



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**TESIS**

**FACTORES CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y  
ANATOMOPATOLÓGICOS DE LOS PACIENTES  
ATENDIDOS CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DE  
UN HOSPITAL DE LA REGIÓN DE LAMBAYEQUE 2017 –  
2021**

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

**Autores**

Bach. Peralta Carranza Oscar Ricardo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5752-8488>

Bach. Santisteban Collazos Lucas Vicente

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7314-2312>

**Asesor**

Med. De La Cruz Mio Jorge Luis

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4464-2227>

**Línea de Investigación**

**Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la  
comunidad para el desarrollo de la sociedad.**

**Sublínea de Investigación**

**Nuevas alternativas de prevención y el manejo de enfermedades crónicas  
y/o no transmisibles.**

**Pimentel – Perú**

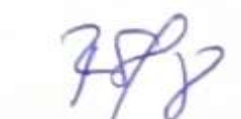
**2025**

**FACTORES CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS DE  
LOS PACIENTES ATENDIDOS CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DE UN  
HOSPITAL DE LA REGIÓN DE LAMBAYEQUE 2017 – 2021**

**Aprobación del jurado**



**Dra. Calderon Vilchez Claudia Monica  
Presidente del Jurado de Tesis**



**Mg. Reluz Salazar Oscar  
Secretario del Jurado de Tesis**



**Mg. Chirinos Rios Carlos Alberto  
Vocal del Jurado de Tesis**



## 11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

### Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

### Fuentes principales

- 10% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

#### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.





## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quienes suscriben la DECLARACIÓN JURADA, somos **Peralta Carranza Oscar Ricardo y Santisteban Collazos Lucas Vicente** del Programa de Estudios de **Medicina Humana** de la Universidad Señor de Sipán, declaramos bajo juramento que somos autores del trabajo titulado:

### **Factores Clínicos, Epidemiológicos Y Anatomopatológicos De Los Pacientes Atendidos Con Adenocarcinoma Gástrico De Un Hospital De La Región De Lambayeque 2017 – 2021**

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética de la Universidad Señor de Sipán, conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación con las citas y referencias bibliográficas, respetando el derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

|                                    |               |   |
|------------------------------------|---------------|---|
| Peralta Carranza Oscar Ricardo     | DNI: 70745699 |  |
| Santisteban Collazos Lucas Vicente | DNI: 71491780 |  |

Pimentel, 01 de julio de 2022.

### **Dedicatoria**

Este trabajo investigativo es dedicado principalmente a nuestros padres, por ser nuestra guía y darnos la fuerza para continuar en este proceso de cumplir nuestras metas más deseadas.

### **Agradecimientos**

Agradecemos en primer lugar a Dios ya que sin él no nada sería posible, también a nuestros padres por sus enseñanzas; así mismo agradecer a nuestros docentes que confiaron en nosotros y nos apoyaron en cada momento para ir mejorando.

# FACTORES CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DE UN HOSPITAL DE LA REGIÓN DE LAMBAYEQUE 2017 – 2021

## Resumen

Objetivo: Evaluar los factores clínicos, epidemiológicos y anatomopatológicos de los pacientes atendidos con adenocarcinoma gástrico de un Hospital de la Región de Lambayeque 2017 – 2021. Método: Estudio tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo; la muestra es nuestra población diagnosticada y atendidos con adenocarcinoma gástrico en el Hospital Regional de Lambayeque en 2017 - 2021. El instrumento es una ficha de recolección de datos; el análisis estadístico es la prueba Chi-cuadrado para la asociación de variables considerándose como significativo un  $p < 0.05$ . Resultados: la edad promedio es 64.89, el sexo masculino es 56.3%, la procedencia rural 64.48%, la mayoría tiene primaria completa 28.15%, el nivel socioeconómico es bajo 61.48%, 54.07% tiene antecedente familiar, la ocupación es agricultor 28.15%, los alimentos ahumados, salados y condimentados es factor de riesgo ambiental 37.78%, el factor infeccioso es H.pylori 54.07%, dolor epigástrico es hallazgo clínico 12.08%, tiempo de enfermedad frecuente es más de 12 meses 42.22%, el tratamiento es cirugía y quimioterapia 37.78%, la localización frecuente es intestinal 40.74%, el tipo de neoplasia es Bormann III 45.93%, hay asociación  $p = 0.0001$  entre procedencia y ocupación, igual entre sexo y ocupación  $p = 0.0001$ , no hay asociación entre sexo y procedencia  $p = 0.145$  igual en tiempo de enfermedad y sexo  $p = 0.587$ , hay asociación entre localización del cáncer y tipo de neoplasia  $p = 0.0001$ . Conclusión: Se concluye de que la edad promedio es de 64.88 años, de zona rural, nivel socioeconómico bajo, además el dolor epigástrico, el H.pylori son lo más prevalente en la clínica, el tipo de malignidad frecuente es Bormann III.

**Palabras Clave:** factores clínicos; anatomopatológicos; epidemiológicos; adenocarcinoma gástrico; ficha de recolección de datos

## **Abstract**

**Objective:** To evaluate the clinical, epidemiological and anatomopathological factors of patients treated with gastric adenocarcinoma in a Hospital of the Lambayeque Region 2017 - 2021. **Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study; the sample is our population diagnosed and treated with gastric adenocarcinoma in the Regional Hospital of Lambayeque in 2017 - 2021. The instrument is a data collection form; the statistical analysis is the Chi-square test for the association of variables being considered as significant a  $p < 0.05$ . **Results:** average age is 64.89, male sex is 56.3%, rural origin 64.48%, most of them have completed primary school 28.15%, socioeconomic level is low 61.48%, 54.07% have family history, occupation is farmer 28.15%, smoked, salted and seasoned food is environmental risk factor 37.78%, infectious factor is H.pylori 54.07%, epigastric pain is clinical finding 12.08%, time of frequent disease is more than 12 months 42.22%, treatment is surgery and chemotherapy 37.78%, frequent location is intestinal 40.74%, type of neoplasia is Bormann III 45.93%, there is association  $p = 0.0001$  between origin and occupation, same between sex and occupation  $p = 0.0001$ , there is no association between sex and origin  $p = 0.145$ , same in time of disease and sex  $p = 0.587$ , there is association between location of cancer and type of neoplasia  $p = 0.0001$ . **Conclusion:** It is concluded that the average age is 64.88 years, rural area, low socioeconomic level, also epigastric pain, H.pylori are the most prevalent in the clinic, the frequent type of malignancy is Bormann III.

