiaron, mientras que el de esófago ha variado en los últimos 30 años y actualmente se posiciona en el primer lugar el adenocarcinoma. El de vesícula y vías biliares su frecuencia aumento durante cinco años en el HJM(3).

Dra. Ana María Nazario Dolz et al (Cuba, 2016) se estudió la caracterización de pacientes con cáncer de esófago donde los resultados nos muestran un predominio en el sexo masculino y en grupo etario de 60 a 69 años. Es más frecuente el tipo epidermoide (76,5 %). El 19.6% había fallecido durante su hospitalización (13).

Roesch-Dietlen F. et al (Mexico, 2012) se realizó un estudio donde se obtuvieron 1803 casos de cáncer del aparato digestivo de diferentes tipos. De todos ellos 944 (52%) correspondieron a hombres y 859 (48%) mujeres. El rango de edad varió entre los 17 y 83 años, con mayor número de casos entre la séptima y novena década de la vida. Obteniéndose en primer lugar al cáncer de colon con 304 (16.86%), seguido del gástrico con 302 (16.76%), luego el cáncer de recto 266 (14.75%), el cáncer de hígado 260 (14.42%), el de vesícula y vías biliares con 182 (10.09%), páncreas 174 (9.66%), esófago 114 (6.32%) e intestino delgado 37 (2.05%) (4).

Carlos Raúl Villegas, , José Arnoby Chacón, Juan Paulo Cardona, Luz Ángela Correa, (Colombia, 2012) se realizó un estudio de perfil epidemiológico de los pacientes con cáncer donde se encontró que el promedio de edad fue 52.4 años, los diagnósticos más frecuentes en mujeres fue cáncer mama, cérvix, colorrectal y linfomas; en los varones linfomas, próstata, estómago y colorrectal. Con respecto a los síntomas el 69.1% presentó una duración de síntomas más de dos meses; en cuanto al género las mujeres consultan con más frecuencia los síntomas durante los primeros meses con un 33.1 % mientras que los varones 26,7% (14).

Manuel Hidalgo Herrera, Gilberto Fleites González, Zinia Fernández Solares, Santiago Solís Chávez, René Borges Sandrino (Cuba, 2014) realizó un estudio "Caracterización del cáncer de esófago en pacientes operados. Hospital "Dr. Carlos J. Finlay"" donde se demostró que de los 62 pacientes sometido a

resección quirúrgica por cáncer de esófago 51 fueron del sexo masculino y 11 del sexo femenino; las edades en que predominó fue entre los 60 y 70 años, la localización más frecuente fue el tercio inferior y la mayoría fueron diagnosticado en estadio II (15).

Analy Herrera-Torres, et. al (México, 2014) se realizó un estudio sobre la frecuencia de cáncer en un hospital de tercer nivel donde se encontraron la edad mayor incidencia fue entre 36 y 70 años con una edad máxima entre 46 y 50 años, el sexo más afectado fue el femenino, las neoplasias malignas más frecuentes fueron: mama, cervicouterino, linfoma, próstata, colon y recto, piel melanoma y no melanoma, estomago, ovario y testículos. Concluye en que el cáncer de mama y de cervicouterino son responsables de la mayor parte de la muertes; en estos últimos años se mostró una alta incidencia de cáncer mama, colon y recto que antes no lo era (16).

Luis Alberto Ángel Arango, MD, Alejandro Giraldo Ríos MD, Campo Elías Pardo Turriago (Colombia, 2008) se estudió la tasa de mortalidad según género y grupos de edad entre los años 1980-1998 donde se registraron un total 100.460 caso durante el periodo de estudio que correspondieron 55% a varones y 45% a mujeres; el cáncer de esófago y de estómago fueron los más frecuentes en el sexo masculino y lo contrario de colon. La edad promedio está alrededor de la séptima década de vida, en el de cáncer de colon la edad presentación era a partir de las cuarta década de vida y con una mortalidad levemente más temprana en varones. En las mujeres se observó más frecuencia en cáncer de páncreas y rectoanal; las tasas de mortalidad es más elevada en cáncer de colon y páncreas, estas varían de acuerdo a la edad y al género (17).

Félix J. Sansó Soberats; Patricia Alonso Galbán; Rosa María Torres Vidal (Cuba, 2010) se hizo un estudio sobre la mortalidad del cáncer, donde se demostró que el riesgo de morir en Cuba se incrementó entre los años 1970 y

2006. La mortalidad masculina fue una característica constante durante toda la serie; con respecto a las edades se evidencio que en menores de veinte años la mortalidad fue descendiendo al igual que en los mayores de ochenta mientras que entre los 20 y 39 la mortalidad aumento (18).

María Magdalena Basanta Molina, Lucía Hernández Torres, Hilda María Delgado Acosta Nicolás Ramón Cruz, José Nicolás Toledo Torres, Maribel Herrera Hernández (Cuba, 2013) se estudió “Caracterización de la mortalidad por cáncer en la provincia de Cienfuegos. 2010-2011”, se evidencio que en ese año la mortalidad debido al cáncer fue de 20,0 x 1000000 habitantes, la edad predominante se encontró en los mayores de 60 años y un incremento leve entre los 20 y 59 años. En ambos años de estudio nos muestra que el primer lugar estuvo ocupado por el cáncer de pulmón un 25,6% y el de próstata con un 22%, mientras que el cáncer de colon y mama aportaron con más del 10% de la mortalidad. El número de fallecidos debido al cáncer de vías digestivas, entre los que se encuentra el colon, páncreas y estómago , hígado, vías biliares y otros tejidos linfáticos, se incrementó en el año 2011 sobre todo entre la edad de 20 y 59 años (19).

2.1.2 INVESTIGACIONES NACIONALES

Jesús L Chirinos, Luz A Carbajal, María D Segura, J Combe, S Akib (Lima 2012) se realizó un estudio sobre “perfil epidemiológico del cáncer gástrico”, en la cual nos mostró que la edad media de los casos fue de $61,34 \pm 15,06$ años y en los controles de $61,24 \pm 14,98$ años. Las mujeres representaron el 52% de la población; en los casos los nacidos en la sierra fueron de 56,8%, costa 34,7% y la selva 8,4%, mientras los controles fueron 42,7%, 51% y 6,2% respectivamente. En conclusión el perfil fue más frecuente de la sierra y la selva, condición socioeconómica baja, poco consumo de frutas, verduras y leche; los que cocinan con leña, carbón y kerosene y los que no conservan sus alimentos es el refrigerador (20).

Enrique Machicado Zuñiga et al (lima 2015) se estudió el cáncer de colon mostrando resultados: la edad media fue de 60,5 años, el sexo que más predominó fue el femenino, el tipo histológico con 100% fue el de adenocarcinoma y siendo el lado el derecho el más afectado con 61,9% presentando cuadro clínico de astenia y anemia; los síntomas más frecuentes fueron el dolor abdominal y pérdida de peso (21).

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (lima 2013) obtuvo resultados donde el cáncer más frecuente de egresos hospitalarios fue hematológico (15,4%) con un incremento en el año 2011, seguido por el de mama (9,2%) y estómago (8,0%) que fueron ascendiendo desde 2006 hasta el 2011. En cuanto a la tasa mortalidad se observó un descenso en el cáncer de estómago al igual que el de colon y unión rectosigmoidea; mientras que el de vías biliares e hígado no hubo variabilidad. En los departamentos de la sierra se encontró elevada mortalidad por cáncer de estómago, en los que tienen una parte de selva por cáncer de hígado y en los que son selva netamente el de cérvix (8).

Walter Cervera- Inolopú, Cristian Díaz-Vélez (Ibabeque, 2014), se estudió la "INFLUENCIA DE LA DIETA EN LA APARICIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL EN UNA POBLACIÓN DE CHICLAYO" donde fueron 118 las personas estudiadas las cuales 59 con diagnóstico de cáncer colorrectal y 59 grupo de control; se demostró que el consumo de AINES, la edad avanzada, el consumo de carnes rojas y el tabaco aumentan la probabilidad de tener este cáncer (22).

Carlos Alvarado Tolentino y Diego Venegas Ojeda (Perú, 2015) se realizó un estudio para determinar la "sobrevivencia de cáncer gástrico en el periodo 2009-2010" se incluyeron 3568 pacientes de los cuales 1 839 (51,5%) eran hombres y 1 729 (48,5%) eran mujeres; la media de edad fue de 63,9 años, la mediana fue de 65 años, 1 282 (35,93%) tenían menos de 60 años y 2 286 (60,07%) tenían 60 años o más. La sobrevivencia de los pacientes por edad ($P = 0,034$) a favor de los menores de 60 años se detectaron diferencias significativas por sexo ($P = 0,014$) a favor de las mujeres (media $30,6 \pm 1,2$ meses, IC95% versus media $28,8 \pm 1,1$ meses, IC95%). La mortalidad nacional fue de 10,3 por cada 100 000 habitantes, las

regiones con mayor mortalidad fueron Huánuco con 21,7, Huancavelica con 17,7, Junín con 16,8, Callao con 13, y Lima con 13,2 todo por cada 100 000 habitantes (23).

Edgar Rolando Ruiz Semba (Lima 2016) estudio “factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en el servicio de medicina del hospital nacional Arzobispo Loaiza” donde se obtuvieron 314 pacientes todos varones del servicio de medicina, de los cuales 168 presentaron estancia hospitalaria prolongada, en cuanto a la media de la estancia hospitalaria fue de 17,2 días con un rango entre 10 y 51 días. Las patologías que relacionada con dicha variables son las gastrointestinales, infecciosa y renales. En cuanto a las neoplasias representa el 6,55% de la población (24).

2.2 BASES TEÓRICAS

➤ NEOPLASIA

Neoplasia es una masa anormal de tejido que crece de forma incontrolada, excesiva, autónoma e irreversible, que supera la velocidad normal de crecimiento y que poseen rasgos funcionales y morfológicos distintos al de sus orígenes. Esta proliferación de células persiste incluso tras la desaparición del estímulo que la desencadenó (25).

Las principales características de los tumores son tres, forman una masa anormal de células, poseen crecimiento independiente, excesivo y son capacitados para sobrevivir incluso después que haya desaparecido lo que provoco (25).

➤ EPIDEMIOLOGIA DE LAS NEOPLASIAS

El cáncer es considerado un problema de salud pública a nivel mundial, y sus altas tasas de mortalidad e incidencia lo demuestran. Se registraron un aproximado de 14 millones de casos nuevos en el 2012 y se calcula que aumente en un 70 % en los próximos 20 años. En el 2015 provocó 8,8 millones de muertes, ocupando la segunda causa de las defunciones en el mundo. Se dice que una de cada 6 fallecidos en el mundo se debe a esta patología (1,6).

De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se calcula que la incidencia anual del cáncer en el Perú es de 150 casos cada 100 000 habitantes aproximadamente, lo que correspondería a 45 000 nuevos casos año. Actualmente, el mayor porcentaje es detectado cuando la enfermedad se encuentra en etapa avanzada, alcanzando el 75% de los casos diagnosticados. Esto conlleva a una menor probabilidad de resolución, menor calidad de vida, un costo de tratamiento mayor y una elevada mortalidad (26).

El Registro Poblacional de Cáncer de Lima Metropolitana permitió calcular que en el 2011 los casos de cáncer diagnosticados sumaría a un total de 34000; y el de Arequipa y de Trujillo que para el año 2015, 46 264 casos nuevos a nivel nacional (8).

➤ TIPOS DE NEOPLASIAS

La ciencia que estudia los tumores se determina oncología y esta misma nos permite diferenciar entre maligna o benigna de acuerdo al comportamiento clínico que posee:

- ✓ **Los tumores benignos** son las que poseen características que no son graves tanto microscópicas y macroscópicas, es decir, el tumor se encuentra en una zona bien localizado y se puede resolverse mediante medidas quirúrgicas ya que no ha dado lugar a implantes secundarios. Pero en ocasiones este tipo no solo provocan tumefacción sino también enfermedades graves (25).

- ✓ **Los tumores malignos (cáncer)** se caracterizan por infiltrar a estructuras adyacentes o incluso pueden migrar hacia sitios lejanos dando lugar a implantaciones secundarias llamada metástasis lo que ocasionaría muerte segura. La transformación de las células normales en células malignas se producen a causa del daño en el DNA, donde las células son incapaces de controlar su crecimiento y división. Esta división incontrolada puede producir la formación masas o tumores visibles en los órganos de originan, y la cual se denomina tumor primario (27).

➤ **NEOPLASIAS DIGESTIVAS**

El aparato digestivo está constituido por el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso. La parte terminal del intestino grueso se denomina recto y el cual se comunica con el exterior del cuerpo a través del canal anal, cuyo músculo final, ano, permite la excreción de heces de forma voluntaria. Llamamos neoplasia digestiva al que se desarrolla en cualquier área aparato digestivo (28).

CÁNCER DE ESÓFAGO

Octavo cáncer más frecuente en el mundo. En el 2013 se estimó que 17.990 personas iban a ser diagnosticadas de esta enfermedad en EE. UU., de las cuales 15.210 fallecerían por este motivo. Para el año 2015, se calculó una incidencia en España, Centroamérica y Sudamérica de 2.218, 1.759 y 19.966 casos, respectivamente, para ambos sexos (29).

Los factores que aumentan el riesgo de padecer esta patología son: el consumo de alcohol y tabaco, el esófago de Barrett, alteración de la mucosa de la parte inferior del esófago por reflujo gastroesofágico. Los de más riesgo de padecerla son los varones en comparación a las mujeres y los de edad avanzada (30).

Los síntomas que produce son inespecíficos, lo más frecuente:

- ✓ Dificultad para tragar. Esta dificultad es progresiva, afecta primero a los alimentos sólidos y posteriormente también a los líquidos, ocasionando pérdida de peso y cansancio. (29)
- ✓ Ardores, hipo, molestias o dolor por detrás del esternón (29).

Diagnóstico: es frecuente que se detecte en estadios avanzados, dado que la clínica inicial es muy inespecífica y puede pasar desapercibida. El diagnóstico de elección es mediante la endoscopia digestiva alta con toma de biopsias, siendo necesarias hasta siete muestras de zonas no necróticas para que haya una precisión diagnóstica (30).

Extensión: La revisión de la clasificación por estadios según el “American Joint Committee on Cancer (AJCC)” de 2010 está basada en una revisión previa de la “Worldwide Esophageal Cancer Collaboration (WECC)” que analizó datos de 4.627 pacientes con cáncer de esófago. Esta clasificación separa los CEE de los adenocarcinomas, ya que la supervivencia en los CEE es inferior al adenocarcinoma, e incluye TNM, localización tumoral y grado de diferenciación celular (anexo 1) (30).

Tratamiento: Depende del estadio del tumor y el estado general del paciente. Dentro de estos esquemas, las modalidades son variadas, que incluyen tratamientos locales y sistémicos basados ya sea en quimioterapia, radioterapia y cirugía (31).

CÁNCER GÁSTRICO

Ocupa el quinto lugar de frecuencia alrededor del mundo. Calculándose un total de 7% de incidencia y 9% de mortalidad del cáncer en el año 2012. La incidencia de esta patología varía hasta 10 veces en diversos países, las tasas en el sexo masculino es casi dos veces mayor al de sexo femenino. En conclusión la incidencia se incrementa progresivamente con la edad y ambos sexos (32).

Los factores de riesgo son:

- ✓ Enfermedades como: gastritis crónica, infección por *Helicobacter Pylori*, anemia perniciosa, poliposis adenomatosa familiar.
- ✓ Dieta rica en ahumados, y pobre en frutas y verduras.
- ✓ Antecedentes familiares de cáncer gástrico.

- ✓ Edad avanzada o ser varón.
- ✓ Fumar (28).

Los síntomas son inespecíficos, los más frecuentes son:

- Molestias abdominales, ardores o indigestión con sensación de hinchazón abdominal después de comer.
- Náuseas y vómitos.
- Pérdida de apetito y pérdida de peso (28).

Estadificación: se modificó en el 2009. La clasificación T que determina la profundidad de la invasión actualmente es más uniforme en todo el tracto digestivo, mientras en la clasificación N todavía se muestra diferencias que nos indica ausencia o presencia de metástasis en ganglios linfáticos regionales (33,34).

Tratamiento: dependerá del estadio en el cual se diagnostica, que puede ir desde la resección quirúrgica de mucosa y submucosa en el caso del cáncer inicial sin metástasis en ganglios linfáticos. En el caso de un estadio avanzado es necesario optar por cirugía, quimioterapia, radioterapia y tratamiento dirigidos. En la actualidad, no se encuentran otros tratamientos disponibles para el cáncer diferenciado a parte de la gastrectomía total profiláctica, que se opta cuando la infiltración es mayor de 80% (36).

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

Para el año 2014 se esperó diagnosticar un total de 9,160 tumores del intestino delgado a diferencia del cáncer colorrectal con 136,830 y gástricos con 22,220 casos en Estados Unidos, con una probabilidad de 1,210 fallecidos (5,6). La incidencia nivel global es muy variada, la más elevada se encuentra en Norteamérica y Europa occidental, con respecto al sexo la que predomina de manera discreta es el masculino y la edad se encuentra en la quinta y sexta década de la vida (37).

Algunos estudios epidemiológicos asociaron los tumores del intestino delgado con factores ambientales y el estilo de vida, al igual que ciertas enfermedades genéticas que producirían el incremento de esta patología (38, 39, 10).

Diagnóstico y estadificación: con respecto a los síntomas y signos estos son inespecíficos y difícilmente se pueden diferenciar con otras enfermedades gastrointestinales. El dolor ocupa un 45 – 76%, cambios del ritmo intestinal y anemia ferropenia; en fases avanzadas los síntomas pueden aparecer asociados a obstrucciones intestinales, hemorragia o perforación (37, 40, 41).

En cuanto al diagnóstico muchas ocasiones resulta difícil no solo por la inespecificidad de los síntomas sino también por la pobre disponibilidad de las pruebas complementarias que ayudan al estudio de intestino delgado. Algunos métodos han mejorado como la introducción de la videocapsula endoscópica, enteroscopia y la enteroclisia por tomografía computarizada y resonancia magnética (anexo 2) (10).

Tratamiento: para los adenocarcinomas localizados, de elección tenemos la resección quirúrgica completa del tumor junto a las adenopatías regionales. Para los tumores de primera y segunda porción duodenal se quiere realizar una pancreatoductectomía (42). En cuanto a los tumores neuroendocrinos son candidatos a tratamiento quirúrgico, con una supervivencia de cinco años con 64,4% (43), al igual que los linfomas intestinales y tumores estromales aunque en ellos se puede utilizar tanto la quimioterapia y la radioterapia (10).

CÁNCER COLORRECTAL

Es considerado como la segunda causa de muerte ocasionada por cáncer (44). En estados unidos en el año 2008 aproximadamente 436 mil ciudadanos fueron diagnosticados de CCR y 210 mil fallecidos a consecuencia de esta patología, a partir de los 50 años, la incidencia aumenta de forma significativa; y aproximadamente dos tercios del cáncer surgen en el colon distal, colon izquierdo y recto. Hay ciertos factores que tienen gran importancia en la etiología, tanto genéticos y el estilo de vida en las cuales encontramos la falta de ejercicio físico, la obesidad y el tabaquismo (10).