**Keywords:** clinical factors; anatomopathologic; epidemiologic; gastric adenocarcinoma; data collection form.



## Índice

|   |    |
|---|----|
| Dedicatoria .....   | 5  |
| Agradecimientos.....  | 6  |
| Resumen .....   | 7  |
| Abstract.....   | 8  |
| I. INTRODUCCIÓN .....   | 10 |
| II. MATERIALES Y MÉTODOS .....                                      | 14 |
| 2.1. Tipo y diseño de investigación.....                            | 14 |
| 2.2. Población de estudio, muestreo y criterios de selección .....  | 14 |
| 2.3. Técnicas de recolección de datos, validez y confiabilidad..... | 15 |
| 2.4. Procedimiento de análisis de datos .....                       | 15 |
| 2.5. Aspectos éticos: .....   | 16 |
| 2.6. Criterios de rigor científico:.....                            | 16 |
| III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:.....                                   | 17 |
| 3.1. Resultados .....   | 17 |
| 3.1.1. Resultados de la variable epidemiológica.....                | 17 |
| 3.1.2. Resultados de la variable clínica .....                      | 19 |
| 3.1.3. Resultados de la variable anatomopatológico.....             | 20 |
| 3.1.4. Resultados asociación de prueba estadística .....            | 20 |
| 3.2. Discusión:.....  | 21 |
| IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....                            | 23 |
| 4.1. Conclusiones .....   | 23 |
| 4.2. Recomendaciones .....  | 24 |
| REFERENCIAS .....   | 25 |
| ANEXOS.....   | 29 |

## I. INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma gástrico es una enfermedad con alta morbimortalidad, ubicándose en el quinto lugar de nuevos casos a nivel mundial según la OMS (1). En 2020, se registraron más de un millón de casos, con mayor incidencia en hombres. En Latinoamérica, se reportaron 67,167 nuevos casos, representando el 6.2% de la población (2). En Perú, es la principal causa de mortalidad oncológica, con 6,300 nuevos casos en 2020 (3). A pesar de su impacto, el Hospital Regional de Lambayeque carece de un registro actualizado, dificultando conocer su verdadera magnitud, por lo que se busca analizar sus factores clínicos, epidemiológicos y anatomopatológicos.

Springer S. et al. estudiaron 649 pacientes con cáncer gástrico en Brasil, encontrando que la edad promedio es 62.74 años y que el 35.29% tenía cáncer avanzado, resaltando la importancia del perfil epidemiológico para la atención oncológica (4). Bujan S. et al. señalaron que el cáncer gástrico es una de las principales causas de muerte en Costa Rica, asociada a la infección por *Helicobacter pylori* (5). Dávila A. et al. analizaron 33,020 casos y hallaron que la edad prevalente es 54 años, con predominio en varones; los síntomas más comunes fueron vómitos, pérdida de peso y dolor estomacal (6).

Canseco L. et al. investigaron la epidemiología del carcinoma gástrico en 84 pacientes, con una edad promedio de 57.3 años; el 35.71% consumía alcohol y el 22.61% fumaba, concluyendo que estos hábitos aumentan el riesgo de cáncer gástrico (7). Ruiz E. estudió 78 pacientes y encontró predominio en hombres con bajo nivel socioeconómico y trabajadores agrícolas; las manifestaciones más comunes fueron epigastralgia, náuseas, vómitos y anemia (8).

A nivel nacional, Hidalgo M. analizó factores de riesgo clínicos y sociodemográficos en 130 casos y 260 controles, resaltando su impacto en el sistema de salud (9). Trejo E. estudió 54 pacientes con adenocarcinoma estomacal, encontrando mayor incidencia en hombres de Cajamarca con bajo nivel educativo y predominio del tipo Bormann III (10). Ladera N. analizó 53.4% de mujeres con origen rural y educación primaria, donde el síntoma más frecuente fue epigastralgia y el tipo Bormann IV (12). Fernández I. investigó la incidencia y factores asociados al carcinoma estomacal mediante el análisis de historias clínicas en servicios de Cirugía y Gastroenterología (13). Valdivia R. estudió 102 pacientes, concluyendo que el

cáncer gástrico predomina en varones de 50 años, provenientes de la serranía, con infección por *H. pylori* y alto consumo de nitritos (11).

A nivel local, Rioja M menciona que el cáncer gástrico es el más diagnosticado en hombres y el tercero en ambos sexos. Su estudio descriptivo analizó variables como edad, sexo y ubicación del tumor mediante datos de biopsias (14). Bautista S investigó las complicaciones postquirúrgicas en pacientes con carcinoma gástrico, empleando un estudio retrospectivo y transversal con un análisis de datos no paramétrico (15). Vergara E y Hirakata C estudiaron el conocimiento sobre prevención del carcinoma en 308 habitantes de La Victoria, hallando que el 52.9% eran mujeres y que la mayoría conocía medidas preventivas (16). Según Seminario Expresión, el cáncer gástrico en Lambayeque sigue en aumento, con factores de riesgo como el sobrepeso (34.7%) y bajo consumo de frutas y verduras, afectando principalmente a varones (17).

El cáncer gástrico se clasifica de diversas formas. Según Lee J et al, la clasificación de Lauren distingue entre adenocarcinoma intestinal, más frecuente en hombres y relacionado con *H. pylori*, y el difuso, común en mujeres y asociado a antecedentes familiares(24). Dai X et al explican la clasificación de Bormann, que diferencia entre los tipos poliploide, ulcerado, crateriforme y difuso, siendo este último el más agresivo (25). Douglas M et al destacan la clasificación japonesa, utilizada en Asia y basada en características endoscópicas para catalogar cánceres tempranos y evaluar opciones de tratamiento (26-27).

Según la American Society of Clinical Oncology (ASCO), el cáncer gástrico tiene múltiples causas relacionadas con factores de riesgo. La edad es uno de los principales, afectando más a personas mayores de 55 años (28-29). Otra causa importante es la infección por *Helicobacter pylori*, que genera inflamación y úlceras. También influyen la gastritis atrófica autoinmunitaria y factores genéticos. El Manual MSD menciona que los pólipos estomacales pueden indicar riesgo, especialmente en quienes toman antiinflamatorios (30). Además, estudios destacan factores como anemia perniciosa, cirugía gástrica, exposición a ciertos químicos, dieta alta en sal y nitritos, abuso de alcohol y tabaco (31).