Síntomas y diagnóstico: en muchos casos los síntomas se presentan en etapas tardías. La aparición de estas depende mucho de la localización de dicha patología. Estos tumores

pueden dar lugar a tenesmo y sensación de evacuación incompleta. En ocasiones el primer síntoma se produce a causa de la enfermedad metastásica (10).

Cuando hay sospecha de un CCR, debemos centrarnos en el tipo de síntomas, la pérdida de peso, antecedentes familiares además del uso de medicamentos y otros aspectos como el alcohol y tabaco. Para el diagnóstico se debe proceder a una colonoscopia como primera elección (10).

Tratamiento: solo se podría conseguir con la resección de la lesión primaria. A pesar que las lesiones superficiales sin metástasis pueden ser extraídas por medio de resección endoscópica la mayoría de los pacientes con esta patología necesitan cirugía con resección del segmento afectado en el instante de la reconstrucción, que tiene lugar mediante anastomosis primaria o estoma temporal o permanente. Los pacientes con este tipo de cáncer son beneficiados con radioterapia neoadyuvante que combinan con quimioterapia para estadios avanzados. La resección con fines paliativos también puede resultar beneficiosa cuando se encuentra metástasis a distancia al momento de diagnosticar. Si tenemos una dilatación del colon debido a una estenosis total o subtotal la cirugía de emergencia nos llevaría una evolución favorable que es notoria en la supervivencia de corto plazo a largo plazo (10).

CÁNCER DE PÁNCREAS

En el 2012 se encontró una incidencia de aproximadamente 337,872 casos nuevos alrededor del mundo, ocasionando la muertes de 330,372 ciudadanos que representa el 97,8% de los casos nuevos (45). Este cáncer, aunque ocupa el puesto doce por orden de frecuencia tanto en hombres como mujeres, es considerado la octava causa de muertes relacionada con el cáncer (46).

Según los datos del “Examining Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER) del National Cancer Institute de EE. UU.” Tiende a presentarse en edades avanzadas entre la quinta y la séptima década de la vida, generalmente en un estadio localmente avanzado o metastásico, y en los últimos 30 años el mal pronóstico se mantiene (47).

Según algunos estudios encontramos que existen ciertos factores de riesgo entre los cuales tabaco, la obesidad, síndrome metabólico, diabetes, pancreatitis y antecedentes familiares (10).

Diagnóstico: entre los signos tumor primario que se ha diseminado encontramos, caquexia, hepatoesplenomegalia y linfadenopatías, que muchas veces pueden ser inespecíficas. Para el diagnóstico de dicha enfermedad nos puede ser de mucha ayuda la ecografía preoperatoria para el estudio de las características del tumor y afección vascular, así mismo se podría predecir la resecabilidad de la lesión. Como primera elección tenemos a la tomografía computarizada y la resonancia magnética que es mucho mejor que la primera (10).

Tratamiento: esta patología cuenta con una clasificación de lesión resecable, localmente avanzada o metastásica, cada uno de ellas incluye diversas opciones de tratamientos tanto quirúrgico como quimioterápico. Las limitaciones de cada una de estas opciones están definidas de acuerdo a cada institución, sobre todo cuando se trata de lesiones apropiadas para la resección quirúrgica (48,49).

Estadificación: "American Joint Committee on Cancer (AJCC)" ha establecido un sistema de estadificación TNM que define la resecabilidad clínica que se basa en la evaluación mediante la tomografía (anexo 3) (50).

CARCINOMA HEPATOCELULAR

En los pacientes con hepatopatía crónica es considerada la primera causa de muerte, en los hombres representa el quinto cáncer más común con 7,9% de casos, el séptimo en mujeres con un 6.5% y tercera causa de muerte por cáncer (34).

Tratamiento: tenemos la resección quirúrgica la cual depende de las mejoras técnicas y los cuidados preoperatorios, aunque algunos prefieren la trasplante en especial los paciente con diagnóstico de cirrosis. También tenemos la opción de utilizar tratamientos como la ablación percutánea que va a consistir en administrar ciertas sustancias como etanol o ácido acético, así mismo encontramos tratamiento sistémico (10).

COLANGIOCARCINOMA Y CANCER VESICULAR

El colangiocarcinoma es el tumor maligno hepático más frecuente después del hepatocarcinoma (50), y representa el 3% de todos los cánceres digestivos. El 13 % de las muertes por cáncer están atribuidas a las de vías biliares y del 10-20% al colangiocarcinoma (10). Cuando hablamos de cáncer de vías biliares consideramos dentro de ellas a las de vesícula biliar, los conductos extrahepáticos y ampolla de vater; mientras que la de vía biliar intrahepático se le considera como tumor hepático primario (10).

En las últimas décadas tanto la incidencia como la mortalidad parecen haber aumentado, la edad de presentación se encuentra entre los 50 – 70 años, cuando la aparición es más temprana casi siempre está asociada a colangitis esclerosante primaria con una incidencia y mortalidad que prevalece en los varones (52).

Tenemos que el cáncer de vesícula biliar es el tumor más común y agresivo del tracto biliar; representa del 3-4% de los digestivos. La incidencia varía de acuerdo al área geográfica por los distintos factores de riesgo que prevalece en dicha área (53).

Clínica, diagnóstico y tratamiento: es frecuente que el diagnóstico que produzca de manera incidental al momento de una colecistectomía por patología biliar benigna. Generalmente el diagnóstico se da en estadios avanzados debido a su agresividad y a su clínica inespecífica (10).

Para el diagnóstico tenemos la ultrasonografía endoscópica que es más precisa que la abdominal, que puede servir tanto como para determinar la extensión local del tumor como para el diagnóstico de pólipos vesiculares (54).

El tratamiento de elección tenemos la resección completa quirúrgica, la habitual es la colecistectomía extendida acompañada de resección hepática segmentaria y linfadenectomía. En ciertos casos se necesita una resección más amplia del hígado junto a los de los conductos biliares para que se consiga márgenes libres, que dependiera del estadio de tumor, la profundidad de la invasión y la proximidad a órganos adyacentes además de la experiencia del equipo quirúrgico (10).

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Neoplasia: es un nuevo crecimiento celular el cual está dado por una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede en descoordinación con el de los tejidos normales (25).

Cáncer: Es el nombre que reciben las neoplasias malignas (25).

Neoplasia maligna: es una neoplasia que presenta células menos diferenciadas y tienen la capacidad de desprenderse e ingresar en el sistema circulatorio o linfático, como también puede formar tumores malignos secundarios en otros sitios del cuerpo (25).

Neoplasia benigna: es una neoplasia que produce sólo alteración local, generalmente de orden mecánico. En éstas rara vez ocurre la muerte, aunque dependiendo de factores topográficos o funcionales de la neoplasia misma pueden ser letales (25).

Neoplasia digestiva: Es una enfermedad que se desarrolla a nivel del tubo digestivo que se caracteriza por alteración de la división normal de las células; generalmente se produce por mutaciones en los genes que hacen que las células no mueran cuando tienen que morir o que se formen células nuevas cuando no son necesarias, dando lugar a un exceso de tejido o tumor, que no es capaz de realizar su función normal (28).

Hospitalización: cuando un paciente queda internado en un hospital.

Grupo etario: clasifica a las personas por su edad, lo hace desde el nacimiento que es recién nacido hasta los octogenarios y más viejos que pueden tener más de 80 años

2.3 HIPÓTESIS

a) Hipótesis general.

H1: Existen factores epidemiológicos que se asocian a pacientes internados con diagnostico de neoplasia digestiva.

H0: No existen factores epidemiológicos que se asocian a pacientes internados con diagnostico de neoplasia digestiva

b) Hipótesis específicas.

1. H1: El sexo es un factor que se asocia a las neoplasias digestivas.

H0: El sexo no es un factor que se asocia a las neoplasias digestivas.

2. H1: La edad es un factor que se asocia a las neoplasias digestivas.

H0: La edad no es un factor que se asocia a las neoplasias digestivas.

3. H1: Según el tipo de órgano digestivo la neoplasia se presentara con mayor frecuencia.

H0: Según el tipo de órgano digestivo la neoplasia no se presentara con mayor frecuencia.

4. H1: La edad es un factor que se asocia al tipo de neoplasia digestiva.

H0: La edad es un factor que no se asocia al tipo de neoplasia digestiva.

5. H1: Existe relación entre el tipo de neoplasia digestiva y la condición de fallecido de los pacientes internados.

H0: No existe relación entre el tipo de neoplasia digestiva y a condición de fallecido de los pacientes internado

2.3 VARIABLES DE ESTUDIO.

Variable independiente:

- ✓ Grupo etario
- ✓ Sexo
- ✓ Lugar de procedencia

Variable dependiente:

- ✓ Neoplasia digestiva
- ✓ Neoplasia maligna
- ✓ Neoplasia benigna
- ✓ Categorización de estancia hospitalaria
- ✓ Condición de egresado

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

Este trabajo se realizó en el hospital amazónico ubicado en el jr aguaytia 605 en el distrito de Yarinacocha y el hospital regional de Pucallpa ubicado en el distrito de Calleria, en los servicios de medicina y cirugía.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

No experimental

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva

3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativo

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo correlacional, transversal

3.6 POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

3.6.1 POBLACION.

La población a estudiar fueron los pacientes internados que presentaron diagnóstico de neoplasia en los servicios de medicina y cirugía en dos hospitales MINSA del periodo 2008 – 2015.

La unidad de análisis

Fue cada paciente que estuvo hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del de dos hospitales MINSA durante el periodo 2008 – 2015 con diagnóstico de neoplasia. Se hizo un análisis secundario de base de datos.

3.6.2 MUESTRA

Se recolecto información de los registros de pacientes con neoplasia para la investigación. Se utilizó un muestreo de tipo censal. Se aplicó para el análisis el programa estadístico Stata versión 11,1 (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.7.1 TÉCNICA

La técnica de recolección de datos fue de tipo indirecto, esto debido a que no estuvimos en contacto directo con el paciente; ya que solo tuvimos la información de los registros de los pacientes con neoplasia.

3.6.3 INSTRUMENTO

No se utilizó un instrumento para la investigación esto debido a que se contó con un registro de base de datos que contenían la información de los pacientes con diagnóstico de neoplasia digestiva.

3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo el proyecto de investigación nos guiamos de las siguientes pautas:

1. Se solicitara a la facultad de medicina humana que realice un documento dirigido a los respectivos hospitales donde se realizara el proyecto, solicitando el permiso para acceder a su base de datos.
2. Una vez aceptada dicha petición los hospitales nos brindaran las bases de datos para analizarlo.
3. Posteriormente se codificaran las bases dentro del programa estadístico STATA 11.1 (StataCorp LP, College Station, TX, USA).
4. Las variables que más nos interesaran serán codificadas con valor 1 y las de comparación con valor 0.
5. El análisis univariado en base a sus frecuencias y porcentajes.
6. El análisis bivariado busca encontrar el valor p, RP y el IC 95%.

3.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos serán incluidos en una base de datos la cual fue una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013. Los resultados descriptivos se mostraron con medidas de tendencia central, medidas de dispersión, frecuencias absolutas. Para el estudio estadístico se utilizó el paquete estadístico STATA versión 11.1 (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el estudio realizado se obtuvieron 2263 pacientes con diagnóstico de neoplasia, en el cual el sexo femenino mostro una superioridad con un 70,39%, así mismo la mediana de edad es de 46 años (35-58). El grupo etario más frecuente en presentar dicho diagnóstico es el adulto tardío con un 58,2%, la estancia hospitalaria mayor a 5 días estuvo representada por un 60,76% y la mediana de días fue de 4 (2-8). En el tipo de neoplasia maligna la correspondió un 60,40%. Se evidencio que la condición de egresado vivo es escasamente superior al del fallecido con un 50,99% y que un 98,41% de los pacientes son procedentes de la región de Ucayali. **Tabla 1**

Tabla 1.- Descripción de la población de pacientes con neoplasia

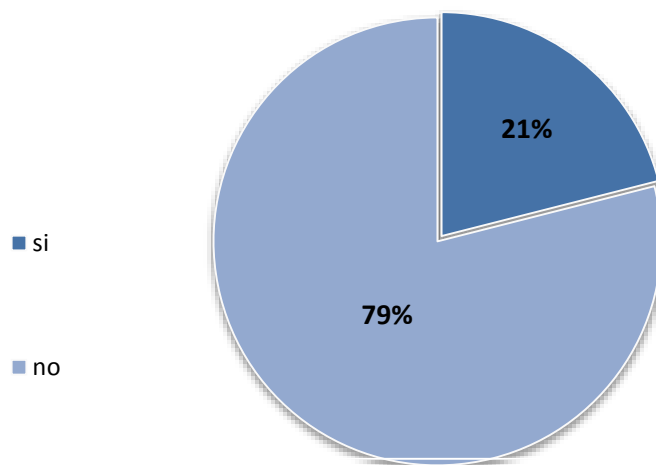
variable	n°	%
Sexo		
masculino	670	29,61
femenino	1593	70,39
Edad*		
		46(35 -58)
Grupo etario		
niño	121	5,35
adolescente	82	3,62
adulto joven	347	15,33
adulto tardío	1317	58,2
adulto mayor	396	17,5
Estancia hospitalaria >5		
si	1375	60.76
no	888	39.24
n° días hospitalarias*		
		4(2-8)
Tipo de neoplasia		
benigno	707	31,24
maligno	1198	52,94

comportamiento incierto	26	1,15
insitu	51	2,25
No especificada	281	12,42
Condición		
muerto	1109	49,01
vivo	1154	50,99
Zona de procedencia de Ucayali		
si	2227	98,41
no	36	1,59

*variable cuantitativa, n°: numero, %: porcentaje

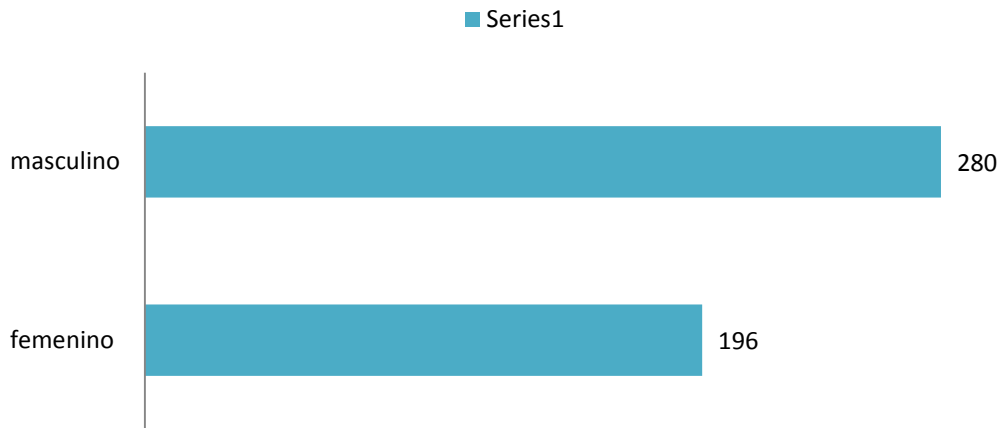
La población estuvo representada por 2263 pacientes con diagnóstico de neoplasia, de las cuales el 21% (476 casos) correspondía a neoplasias que se localizaron a nivel del aparato digestivo. El sexo que predominó con respecto a las neoplasias digestivas fue el masculino encontrándose un total de 280 casos. **Grafica 01 y grafica 02.**

NEOPLASIAS DIGESTIVAS



Gráfica 01. Población que presenta diagnóstico de neoplasia digestiva.

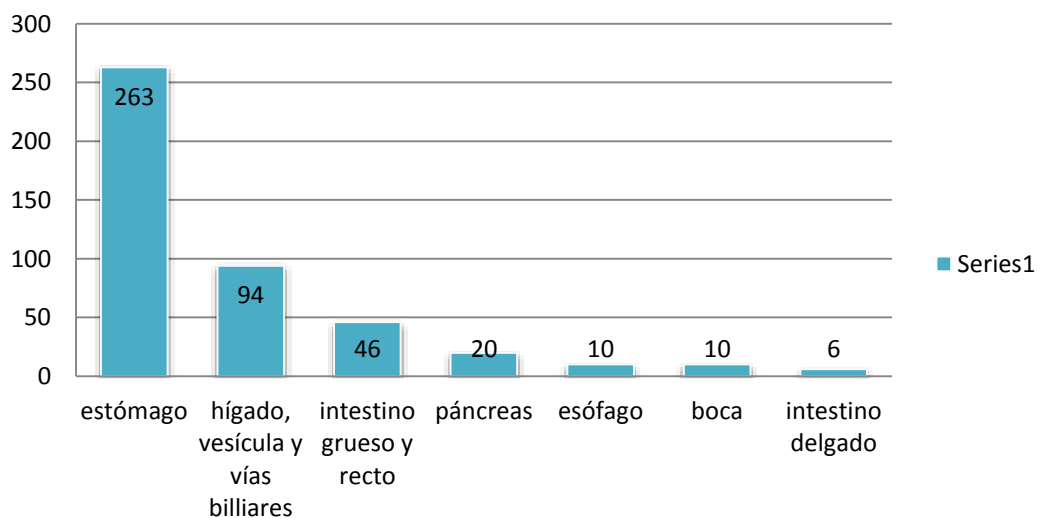
Sexo vs Neoplasia digestiva



Gráfica 02. Pacientes con neoplasia digestiva con respecto al sexo.

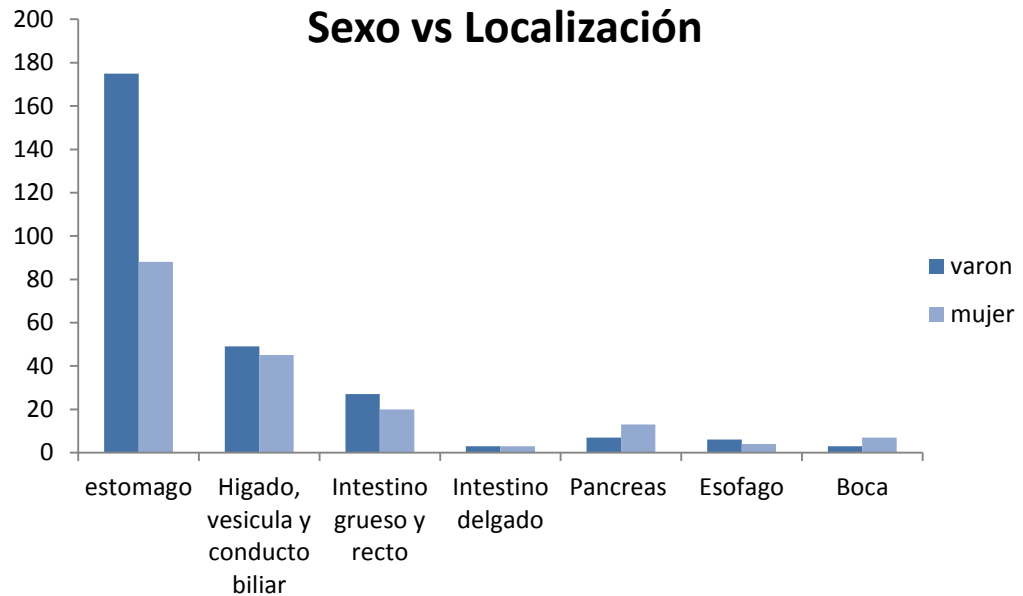
Con respecto a la localización de la neoplasia a nivel de aparato digestivo, se evidencio que el órgano con mayor frecuencia es el estómago, mostrando una superioridad significativa en comparación con los demás, sumando un total de 263 casos que representa el 55,14% de la población con dicho diagnóstico. **Grafica 03.**

localización de neoplasia digestiva



Gráfica 03. Frecuencia de localización de neoplasia en el sistema digestivo

Los varones representaron la mayor población de casos a nivel de estómago, hígado, vesícula y conducto biliar e intestino grueso y recto, con un 66,54%, 52,13% y 57,45% respectivamente. **Grafica 4.**