Las manifestaciones clínicas del cáncer gástrico varían según la etapa. En fases tempranas, suele ser asintomático, dificultando su detección. La American Cancer Society señala síntomas como pérdida de apetito, peso sin causa aparente, dolor y

molestias abdominales, vómitos, retención de líquidos y sangre en heces (32). Ruíz D. et al. afirman que los síntomas aparecen cuando el cáncer ya ha invadido la capa muscular del estómago. Entre los signos comunes están dispepsia, saciedad precoz, anorexia, aversión a la carne, vómitos y síndrome anémico (33).

La detección temprana del cáncer gástrico permite mejores opciones de tratamiento. La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (20-21-22-23) menciona que el diagnóstico se basa en la historia clínica, análisis de sangre, estudios por imágenes y endoscopia con ecografía. Según Mayo Clinic (34), las pruebas incluyen endoscopia superior, donde se introduce una cámara al estómago para detectar anomalías, y biopsia, que analiza tejidos sospechosos. También se utilizan tomografías computarizadas y videofluoroscopia de deglución para evaluar la enfermedad.

Existen diversos factores de riesgo asociados al cáncer gástrico. Buján M et al. (5) destacan la dieta como un factor clave, ya que el alto consumo de sal y alimentos ahumados aumenta la incidencia. También se ha estudiado la relación con el alcohol, aunque hay controversia sobre su impacto, especialmente con la cerveza y el vino. La obesidad es otro factor importante, ya que el aumento del índice de masa corporal y la acumulación de grasa favorecen estados pre neoplásicos (5). Además, la inflamación crónica causada por la obesidad eleva ciertas citoquinas, promoviendo el desarrollo del cáncer.

Machlowska J (18-19) menciona otros factores de riesgo como antecedentes familiares, infección por *Helicobacter pylori* y el virus de Epstein-Barr. Aunque la mayoría de los casos son esporádicos, el 10% muestra agregación familiar y el 3% tiene origen hereditario, asociado a mutaciones en el gen CDH1(18). *Helicobacter pylori* es un carcinógeno clase I que provoca inflamación y alteraciones epigenéticas en células gástricas. Factores como CagA y VacA aumentan el riesgo de cáncer (18). El virus de Epstein-Barr también está implicado en el 10% de los casos, ya que su genoma se encuentra en células tumorales y contribuye a la transformación maligna (18).

Existen diferentes factores demográficos asociados al cáncer gástrico; según Ottavia C et al. (35), la edad es un factor clave, ya que la incidencia aumenta con los años. Solo el 1% de los casos ocurre en jóvenes de 20 a 34 años, mientras que el 29% se presenta en personas de 75 a 84 años, con una mediana de 70 años. En

cuanto al sexo, los hombres tienen mayor riesgo, posiblemente por su estilo de vida, como el consumo de tabaco, alcohol y alimentos ahumados (35). También influye la raza, ya que las personas blancas tienen el doble de riesgo y presentan con mayor frecuencia carcinoma gástrico del cardias, lo que sugiere una influencia ambiental más que genética (35).

Yusefi A et al. (36) complementan que los factores sociodemográficos, como el nivel socioeconómico y educativo, influyen en el riesgo de cáncer gástrico. Las personas con menores ingresos suelen gastar menos en alimentos saludables como frutas y verduras, aumentando su vulnerabilidad. De igual manera, un bajo nivel educativo se asocia con mayor incidencia de la enfermedad en comparación con quienes tienen estudios superiores. Estos factores reflejan cómo la clase social impacta la salud pública y el acceso a una alimentación adecuada (36).

Dada la necesidad de información detallada en la región, el estudio se centra en los factores clínicos, epidemiológicos y anatomopatológicos de pacientes con adenocarcinoma gástrico atendidos en un hospital de Lambayeque entre 2017 y 2021. Se busca conocer las formas de presentación y factores predisponentes para mejorar la comprensión de la enfermedad en la población local.

La investigación se justifica porque el cáncer gástrico tiene una alta incidencia a nivel mundial, con 11.1 casos por cada 100,000 habitantes, y en Perú alcanza los 15.2 casos por cada 100,000, ocupando el cuarto lugar en incidencia y mortalidad (1). Este estudio aportará información valiosa sobre los factores de riesgo en Lambayeque y contribuirá a la toma de decisiones en el manejo y tratamiento de los pacientes afectados y aunque hay estudios extensos sobre el cáncer gástrico, la información en la región sigue siendo limitada (14). Esta investigación busca complementar datos, beneficiando a la comunidad universitaria y fomentando futuros estudios.

Al ser un estudio descriptivo, no se ha planteado una hipótesis, ya que su objetivo es caracterizar la enfermedad en la población estudiada.

Como objetivo general, tenemos: evaluar los factores clínicos, epidemiológicos y anatomopatológicos de los pacientes atendidos con adenocarcinoma gástrico de un Hospital de la Región de Lambayeque 2017 – 2021. Para este, hemos destacado las siguientes conclusiones: Con respecto a los factores clínicos que presentan los

pacientes con adenocarcinoma que se atienden en el Hospital Regional Lambayeque, el que más prevalece es la presencia del dolor en epigastrio (12.08%), así mismo hay predominancia de afectación por el H.pyori (54.07%) y por otro lado, con respecto a evaluación de asociación entre la locación del cáncer y el tipo de neoplasia maligna se evidencia que si hay asociación ya que se tiene un valor de significancia de  $p=0.0001$ .

## **II. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **2.1. Tipo y diseño de investigación**

Según el propósito de estudio, los investigadores del presente trabajo de investigación, han considerado que este trabajo será de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

### **2.2. Población de estudio, muestreo y criterios de selección**

#### **Población**

Nuestra población está conformada por los pacientes que han sido atendidos por el área de oncología y que sus historias clínicas se encuentren registradas en el sistema de gestión de historias clínicas del Hospital Regional de Lambayeque durante los años 2017 – 2021.

#### **Muestra**

La muestra que se va utilizar para este estudio será toda nuestra población que ha sido diagnosticada y atendidos con adenocarcinoma gástrico en el Hospital Regional de Lambayeque en los años 2017 al 2021, ya que con ello queremos llegar a medir todas nuestras variables planteadas y que nos servirán para el análisis y desarrollo de esta investigación.

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes diagnosticados con adenocarcinoma gástrico en los años 2017 – 2021.
- Pacientes atendidos en el servicio de oncología en el Hospital Regional Lambayeque en los años 2017 – 2021.
- Pacientes con historias clínicas completas.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes diagnosticados con otro tipo de cáncer en los años 2017 - 2021.
- Pacientes atendidos en otros servicios del Hospital Regional Lambayeque en los años 2017 – 2021.