Grafica 04. Localización de la neoplasia digestiva según el sexo

El diagnóstico de neoplasia digestiva se asoció con el sexo; las mujeres tienden a desarrollar con menor frecuencia neoplasias a nivel del sistema digestivo (RP: 0,19; IC95%: 0,15 - 0,24). Las categorías adulto tardío (RP: 3,19; IC95%:1,53 - 6,63) y adulto mayor (RP: 13,42; IC95%: 6,38 - 28,24) presentaron una mayor frecuencia para desarrollar neoplasias a nivel de dicho aparato en comparación a la categoría niño. El diagnóstico de neoplasia digestiva no se asoció a pacientes procedentes de la región de Ucayali (RP: 0,59; IC95%: 0,29-1,22). **Tabla 2.**

Tabla 2.- Análisis bivariado con respecto a neoplasia digestiva

neoplasia digestiva			
	RP	IC 95%	valor P
Sexo			
masculino			1
femenino	0,19	0,15-0,24	<0,001
Grupo etario			
niño			1
adolescente	0,35	0,07-1,70	0,19
adulto joven	1,33	0,59-3,00	0,48
adulto tardío	3,19	1,53-6,63	0,002
adulto mayor	13,14	6,34-28,24	<0,001
Procedencia Ucayali			
no			1
si	0,59	0,29-1,22	0,16

RP: razón de prevalencia; IC95%: Intervalo de confianza al 95% y valor p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, función de enlace log y modelos robustos.

La estancia hospitalaria mayor de 5 días se asoció con el diagnóstico de neoplasia digestiva, demostrándose que el paciente que presente dicho diagnóstico tendrá una estancia hospitalaria prolongada (RP: 1,82; IC95%:1,48 - 2,23). . **Tabla 3.**

La localización de la neoplasia a nivel de páncreas (RP: 3,31; IC95%:1,16-9,37) y boca (RP: 0,12; IC95%: 0,01-0,98) presentó asociación con la estancia hospitalaria mayor a 5 días. Los pacientes con diagnóstico de neoplasia a nivel de páncreas tenían una mayor posibilidad de presentar una estancia hospitalaria mayor de 5 días en comparación con la neoplasia gástrica. Caso contrario ocurre con las neoplasias que se desarrollan en boca.

Tabla 3.

Tabla 3.- relación de las variables epidemiológicas asociadas a estancia hospitalaria mayor a 5 días

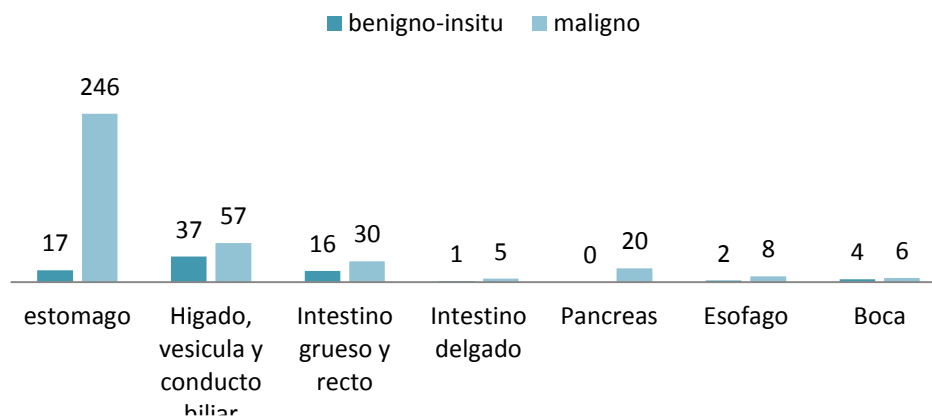
		estancia hospitalaria >5 días		
		RP	IC95%	valor p
Neoplasia digestiva				
	no			1
	si	1,82	1,48 - 2,23	<0,001
tipo de neoplasia digestiva				
	benigno			1
	maligno	1,20	0,74-1,95	0,43
localización de neoplasia				
	Estómago			1
	Hígado, vesícula y conducto biliar	1,36	0,85-2.19	0,19
	Intestino grueso y recto	1,49	0.79-2,78	0,21
	Intestino delgado	1,10	0,21-5,57	0,90
	Páncreas	3,31	1,16-9,37	0,02
	Esófago	0,47	0,11-1,86	0,28
	Boca	0,12	0,01-0,98	0,04

RP: razón de prevalencia; IC95%: Intervalo de confianza al 95% y valor p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, función de enlace log y modelos robustos.

El 90% de las neoplasias benignas estuvieron localizadas a nivel estómago, hígado, vesícula y conducto biliar, e intestino grueso y recto; mientras que por el lado de las neoplasias malignas solo el 66,13% correspondía a las que se localizaron en estómago.

Grafica 05.

Tipo de Neoplasia vs Localización



Grafica 05.- tipo de neoplasia según la localización en el sistema digestivo

Nuestras variables epidemiológicas no se asociaron al tipo de neoplasia, esto debido a que su valor P fue > al 0,05. Cabe destacar que según el tipo de órgano existieron ciertas asociaciones: en el caso de hígado, vesícula y conducto biliar (RP: 0,10; IC 95%: 0,05-0,20); intestino grueso y recto (RP: 0,12; IC95%: 0,05-0,28); y boca (RP: 0,10; IC95%0,02-1,40) presentaron una menor frecuencia para desarrollar neoplasia maligna en comparación al estómago. **Tabla 4.**

Tabla 4.- relación de las variables epidemiológicas asociados al tipo neoplasia maligna

neoplasia maligna			
	RP	IC95%	valor p
Sexo			
masculino			1
femenino	0,63	0,38-1,01	0,05
Grupo etario			
niño			1
adolescente	0,6	0,02-13,58	0,74
adulto joven	1,03	0,20-5,19	0,76
adulto tardío	3,34	0,76-14,57	0,10
adulto mayor	3,39	0,76-14,97	0,10
procedencia Ucayali			
no			1
si	1,86	0,48-7,16	0,36
localización de neoplasia			
Estomago			1
Hígado, vesícula y conducto biliar	0,10	0,05-0,20	<0,001
Intestino grueso y recto	0,12	0,05-0,28	<0,001
Intestino delgado	0,34	0,03-3,12	0,34
Páncreas	.	.	.
Esófago	0,27	0,05-1,40	0,12
Boca	0,10	0,02-0,40	0,001

RP: razón de prevalencia; IC95%: Intervalo de confianza al 95% y valor p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, función de enlace log y modelos robustos.

La condición de egresado fallecido no se asoció a la neoplasia que se localiza a nivel del aparato digestivo ni al tipo de neoplasia. Caso contrario se evidencio en los paciente con neoplasia a nivel de hígado, vesícula y conducto biliar (RP: 1,98; IC95%:1,23-3,20), y páncreas (RP: 4,04; IC95%1,42-11,45) donde existió una mayor frecuencia a fallecer antes de egresar del hospital **Tabla 5**.

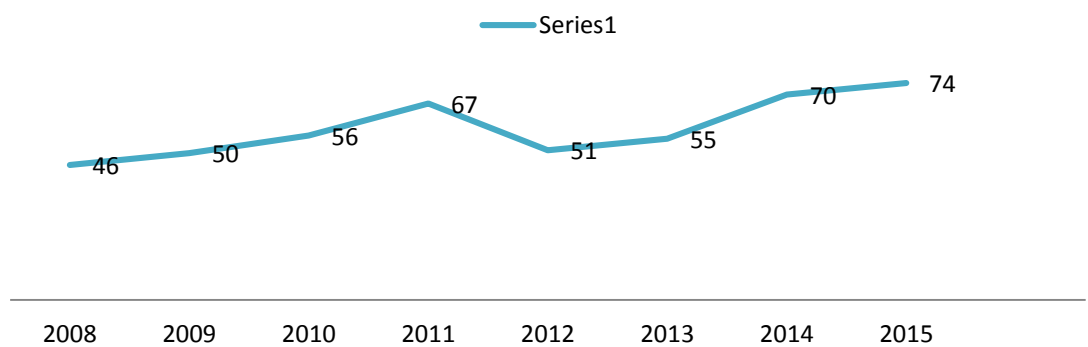
Tabla 5.- relación de las variables epidemiológicas con la condición de egresado

	condición		
	RP	IC95%	valor p
neoplasia digestiva			
no			1
si	0,97	0,79-1,19	0,81
tipo de neoplasia			
benigno-insitu			1
maligno	0,71	0,44-1,15	0,16
localización de neoplasia			
Estomago			1
Hígado, vesícula y conducto			
biliar	1,98	1,23-3,20	0,005
Intestino grueso y recto	1,08	0,58-2,03	0,78
Intestino delgado	0,26	0,03-2,34	0,23
Páncreas	4,04	1,42-11,45	0,009
Esófago	0,89	0,24-3,26	0,87
Boca	0,14	0,01-1,19	0,07

RP: razón de prevalencia; IC95%: Intervalo de confianza al 95% y valor p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, función de enlace log y modelos robustos.

Según el periodo de estudio, se observó que existieron 476 neoplasias a nivel del aparato digestivo; siendo el año 2015 el que registro el mayor número de neoplasias con un total de 74 casos. A esto se debe agregar que desde el año 2009 la tasa de casos de neoplasia confirmados por año no disminuyo del 0,13 casos/año. **Grafica 06.**

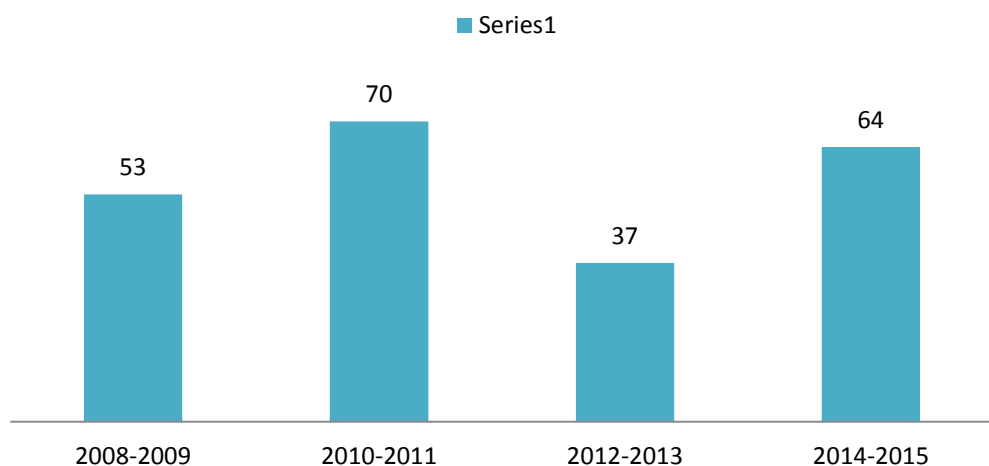
Neoplasias Digestivas vs Periodo



Grafica 06.- número de neoplasias digestiva según el periodo

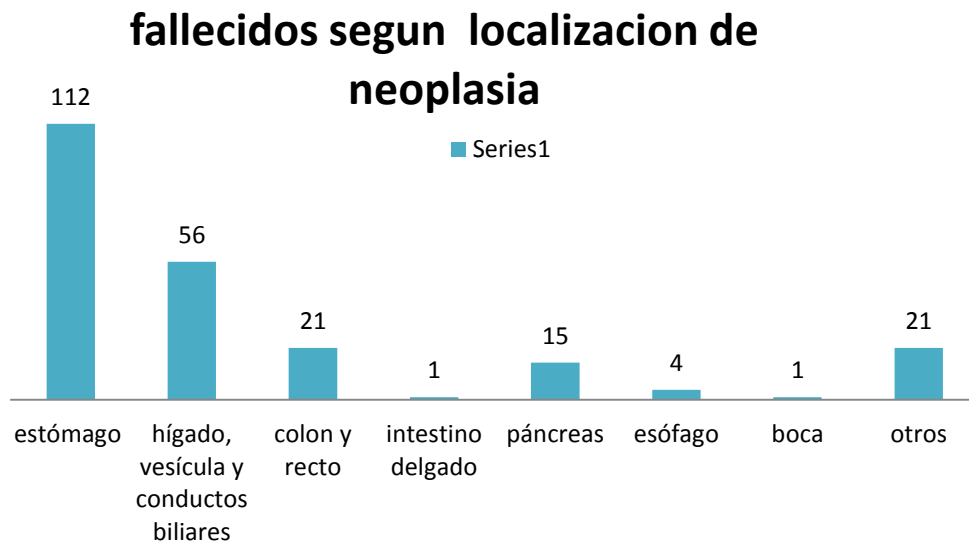
El total de pacientes que fallecieron con diagnóstico de neoplasia digestiva fueron 231, de los cuales entre el año 2010 y 2011 registraron el mayor número de muertes con un total de 70 casos. **Grafica 07.**

fallecidos durante el periodo de estudio



Grafica 07.- número de fallecidos durante el periodo de estudio

La localización de la neoplasia a nivel del aparato digestivo que presentó el mayor número de fallecidos fue el de estómago con un total de 112 pacientes, seguido del hígado, vesícula y conducto biliar con 56 pacientes y colon y recto con 21. **Grafica 08**



Grafica 08.- fallecidos según localización de neoplasia

4.2 DISCUSIÓN

En nuestro estudio realizado se analizó el registro de datos de un periodo de 8 años en el cual se determinó que las mujeres representaron un 70,39% de los casos de neoplasia y la mediana de edad fue de 46 años con un rango intercuartílico de 35-58. Un estudio realizado en Colombia similar al periodo estudiado (10 años), nos mostró que su población femenina fue de 65,6%, y el promedio de edad fue de 54.2 años ¹⁴. Así mismo otro estudio en distinto periodo en México se encuentra que el sexo femenino es superior al masculino y que el edad máxima esta desde los 46 años hasta los 50 años ¹⁶.

Según lo observado con respecto a las neoplasias digestivas el sexo que predomina fue el sexo masculino con 280 casos, mostrando asociación de ambas variables; y en cuanto al grupo etario tanto el adulto tardío como el adulto mayor presentaron una mayor frecuencia para desarrollar neoplasia a nivel del aparato digestivo, según la localización de la neoplasia en el aparato digestivo encontramos en mayor frecuencia al estómago con un 58,44% seguido por el hígado, vesícula y vías biliares con 19,71%. Un estudio realizado en México nos muestra unos resultados donde también predomina el sexo masculino y la edad varía entre 17 y 83 años, siendo el más elevado entre la séptima y novena década de la vida, según la localización contrariamente a nuestro estudio nos muestra que el cáncer gástrico ocupa el segundo lugar y de hígado el cuarto, mientras que el de colon tiene la frecuencia más elevada⁴.

La condición de fallecido antes del egreso representa una población discretamente menor en comparación con la del vivo, con respecto a la muertes producidas por neoplasia digestiva no se encuentra asociación, sin embargo nos muestra que entre el año 2010 y 2011 se produjeron un número más elevado de muertes; en cuanto a la localización de la neoplasia que causo más número de fallecidos es la que se encontró a nivel del estómago. En una provincia de Cuba se estudió que en el año 2011 el número de muertes por cáncer del aparato digestivo se incrementó entre las cuales estaba el colon, páncreas, estomago, hígado y vías biliares en comparación con las del 2010¹⁹. Según un estudio realizado en Colombia nos indica que la mortalidad más elevada según la localización de

la neoplasia a nivel del aparato digestivo la tuvo la que se encontró a nivel gástrico independiente género y edad¹⁷.

La estancia hospitalaria mayor a 5 días estuvo representada por un 60,70% de la población y la mediana de días fue de 4 con un rango entre 2-8 días. Un estudio realizado en nuestro país nos muestra que el 6,55% de los pacientes con diagnóstico de neoplasias presentaron estancia hospitalaria prolongada ocupando el noveno lugar dentro de todas enfermedades del servicio de medicina ²⁴.

De acuerdo a la neoplasia localizada en estomago representa un 58,44% de casos; según el sexo la neoplasia de estómago se ubicó con más frecuencia en el sexo masculino. Un estudio realizado en nuestro país en un periodo de 2 años de se encontró que 3568 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico de las cuales el 51,5% era varones y 48,5% mujeres la mediana fue de 65 años²³.

La neoplasia ubicada en el intestino grueso y recto se encuentra en el tercer lugar dentro de las neoplasias digestiva con un 9,85% de toda la población, con respecto al sexo el que predomina es el masculino con un 57,45% en relación al sexo femenino que represento el 42,55%. En un hospital de Lima se estudió la localización y clínica del cáncer de colon donde nos muestra la prevalencia del sexo femenino con un 66,7% distinto a nuestros resultados ²¹.

CONCLUSIÓN

Se evidencio que las neoplasias del aparato digestivo representaron casi la cuarta parte de las neoplasias en general, además se observó que el mayor número de casos se dio en varones, la localización más común fue a nivel del estómago, el grupo etario con mayor frecuencia a desarrollar este tipo de neoplasias fue el adulto tardío y el adulto mayor y que el lugar de procedencia no influye en el desarrollo de esta patología. En cuanto a la estancia hospitalaria mayor a 5 días, se evidencio relación con las neoplasias digestivas siendo el de páncreas la que tuvo mayor probabilidad a presentar estancia hospitalaria prolongada con respecto a la neoplasia en estómago.

El tipo de neoplasia maligna fue la que predomino en nuestro trabajo, siendo la localización más frecuente en el estómago; mientras que la neoplasia de páncreas y el de hígado, vesícula y conducto biliar también tienden a desarrollar es tipo de neoplasia pero en menor frecuencia que el estómago. En cuanto a la condición de egresado los pacientes con diagnóstico de neoplasia de páncreas, hígado, vesícula biliar y conducto biliar presentaron una mayor frecuencia a la condición de fallecido antes del egreso en comparación al de estómago.

En año 2015 se registraron un mayor número de neoplasias digestivas y en los años 2010 y 2011 se obtuvo que la cantidad de fallecidos se elevó, mientras que la neoplasia con localización a nivel de estómago presento la mortalidad más alta.