### **2.3. Técnicas de recolección de datos, validez y confiabilidad.**

Se uso la técnica e instrumento de recolección de datos, para ello, se solicitará la aprobación del decanato de la facultad quienes otorgan viabilidad a la investigación, luego de ello se pedirá autorización y el permiso correspondiente a las autoridades como jefe del servicio del departamento de oncología, para efectuar el trabajo de investigación, y así, poder tener a disposición las historias clínicas y el registro de los pacientes diagnosticados con adenocarcinoma gástrico.

El presente proyecto de investigación fue sometido a evaluación por el comité de ética en investigación del departamento de dirección de investigación previo a las coordinaciones con el departamento de oncología del Hospital Regional Lambayeque.

El instrumento que se utilizó para esta investigación es una ficha de recolección de datos; esta ficha tendrá datos de las historias clínicas de los pacientes con adenocarcinoma gástrico la cual tiene una serie de preguntas ordenadas y sistematizadas en donde se busca aspectos epidemiológicos, clínicos y anatomopatológico de dichos pacientes, para ello nos ayudara nuestro colaborador obtener dichos datos que se plasman en la ficha de recolección de datos (ANEXO 02).

### **2.4. Procedimiento de análisis de datos**

Para el procesamiento de datos que serán obtenidos mediante la ficha de recolección, serán ingresados mediante el uso del programa estadístico Microsoft Excel y Spss, para el cual vamos a evaluar nuestras variables descriptivas establecidas, además de porcentajes, razones, frecuencias y

desviaciones estándar.

Los resultados se presentarán mediante tablas y gráficos de las características principales de los objetivos planteados y así mismos se plantea el empleo de la prueba Chi-cuadrado para determinar la existencia de asociación de variables considerándose como significativo un  $p < 0.05$ .

## 2.5. Aspectos éticos:

Se solicitará la autorización para la utilización de los datos de las historias clínicas al comité de ética del Hospital Regional Lambayeque, además de ello según el informe Belmont los investigadores pretenden mantener en todo momento mantener la confidencialidad de la información obtenida de los datos de las historias clínicas involucradas, registrándose en una computadora personal y a la cual solo tendrán acceso los investigadores; además será la misma en la que se realizará el análisis de datos, también que la información será encriptada.

Cabe mencionar que para esta investigación se utilizara los datos para fines educativos y luego de su debido procesamiento y análisis serán eliminados al término del estudio.

## 2.6. Criterios de rigor científico:

Para garantizar la calidad científica se tuvo en cuenta los principios de:

- **Objetividad:** los datos recolectados serán copia fiel de la historia clínica original, en donde se realizará una transcripción objetiva y neutra; los investigadores declaran no tener conflictos de interés durante la realización de la investigación.
- **Consistencia:** se utilizará una ficha que fue elaborada para la recolección de manera ágil y eficaz de los datos, identificando cada caso y manteniendo la fiabilidad de los mismos.
- **Credibilidad:** los datos serán los mismos de las historias clínicas, lo cual mostrará el valor de la verdad científica para el presente trabajo.
- **Validez interna:** los datos relatados serán obtenidos fielmente de las historias clínicas que serán previamente autorizadas por el



departamento del Hospital Regional de Lambayeque y el área de archivo clínico.

- **Validez externa:** se utilizará este aspecto para inferir los resultados de la investigación a otros contextos y en distintos tiempos, en este caso los resultados serán contrastados con los antecedentes previamente identificados.

### III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

#### 3.1. Resultados

En el presente trabajo de investigación se consideró ordenar los resultados según las variables planteadas las cuales son epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas.

##### 3.1.1. Resultados de la variable epidemiológica

**Tabla 1. Edad de los pacientes con adenocarcinoma gástrico**

| Variable | Cantidad | Promedio | Desviación Estándar | Min | Max |
|----------|----------|----------|---------------------|-----|-----|
| Edad     | 135      | 64.88889 | 8.963997            | 43  | 80  |

En la tabla1 con respecto a la edad de los pacientes con adenocarcinoma se verificó que la edad promedio es de alrededor de 64.88 años, además de eso de que la edad mínima encontrada es de 43 años y la edad máxima encontrada en los pacientes con adenocarcinoma es de 80 años.

**Tabla 2. Predominancia y distribución del adenocarcinoma gástrico con el sexo, procedencia y nivel educativo y sociocultural**

| Sexo                | Frecuencia.   | Porcentaje    | Cum.   |
|---------------------|---------------|---------------|--------|
| Masculino           | 76.00         | 56.30         | 56.30  |
| Femenino            | 59.00         | 43.70         | 100.00 |
| <b>Total</b>        | <b>135.00</b> | <b>100.00</b> |        |
| Procedencia         |               |               |        |
| Rural               | 83.00         | 61.48         | 61.48  |
| Urbana              | 52.00         | 38.52         | 100.00 |
| <b>Total</b>        | <b>135.00</b> | <b>100.00</b> |        |
| Nivel educativo     |               |               |        |
| Ninguna             | 3.00          | 2.22          | 2.22   |
| Primaria completa   | 38.00         | 28.15         | 30.37  |
| Primaria incompleta | 20.00         | 14.81         | 45.19  |
| Secundaria completa | 19.00         | 14.07         | 59.26  |

|                          |               |               |        |
|--------------------------|---------------|---------------|--------|
| Secundaria<br>incompleta | 12.00         | 8.89          | 68.15  |
| Técnico completo         | 23.00         | 17.04         | 85.19  |
| Técnico incompleto       | 6.00          | 4.44          | 89.63  |
| Superior completo        | 12.00         | 8.89          | 98.52  |
| Superior incompleto      | 2.00          | 1.48          | 100.00 |
| <b>Total</b>             | <b>135.00</b> | <b>100.00</b> |        |
| <hr/>                    |               |               |        |
| Nivel socio<br>económico |               |               |        |
| Alto                     | 5.00          | 3.71          | 3.70   |
| Medio                    | 47.00         | 34.81         | 38.52  |
| Bajo                     | 83.00         | 61.48         | 100.00 |
| <b>Total</b>             | <b>135.00</b> | <b>100.00</b> |        |
| <hr/>                    |               |               |        |
| Ocupación                |               |               |        |
| Ama de casa              | 30.00         | 22.22         | 22.22  |
| Agricultor               | 38.00         | 28.15         | 50.37  |
| Pintor                   | 18.00         | 13.33         | 63.70  |
| Cocinero                 | 20.00         | 14.81         | 78.52  |
| Mecánico                 | 14.00         | 10.37         | 88.89  |
| Profesional              | 15.00         | 11.11         | 100.00 |
| <b>Total</b>             | <b>135.00</b> | <b>100.00</b> |        |