RECOMENDACIONES

Deberían establecer grupos que incentiven a la investigación sobre temas de neoplasia en nuestra región y otras regiones del país, para poder reconocer que otros factores podrían estar asociados a esta patología; de esa manera tratar de implementar medidas estratégicas para poder detectar los factores de riesgo y crear ciertos programas que nos ayuden al diagnóstico precoz . Además se sugeriría la realización de estudios posteriores con diseño de casos y controles.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015; 136(5): 359-386.
2. Organisation mondiale de la santé, Alwan AAS, & Agis T. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
3. Pérez, José de Jesús Villalobos, et al. Variaciones en la frecuencia de cáncer del aparato digestivo en el transcurso de 35 años en cuatro instituciones de la Ciudad de México de distinto nivel socioeconómico. *Gaceta Médica de México*. 2014; 150(1): 49-57. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2014/gm141g.pdf>.
4. Roesch-Dietlen F, Jiménez-García VA, Remes-Troche JM, Rubio-Arce JF, López-Salinas A, Ruiz-Juárez I, et al. [Epidemiologic behavior of malignant digestive tract tumors over a five year period in Veracruz, Mexico]. *Rev Gastroenterol Mex*. 2012; 77(1): 3-8.
5. World health organization, et al. *globoCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2014.
6. INEN. Datos Epidemiológicos [Internet]. indicadores anuales de gestión producción hospitalaria. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria>.
7. Machicado Zuñiga Enrique, Giraldo Casas Romina Cecilia, Fernández Karla Felisa Estefanía, Geng Cahuayme Abraham André Arturo, García Dumler Doménica, Fernández Concha Llona Inés et al. Localización y clínica asociada al cáncer de colon: Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2009 - 2013. *Horiz. Med.* [Internet].

2015; 15(2):49-55. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727558X2015000200008&lng=es.

8. Perú, & Ministerio de Salud. Analisis de la situacion del cancer en el Peru, 2013. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
9. Salas D., Peiró R.. Evidencias sobre la prevención del cáncer. Rev. esp. sanid. penit. [Internet]. 2013; 15(2): 66-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202013000200005&lng=es.
10. Chuaqui B, Duarte I, González S, Rosenberg H. Alteraciones del crecimiento y desarrollo. Manual de patología general [Internet]. 2nd ed. Chile: Benedicto Chuaqui J. y Sergio González B.; 2017. Disponible en: http://publicacionesmedicina.uc.cl/PatologiaGeneral/Patol_090.html
11. Laura Itriago G, Nicolas Silva I, & Giovanna Cortes F. Cancer en Chile y el mundo: Una mirada epidemiologica, presente y futuro. Revista Médica Clínica Las Condes. 2013; 24(4): 531-52.
12. Montes de Oca Megías Elizabeth, Soler Porro Luis Laureano, Noa Pedroso Guillermo, Agüero Betancourt Caridad de los Milagros, González Gutiérrez José Luis, Barreto Suárez Eduardo. Comportamiento del cáncer colorrectal esporádico en un hospital provincial. Rev cubana med [Internet]. 2012; 51(4): 302-312. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232012000400004&lng=es.
13. Nazario Dolz Ana María, Falcón Vilariño Carlos Gilberto, Matos Tamayo Modesto Elmer, Oliú Lambert Hernán, Romero García Lázaro Ibrahím. Caracterización de pacientes con cáncer de esófago en el bienio 2013-2014. MEDISAN [Internet].

2016; 20(2): 143-153. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000200003&lng=es.

14. Villegas, CR, Arnoby Chacón, J, Cardona, JP, Correa, LÁ. Perfil clínico epidemiológico de los pacientes con cáncer tratados en una institución de tercer nivel. Manizales, Colombia, 1995-2004. Colombia Médica [Internet]. 2012; 43(1):11-18. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28323202002>.
15. Hidalgo Herrera Manuel, Fleites González Gilberto, Fernández Solares Zinia, Solís Chávez Santiago, Borges Sandrino René. Characterization of the esophagus cancer in operated patients. "Dr. Carlos J. Finlay" Hospital. Rev haban cienc méd [Internet]; 13(1): 101-110. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000100012&lng=es.
16. Herrera -Torres, Analy, et al. Frecuencia de cáncer en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Implicaciones para el desarrollo de métodos de detección oportuna. Cirugía y Cirujanos. 2014; 82(1).
17. Ángel Arango, LA, Giraldo Ríos, A, Pardo Turriago, CE. Tasa de mortalidad por cánceres del tubo digestivo según género y grupos de edad en Colombia entre 1980 y 1998. Revista Colombiana de Gastroenterología [Internet]. 2008;23(2):124-135. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337731587005>.
18. Sansó Soberats Félix José, Alonso Galbán Patricia, Torres Vidal Rosa María. Mortalidad por cáncer en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010; 36(1): 78-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100009&lng=es.

19. Basanta-Molina M, Hernández-Torres L, Delgado-Acosta H, Cruz N, Toledo-Torres J, Herrera-Hernández M. Caracterización de la mortalidad por cáncer en la provincia de Cienfuegos. 2010-2011. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2013; 3(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/162>

20. Chirinos Jesús L, Carbajal Luz A, Segura María D, Combe J, Akib S. Cancer Gástrico: Perfil Epidemiológico 2001-2007 en Lima, Perú. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2012; 32(1): 58-64. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292012000100008&lng=es.

21. Machicado Zuñiga Enrique, Giraldo Casas Romina Cecilia, Fernández Karla Felisa Estefanía, Geng Cahuayme Abraham André Arturo, García Dumler Doménica, Fernández Concha Llona Inés et al . Localización y clínica asociada al cáncer de colon: Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2009 - 2013. Horiz. Med. [Internet]. 2015; 15(2): 49-55. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000200008&lng=es.

22. Cervera- Inolopú, W, Díaz-Vélez, C. Influencia de la dieta en la aparición del cáncer colorrectal en una población de Chiclayo. Revista Venezolana de Oncología [Internet]. 2014;26(1):32-40. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375633968006>.

23. Tolentino, Carlos Alvarado, Ojeda, Diego Venegas. Sobrevida de pacientes con cáncer gástrico en el Perú, 2009-2010. Rev Panam Salud Publica. 2015; 37(3) 133-139. Retrieved from : http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300002.

24. Edgar Rolando Ruiz Semba. FACTORES ASOCIADOS A ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2016 [Internet]. [Lima]: San Martín de Porras; 2016. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2610>
25. Ouchen, F. S. TEMA 14: Neoplasias. Definiciones. Nomenclatura. Características. Eusalud. 2007; 140-145.
26. Perú, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Resumen de Indicadores de Salud 2012 [Internet]. Lima: INEN; 2012. Disponible: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_estadisticos/06032013_RESUMEN_INDICADORES_INTRANET.pdf.
27. ECO, fundación para la excelencia y la calidad de la oncología. Generalidades en oncología. Se puede encontrar: <https://www.fundacioneco.es/wpcontent/uploads/2014/04/1.Generalidades.pdf>
28. Grupo Médico SEOR a, & Grupo de Enfermería SEOR. TUMORES DIGESTIVOS [Internet]. 2014 Jul p. 5-6. Disponible en: <http://www.seor.es/wp-content/uploads/CANCER-DIGESTIVOS-tratamientos-y-cuidados.pdf>
29. Ajani JA, Bentrem DJ, Besh S, D' Amico TA, Das P, Denlinger C, et al. Esophageal and esophagogastric junction cancers. NCCN Guidelines 2013.
30. Oze I, Matsuo K, Ito H, Wakai K, Nagata C, Mizoue T, et al. Cigarette smoking and esophageal cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence among the Japanese population. Jpn J Clin Oncol 2012;42(1):63-73.

31. Montoro DM. Cáncer digestivo: patogenia, diagnóstico, tratamiento y prevención. 1st ed. Antoni Castells FB, editor. Barcelona: Elseiver; 2015.
32. Carneiro F, Bang Y-J, Hattori T, Montgomery EA. Stomach cancer. En: Stewart BW, Wild CP, editors. World Cancer Report 2014. Lyon: IARC Press 2014; 545:57.
33. Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C. TNM Classification of Malignant Tumors. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
34. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. AJCC Cancer Staging Manual. New York: Springer; 2009.
35. Ono H, Kondo H, Gotoda T, Shirao K, Yamaguchi H, Saito D, et al. Endoscopic mucosal resection for treatment of early gastric cancer. *Gut* 2001;48:225-9.
36. Fitzgerald RC, Hardwick R, Huntsman D, Carneiro F, Guilford P, Blair V, et al. Hereditary diffuse gastric cancer: updated consensus guidelines for clinical management and directions for future research. *J Med Genet* 2010;47:436-44.
37. Abu-Hamda EM, Hattab EM, Lynch PM. Small bowel tumors. *Curr Gastroenterol Rep* 2003;5:386-93.
38. Neugut AI, Jacobson JS, Suh S, Mukherjee R, Arber N. The epidemiology of cancer of the small bowel. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1998;7:243-51.
39. Boffetta P, Hazelton WD, Chen Y, Sinha R, Inoue M, Gao YT, et al. Body mass, tobacco smoking, alcohol drinking and risk of cancer of the small intestine—a pooled analysis of over 500,000 subjects in the Asia Cohort Consortium. *Ann Oncol* 2012;23:1894-8.

40. De Franchis R, Rondonotti E, Abbiati C, Beccari G, Signorelli C. Small bowel malignancy. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2004;14:139-48.
41. Schwartz GD, Barkin JS. Small bowel tumors. *Gastrointest. Endosc Clin N Am* 2006;16:267-75.
42. Bakaeen FG, Murr MM, Sarr MG, Thompson GB, Farnell MB, Nagorney DM, et al. What prognostic factors are important in duodenal adenocarcinoma? *Arch Surg* 2000;135:635-41.
43. Bilimoria KY, Bentrem DJ, Wayne JD, Ko CY, Bennett CL, Talamonti MS. Small bowel cancer in the United States: changes in epidemiology, treatment, and survival over the last 20 years. *Ann Surg* 2009;249:63-71.
44. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010;127: 2893-917.
45. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11. *globocan.iarc* 2014: 1-7. Disponible en:<http://globocan.iarc.fr>.
46. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011;61:69-90.
47. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Neyman N, Altekruse SF, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2010, National Cancer Institute. Disponible en: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2010/.
48. Tempero MA, Arnoletti JP, Behrman S, BenJosef E, Benson AB, 3rd, Berlin JD, et al. Pancreatic adenocarcinoma. *J Natl Compr Canc Netw* 2010;8:972-1017.