El adenocarcinoma gástrico afecta más a los hombres (56.3%) que a las mujeres (43.7%). En cuanto a la procedencia, la mayoría de los pacientes provienen de zonas rurales (64.48%), con 83 casos, mientras que los de zonas urbanas representan el 38.52% (52 casos). Respecto al nivel educativo, el 28.15% tiene primaria completa (38 pacientes), el 17.04% grado técnico (23 pacientes) y el 14.81% primaria incompleta (20 pacientes). En términos socioeconómicos, el 61.48% de los pacientes pertenece a un nivel bajo, el 34.81% a un nivel medio (47 casos) y solo el 3.7% a un nivel alto (5 casos).

### 3.1.2. Resultados de la variable clínica

**Tabla 3. Factores infecciosos de los pacientes con adenocarcinoma gástrico**

| Factores infecciosos | Frecuencia.   | Porcentaje    | Cum.   |
|----------------------|---------------|---------------|--------|
| H. pylori            | 73.00         | 54.07         | 54.07  |
| VEB                  | 24.00         | 17.78         | 71.85  |
| No tiene             | 38.00         | 28.15         | 100.00 |
| <b>Total</b>         | <b>135.00</b> | <b>100.00</b> |        |

En la tabla 3 se analizó los factores infecciosos que tienen los pacientes con adenocarcinoma gástrico, el mayor factor es la presencia de H. pylori con una frecuencia de 73 pacientes el cual representa un 54.07%, en segundo lugar, tenemos a los pacientes que presentan como factor infeccioso la presencia del VEB con una frecuencia de 24 pacientes el cual representa un 17.78%.

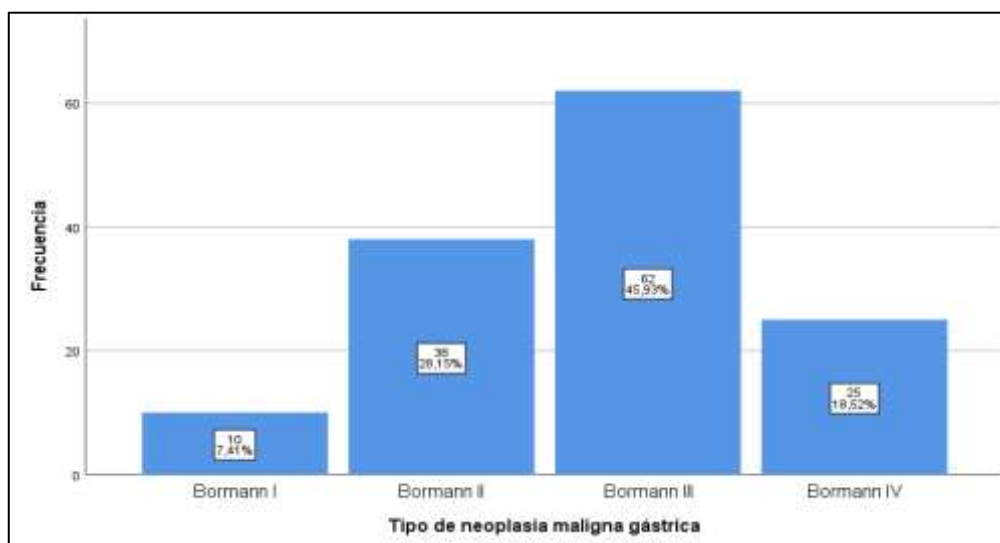
**Tabla 4. Hallazgos clínicos de los pacientes con adenocarcinoma gástrico**

|                         | Frecuencia    | Porcentaje    | Porcentaje de casos |
|-------------------------|---------------|---------------|---------------------|
| Dolor epigástrico       | 109.00        | 12.08         | 80.74               |
| Vomito                  | 82.00         | 9.09          | 60.74               |
| Pérdida de peso         | 92.00         | 10.2          | 68.15               |
| Melena                  | 88.00         | 9.76          | 65.19               |
| Disfagia                | 89.00         | 9.87          | 65.93               |
| Sensación de plenitud   | 79.00         | 8.76          | 58.52               |
| Masa abdominal palpable | 62.00         | 6.87          | 45.93               |
| Ascitis                 | 72.00         | 7.98          | 53.33               |
| Adenomegalias           | 69.00         | 7.65          | 51.11               |
| Asintomático al inicio  | 31.00         | 3.44          | 22.96               |
| Anemia                  | 80.00         | 8.87          | 59.26               |
| Hematemesis             | 49.00         | 5.43          | 36.30               |
| <b>Total</b>            | <b>902.00</b> | <b>100.00</b> | <b>668.15</b>       |

En la tabla 8 se analizan los hallazgos clínicos en pacientes con adenocarcinoma gástrico. El síntoma más común es el dolor epigástrico, presente en 109 pacientes (80.7%). Le sigue la pérdida de peso en 92 casos (68.15%), la disfagia en 89 pacientes (65.93%) y la melena en 88 casos (65.19%).

### 3.1.3. Resultados de la variable anatomopatológico

Figura 1. Tipo de neoplasia maligna de cáncer gástrico en los pacientes



En la figura 1 se analiza el tipo de neoplasia maligna en pacientes con adenocarcinoma gástrico. El tipo Bormann III es el más frecuente, con 62 pacientes (45.93%), seguido del tipo Bormann II con 38 casos (28.15%). En tercer lugar, se encuentra el tipo Bormann IV con 25 pacientes (18.52%), y finalmente, el tipo Bormann I con 10 casos (7.41%).

### 3.1.4. Resultados asociación de prueba estadística

Tabla 5. Asociación entre sexo y procedencia

| Sexo         | Procedencia  |              | Total         |
|--------------|--------------|--------------|---------------|
|              | Rural        | Urbana       |               |
| Masculino    | 53.00        | 23.00        | 76.00         |
|              | 39.26        | 17.04        | 56.30         |
| Femenino     | 34.00        | 25.00        | 59.00         |
|              | 25.19        | 18.52        | 43.70         |
| <b>Total</b> | <b>87.00</b> | <b>48.00</b> | <b>135.00</b> |
|              | <b>64.44</b> | <b>35.56</b> | <b>100.00</b> |

Pearson  $\chi^2(1) = 2.1257$  Pr = 0.145

En la tabla 5 se analizó de asociación entre las variables sexo y procedencia de los pacientes con adenocarcinoma gástrico, utilizando la prueba estadística Chi cuadrado, dando como resultado el valor de  $p=0.145$ , lo cual se evidenció que no hay asociación significativa entre las dos variables.

**Tabla 6. Asociación entre la localización del cáncer y el tipo de neoplasia maligna**

| Localización | Tipo de neoplasia maligna |              |              |              | Total         |
|--------------|---------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
|              | I                         | II           | III          | IV           |               |
| Intestinal   | 2.00                      | 6.00         | 46.00        | 1.00         | 55.00         |
|              | 1.48                      | 4.44         | 34.07        | 0.74         | 40.74         |
| Difuso       | 4.00                      | 29.00        | 3.00         | 2.00         | 38.00         |
|              | 2.96                      | 21.48        | 2.22         | 1.48         | 28.15         |
| Mixto        | 4.00                      | 3.00         | 13.00        | 22.00        | 42.00         |
|              | 2.96                      | 2.22         | 9.63         | 16.30        | 31.11         |
| <b>Total</b> | <b>10.00</b>              | <b>38.00</b> | <b>62.00</b> | <b>25.00</b> | <b>135.00</b> |
|              | <b>7.41</b>               | <b>28.15</b> | <b>45.93</b> | <b>18.52</b> | <b>100.00</b> |

Pearson chi2(6) = 114.4645 Pr = 0.0001

En la tabla 6 se analizó con respecto a la asociación entre las variables de localización del cáncer y el tipo de neoplasia maligna que presenta el paciente y usando la prueba de chi cuadrado donde el resultado que se obtuvo es  $p=0.0001$ , podemos decir que hay asociación significativa entre estas variables.

### 3.2. Discusión:

En esta investigación con respecto a pacientes que tienen diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en el Hospital Regional Lambayeque en referente la edad se evidencia que la edad está en un rango de 43 a 80 años, y que la edad promedio de 64.88 años, en comparación con otros estudios realizados hay coincidencia siendo estos en edades promedio de 62.74 años (4); cabe mencionar que también en otros estudios la edad promedio es menor con respecto al valor que se obtuvo en este estudio como es de 57.3 años (7).

En relación al sexo de los pacientes con adenocarcinoma gástrico en este estudio, en este estudio el sexo masculino es el más prevalente con un 56.3%, esto coincide con hallazgos encontrados en otros estudios donde el adenocarcinoma gástrico afecta mayormente a este tipo de sexo en un 55.6%(10), además de lo mencionado en la literatura nos dice que el sexo masculino es el prevalente (22) de ello podemos decir que este hallazgo es universal donde podemos decir que el adenocarcinoma gástrico predomina en el sexo masculino dos veces más que las mujeres.

En cuanto al nivel educativo y nivel socioeconómico este estudio los pacientes con mayor prevalencia tienen nivel educativo primario y así mismo

son de nivel económico bajo; este hallazgo encontrado en comparación con otros estudios se puede decir que hay similitud en donde la población con un nivel educativo bajo y con un nivel socioeconómico bajo están propensos a padecer el adenocarcinoma gástrico (10), así mismo estos aspectos corresponden a factores demográficos en donde los pacientes con un nivel educativo bajo y socioeconómico bajo son más propensos a padecer esta patología ya que hay un menor poder adquisitivo y de conocimientos con respecto a una debida alimentación (36).

En cuanto a los factores ambientales e infecciosos que presentan los pacientes con adenocarcinomas gástrico en este estudio se tuvo que la prevalencia en el consumo de alimentos ahumados lo cual comparando con estudios concernientes a perfiles epidemiológicos coincide con ello (5), además que se presente en el paciente infección por el H. Pylori lo cual lo evaluando estos aspectos obtenidos por este estudio y la literatura pues son hallazgo universales que presentan los pacientes que tienen esta patología (18).

Respecto a la ocupación de los pacientes, la mayor parte de nuestra población es agricultor lo cual lo hace coincidente en estudios naciones y realizados en nuestro país (8,10, 15), estos estudios sugieren que los pacientes que son agricultores y que son procedentes de áreas rurales, y tengan un nivel educativo bajo pues son propensos a padecer esta patología que es el adenocarcinoma gástrico.

En cuanto a la presentación clínica el hallazgo más frecuente encontrado fue el dolor epigástrico y como lo refieren otros estudios (6, 8,10) se tiene que también este hallazgo es el más frecuente en los pacientes con adenocarcinomas gástrico.

En cuanto a al tipo de malignidad que puedan presentar los pacientes con adenocarcinomas gástrico en este estudio el más prevalente es el Bormann tipo III y haciendo una comparación con estudio nacionales realizados (10), hay una similitud sobre en donde este hallazgo se hace preponderante en estadios avanzados de los pacientes que presentan esta patología.

En el presente trabajo de investigación se limita a un hospital de referencia de la región de Lambayeque y por lo tanto sus datos son representativos solo de la población atendida en dicho centro hospitalario, así mismo esa investigación busca contribuir con los datos obtenidos ya sean epidemiológicos, clínicos y anatomo patológicos de adenocarcinoma gástrico en un fin de poder orientar y de referencia para la mejor toma de decisiones hacia los pacientes que padecen dicha patología.

#### **IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

##### **4.1. Conclusiones**

- Con respecto a los factores epidemiológicos como la edad, en los pacientes con carcinoma gástrico que se atienden en el Hospital Regional Lambayeque la edad promedio es de 64.88 años.
- En cuanto a factores epidemiológicos, la predominancia de la enfermedad se da en el sexo masculino; además de ello de que son provenientes de la zona rural, que son agricultores y además tienen un nivel educativo bajo y nivel socioeconómico bajo.
- Con respecto a los factores clínicos que presentan los pacientes con adenocarcinoma que se atienden en el Hospital Regional Lambayeque, el que más prevalece es la presencia del dolor en epigastrio (12.08%), así mismo hay predominancia de afectación por el H.pyori (54.07%).
- En cuanto al factor anatomopatológico en los pacientes con adenocarcinomas gástrico se encontrado que el tipo de malignidad presente con mayor frecuencia en estos pacientes que se atienden en el Hospital Regional de Lambayeque es el tipo Bormann III (45.93%).
- En cuando a las asociaciones de variables podemos evidenciar de que no hay asociación estadística respecto a la procedencia de los pacientes con adenocarcinoma gástrico y el sexo de los mismos ya se obtuvo un valor de significancia de  $p=0.145$ .
- Por otro lado, con respecto a evaluación de asociación entre la locación del cáncer y el tipo de neoplasia maligna se evidencia que si hay asociación ya que se tiene un valor de significancia de  $p=0.0001$ .