49. Tempero MA, Arnoletti JP, Behrman SW, BenJosef E, Benson AB 3rd, Casper ES, et al. Pancreatic Adenocarcinoma, version 2.2012: featured updates to the NCCN Guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* 2012; 10:703-13.
50. Edge S, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. *AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual*. 7th ed. New York: Springer; 2010.
51. Welzel TM, McGlynn KA, Hsing AW, O'Brien TR, Pfeiffer RM. Impact of classification of hilar cholangiocarcinomas (Klatskin tumors) on the incidence of intra- and extrahepatic cholangiocarcinoma in the United States. *J Natl Cancer Inst* 2006;98:873-5.
52. Edge SB, Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Ann Surg Oncol* 2010;17:1471-4.
53. Kullman E, Frozanpor F, Soderlund C, Linder S, Sandstrom P, et al. Covered versus uncovered self-expandable nitinol stents in the palliative treatment of malignant distal biliary obstruction: results from a randomized, multicenter study. *Gastrointest Endosc* 2010;72:915-23.
54. Sadamoto Y, Kubo H, Harada N, Tanaka M, Eguchi T, Nawata H. Preoperative diagnosis and staging of gallbladder carcinoma by EUS. *Gastrointest Endosc* 2003;58:536-41.

ANEXOS

Anexo 1: clasificación de TNM para el cáncer de esófago

T: Tumor primario TX: no puede ser evaluado T0: no hay evidencia de tumor primario Tis: displasia de alto grado (neoplasia intraepitelial no invasiva) T1: tumor que invade la lámina propia, <i>muscularis mucosae</i> o submucosa: <ul style="list-style-type: none"> • T1a: tumor que invade la lámina propia o <i>muscularis mucosae</i> • T1b: tumor que invade la submucosa T2: tumor que invade la muscular propia T3: tumor que invade la adventicia T4: tumor que invade estructuras adyacentes: <ul style="list-style-type: none"> • T4a: tumor resecable que invade pleura, pericardio o diafragma • T4b: tumor irreseccable que invade otras estructuras adyacentes: aorta, cuerpo vertebral, tráquea 	N: Ganglios linfáticos regionales NX: no pueden ser evaluados N1: metástasis en 1-2 ganglios regionales N2: metástasis en 3-6 ganglios regionales N3: metástasis en 7 o más ganglios regionales M: Metástasis a distancia M0: no existen M1: existen metástasis a distancia G: Grado histológico GX: no puede ser evaluado G1: bien diferenciado G2: moderadamente diferenciado G3: pobremente diferenciado G4: indiferenciado
<small>Modificado de Estadios tumorales del carcinoma escamoso de esófago según el AJCC 2010².</small>	

Anexo 2: clasificación de TNM de los adenocarcinomas y tumores neuroendocrinos del intestino delgado

Tumor neuroendocrino		Adenocarcinoma				
Tumor primario						
TX	Tumor primario no evaluable	Tumor primario no evaluable				
T0	No hay pruebas del tumor primario	No hay pruebas del tumor primario				
Tis		Carcinoma <i>in situ</i>				
T1	≤ 1 cm e invade lámina propia o submucosa	a. Invade la lámina propia. b. Invade la submucosa				
T2	> 1 cm o invade la muscular propia	Invade la muscular propia				
T3	Invade la subserosa y tejidos no peritonealizados	Invade la subserosa o tejido no peritonealizado con una extensión ≤ 2 cm				
T4	Invade el peritoneo visceral u otros órganos	Invade el peritoneo visceral, otros órganos o el retroperitoneo > 2 cm				
Adenopatías regionales						
NX	No evaluable	No evaluable				
N0	Sin infiltración de adenopatías regionales	Sin infiltración de adenopatías regionales				
N1	Infiltración de adenopatías regionales	Infiltración de 1-3 adenopatías regionales				
N2		Infiltración de ≥ 4 adenopatías regionales				
Metástasis a distancia						
M0	Sin metástasis a distancia	Sin metástasis a distancia				
M1	Metástasis a distancia	Metástasis a distancia				
Estadio						
0			Tis	N0	M0	
I	T1	N0	M0	T1-2	N0	M0
IIA	T2	N0	M0	T3	N0	M0
IIIB	T3	N0	M0	T4	N0	M0
IIIA	T4	N0	M0	Cualquiera	N1	M0
IIIB	Cualquiera	N1	M0	Cualquiera	N2	M0
IV	Cualquiera	Cualquiera	M1	Cualquiera	Cualquiera	M1

Anexo 3: sistema de TNM de estadificación del cáncer de páncreas de AJCC

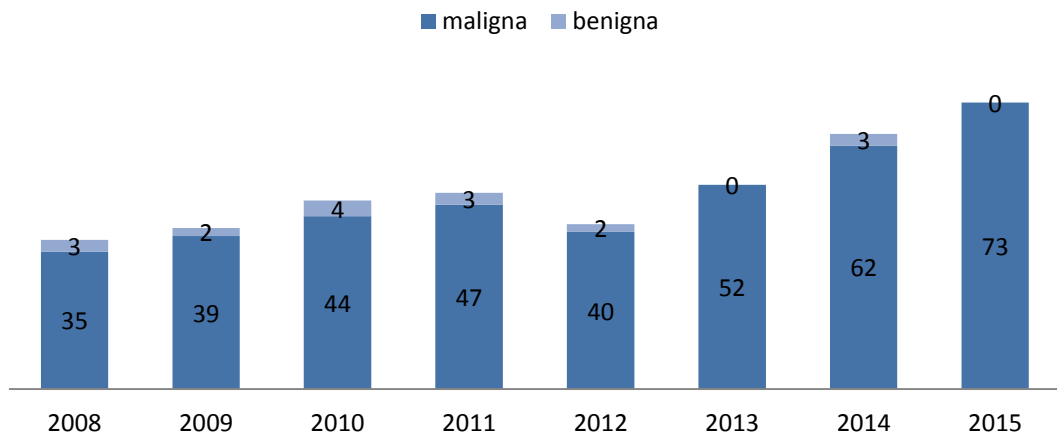
Tumor primario (T)			
TX	El tumor primario no es evaluable		
T0	No hay signos del tumor primario		
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> /NPIn3		
T1	Tumor limitado al páncreas (< 2 cm)		
T2	Tumor limitado al páncreas (> 2 cm)		
T3	El tumor se extiende más allá del páncreas, pero sin afectar al tronco celiaco ni a la arteria mesentérica superior		
T4	El tumor afecta al tronco celiaco o a la arteria mesentérica superior		
Adenopatías regionales (N)			
NX	Las adenopatías regionales no son evaluables		
N0	Sin metástasis en adenopatías regionales		
N1	Metástasis en adenopatías regionales		
Metástasis a distancia (M)			
M0	Sin metástasis a distancia		
M1	Metástasis a distancia		
Estadio anatómico/grupos pronósticos			
Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio IA	T1	N0	M0
Estadio IB	T2	N0	M0
Estadio IIA	T3	N0	M0
Estadio IIB	T1-3	N1	M0
Estadio III	T4	Cualquier N	M0
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1
Estadio desconocido Resecable quirúrgicamente No resecable quirúrgicamente			

Anexo 4:



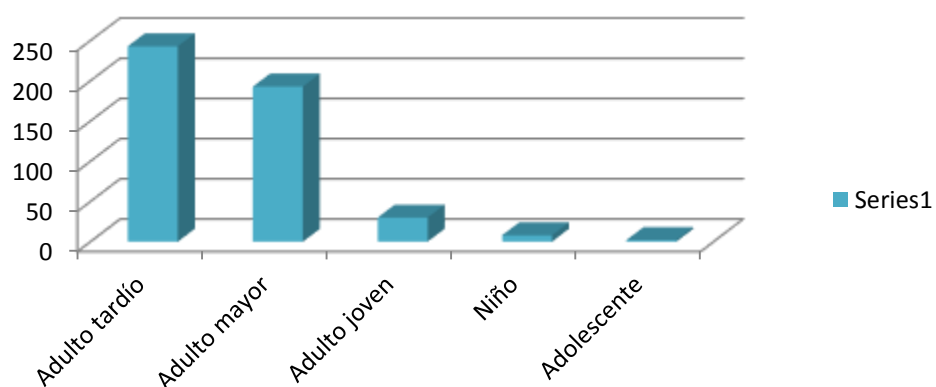
GRÁFICOS Y CUADROS

Fallecidos Segun Tipo de Neoplasia y Periodo



Grafica 09: fallecidos por tipo de neoplasia durante el periodo de estudio

Frecuencia neoplasias según grupo etario



Grafica 10: neoplasias digestivas con respecto al grupo etario

Tabla 6.- descripción de las neoplasia digestiva.

variable	nº	%
sexo		
masculino	280	58,8
femenino	196	41,1
edad		
		46 (35-58)
grupo etario		
niño	8	1,6
adolescente	2	0,4
adulto joven	30	6,3
adulto tardío	243	51,0
adulto mayor	193	40,5
estancia hospitalaria >5		
si	242	27, 2
no	234	17
nº días hospitalarias		
		4(2-8)
pacientes con dx de cáncer benigno		
si	57	11.9
no	419	88
pacientes con dx de cáncer maligno		
si	395	82,9
no	81	17,0
pacientes con cáncer de comportamiento incierto		
si	0	0
no	476	100
condición		
muerto	231	48,5
vivo	245	51,4
zona de procedencia de Ucayali		
si	465	97,6
no	11	2,3

*variable cuantitativa, nº: numero, %: porcentaje