## **4.2. Recomendaciones**

- Propiciar en los pacientes el cambio de estilo de vida, como es en su alimentación al cambiar el consumo de alimentos ahumados por el consumo de verduras y frutas.
- Alentar a las personas que puedan realizarse un diagnóstico preventivo y no llegar a estadios avanzados donde la enfermedad es muy drástica y llevaría a la muerte de la persona.
- Con los datos obtenidos se puede tomar mejores decisiones ya sea en el tratamiento o en el diagnóstico de los pacientes con adenocarcinomas gástrico.



## REFERENCIAS

1. GLOBOCAN. Cancer today [Internet]. 2020 [citado 11 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/home>
2. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer de estómago en las Américas. OPS; 2020.
3. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación del Cáncer en el Perú-2018 [Internet]. 1a ed. Lima: MINSA; 2020 [citado 11 de septiembre de 2021]. 163 p. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis\\_2020.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf)
4. Springer S, Guedes M, Júnior O, Carreiro M, Silva A. Perfil del paciente con cáncer gástrico del Instituto Nacional del Cáncer. *Enf Global*. 12 de marzo de 2020;19(2):21-67.
5. Bujan S, Bolaños S, Mora K, Bolaños I. Carcinoma gástrico: revisión bibliográfica. *Med leg*. 2020;37(1):67-73.
6. Dávila A, Quintanilla F, Castillo K, Sánchez L, Barquero T, Romero J. Caracterización clínica y epidemiológica de la población tamizada en el centro de detección temprana de cáncer gástrico, costa rica: período 1996-2015. *Rev costarric*. diciembre de 2018;27(2):68-81.
7. Canseco L, Zamudio Y, Sánchez A, Trujillo G, Domínguez S, López A. Gastric cancer epidemiology in tertiary healthcare in Chiapas. *Revista de Gastroenterología de México*. 1 de julio de 2019;84(3):310-6.
8. Ruiz E. Características clínicas y epidemiológicas en el desarrollo de Cáncer Gástrico en pacientes diagnosticados en Hospital Escuela Cesar Amador Molina- Matagalpa en el período 2012 - 2014. [Internet]. [Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017 [citado 12 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/4844/1/5800.pdf>
9. Hidalgo M. Factores de riesgo clínicos y sociodemográficos asociados al desarrollo de cáncer gástrico en pacientes del Departamento de Abdomen del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante los años 2017-2018 [Internet]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021 [citado 14 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9063>
10. Trejo E. Características epidemiológicas e histológicas de los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de estómago atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo enero 2016 - diciembre 2018 [Internet]. [Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2021

- [citado 14 de septiembre de 2021]. Disponible en:  
<http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2668>
11. Valdivia R. Factores clínicos y epidemiológicos asociados a cáncer gástrico en pacientes del servicio de gastroenterología en el Hospital Militar Central en el año 2015 - 2016 [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado 14 de septiembre de 2021]. Disponible en:  
<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1262>
  12. Ladera N. Características clínico epidemiológicas del cáncer gástrico en el Hospital Carrión Huancayo [Internet]. [Huancayo, Perú]: Universidad Peruana Los Andes; 2019 [citado 14 de septiembre de 2021]. Disponible en:  
<https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/548/LADERA%20SOLIS%2c%20NAZDHIEL%20VILMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  13. Fernandez I. Incidencia y factores asociados a cáncer gástrico en pacientes atendidos en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón de Puno en el años 2018 [Internet]. [Puno, Perú]: Universidad Nacional del Atiplano; 2019 [citado 14 de septiembre de 2021]. Disponible en:  
[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9945/Fernandez\\_Mamani\\_Ivan\\_Fidel.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9945/Fernandez_Mamani_Ivan_Fidel.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  14. Rioja M. Valoración epidemiológica y anatomo-patológica del cáncer de estómago y colo-rectal en el Hospital Regional de Lambayeque durante los años 2017-2019 [Internet]. [Lambayeque]: Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo; 2020 [citado 14 de septiembre de 2021]. Disponible en:  
<http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/8653>
  15. Bautista S. Complicaciones postquirurgicas en pacientes con cáncer gástrico en el Hospital Regional Lambayeque - MINSA entre los años 2015 - 2019 [Internet]. [Lambayeque]: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2020. Disponible en:  
[https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/8515/Bautista\\_Espinoza\\_Segundo\\_Neptali.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/8515/Bautista_Espinoza_Segundo_Neptali.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  16. Vergara E, Hirakata C. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO EN POBLADORES DEL DISTRITO DE LA VICTORIA DURANTE EL PERÍODO JULIO-OCTUBRE DEL 2016 [Internet]. [Lambayeque]: Universidad San Martín de Porres; 2018. Disponible en:  
[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3217/lopez\\_tije.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3217/lopez_tije.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

17. Seminario Expresión. ESTADÍSTICAS VAN EN AUMENTO: CÁNCER GÁSTRICO ES EL MÁS MORTAL EN LAMBAYEQUE [Internet]. Seminario Expresión La Noticia veraz de cada semana. 2017 [citado 14 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.semanarioexpresion.com/Presentacion/noticia2.php?noticia=683&categoria=Regional&edicionbuscada=1051>
18. Machlowska J, Baj J, Sitarz M, Maciejewski R, Sitarz R. Gastric Cancer: Epidemiology, Risk Factors, Classification, Genomic Characteristics and Treatment Strategies. *Int J Mol Sci.* 4 de junio de 2020;21(11):4012.
19. Stewart OA, Wu F, Chen Y. The role of gastric microbiota in gastric cancer. *Gut Microbes.* 2020;11(5):1220-30.
20. Aristondo F, Moyano A, Álvarez P. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO [Internet]. Lima: EsSalud; 2019 p. 79. Report No.: 24. Disponible en: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC\\_Ca\\_Gastrico\\_Version\\_exte\\_nsa.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Ca_Gastrico_Version_exte_nsa.pdf)
21. Grávalos C. Cáncer gástrico [Internet]. 2020 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/estomago?start=0>
22. Pontillo M, Rappa J. Cáncer Gástrico. *Clin Quir Fac Med UdelaR.* 2018;1(1):1-6.
23. Ríos J. Cáncer de estómago: Diagnóstico. 22 de junio de 2021;60(2):86-91.
24. Lee J, Chang K, Yoon C, Tang L, Strong V, Yoon S. Lauren histologic type is the most important factor associated with pattern of recurrence following resection of gastric adenocarcinoma. *Ann Surg.* enero de 2018;267(1):105-13.
25. Dai X, Zhang X, Yu J. Clinicopathological features and Borrmann classification associated with HER2-positive in primary gastric cancer. *Clin Exp Gastroenterol.* 28 de junio de 2019;12(1):287-94.
26. Carlos G. Actualización del diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico. *Rev Med Clin Condes.* 1 de julio de 2013;24(4):627-36.
27. Douglas M, Feldman M, Tanabe K, Robson K, Savarese D. Early gastric cancer: Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and staging - UpToDate. 2021;12(3):6.

28. Mansfield P, Tanabe K, Grover S, Savarese D. Clinical features, diagnosis, and staging of gastric cancer. 2020;3(19):5.
29. Cancer.Net. Cáncer de estómago - Factores de riesgo [Internet]. Cancer.Net. 2012 [citado 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-est%C3%B3mago/factores-de-riesgo>
30. Minhuyen N. Cáncer de estómago - Trastornos gastrointestinales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2019 [citado 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-gastrointestinales/tumores-del-aparato-digestivo/c%C3%A1ncer-de-est%C3%B3mago>
31. Cárdenas C, Cárdenas JC, Játiva J. Cáncer Gástrico: una revisión bibliográfica. Dominio de las Ciencias. 9 de enero de 2021;7(1):338-54.
32. American Cancer Society. Signos y síntomas del cáncer de estómago [Internet]. [citado 29 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html>
33. Ruíz D, Cruz A, González L, Jiménez Y. Comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer gástrico en el Hospital Manuel Ascunce durante 5 años. Progaleno. 7 de marzo de 2019;2(1):6-16.
34. Mayo Clinic. Cáncer de estómago [Internet]. Cáncer de estómago - diagnóstico y tratamiento. 2020 [citado 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stomach-cancer/diagnosis-treatment/drc-20352443>
35. Ottavia C, Serena S, Chiara M, Alberto B, Antonio N, Gioacchino L, et al. Epidemiology of gastric cancer and risk factors. Acta Biomed. 2018;89(Suppl 8):82-7.
36. Yusefi A, Lankarani K, Bastani P, Radinmanesh M, Kavosi Z. Risk Factors for Gastric Cancer: A Systematic Review. Asian Pac J Cancer Prev. 2018;19(3):591-60.

## ANEXOS

### Anexo 01: Resolución de aprobación del trabajo de investigación



Transforma tu mundo

#### FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD RESOLUCIÓN N°0130-2023/FCS-USS

Pimentel, 27 de marzo de 2023

#### VISTO:

Oficio N°0107-2023/FCS-DM-USS a 0116-2023/FCS-DM-USS de la Dirección de Escuela profesional de MEDICINA HUMANA proveído en la fecha 14 de marzo 2023, y;

#### CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con la Ley Universitaria N° 30220 en su artículo 48° que a letra dice: "La investigación constituye una función esencial y obligatoria de la universidad, que la fomenta y realiza, respondiendo a través de la producción de conocimiento y desarrollo de tecnologías a las necesidades de la sociedad, con especial énfasis en la realidad nacional. Los docentes, estudiantes y graduados participan en la actividad investigadora en su propia institución o en redes de investigación nacional o internacional, creadas por las instituciones universitarias públicas o privadas.";

Que, de conformidad con el Reglamento de grados y títulos en su artículo 21° señala: "Los temas de trabajo de investigación, trabajo académico y tesis son aprobados por el Comité de Investigación y derivados a la Facultad o Escuela de Posgrado, según corresponda, para la emisión de la resolución respectiva. El periodo de vigencia de los mismos será de dos años, a partir de su aprobación. En caso un tema perdiera vigencia, el Comité de Investigación evaluará la ampliación de la misma.



Que, de conformidad con el Reglamento de grados y títulos en su artículo 24° señala: La tesis es un estudio que debe denotar rigurosidad metodológica, originalidad, relevancia social, utilidad teórica y/o práctica en el ámbito de la escuela profesional. Para el grado de doctor se requiere una tesis de máxima rigurosidad académica y de carácter original. Es individual para la obtención de un grado; es individual o en pares para obtener un título profesional. Asimismo, en su artículo 25° señala: "El tema debe responder a alguna de las líneas de investigación institucionales de la USS S.A.C."

Que, de conformidad con el Reglamento de investigación en su artículo 72°-Aprobación del tema de investigación señala: "El Comité de Investigación de la escuela profesional eleva los temas del proyecto de investigación y del trabajo de investigación que esté acorde a las líneas de investigación institucional a Facultad para la emisión de la resolución."

Que, de conformidad con el Reglamento de investigación en su artículo 73°- Aprobación del proyecto de investigación señala: "El (los) estudiante (s) expone ante el Comité de Investigación de la escuela profesional el proyecto de investigación para su aprobación y emisión de la resolución de facultad."

Que, según documentos de Vistos el Comité de investigación de la Escuela profesional de MEDICINA HUMANA acuerda aprobar los proyectos de investigación a cargo de los estudiantes que se detallan en el anexo de la presente Resolución.

Estando a lo expuesto, y en uso de las atribuciones conferidas y de conformidad con las normas y reglamentos vigentes;



Transforma tu mundo

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**RESOLUCIÓN N°0130-2023/FCS-USS**

Pimentel, 27 de marzo de 2023

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°: APROBAR**, el proyecto de investigación perteneciente a la línea de investigación de CIENCIAS DE LA VIDA Y CUIDADO DE LA SALUD HUMANA, a cargo de los estudiantes del Programa de estudios de MEDICINA HUMANA según se detalla en el anexo de la presente Resolución.

**ARTÍCULO 2°: ESTABLECER**, que la inscripción del proyecto de investigación se realice a partir de emitida la presente resolución y tendrá una vigencia de dos (02) años.

**ARTÍCULO 3°: DEJAR SIN EFECTO**, toda Resolución emitida por la Facultad que se oponga a la presente Resolución.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE**

Mg. Chirinos Rios Carlos Alberto  
Decano Facultad de Ciencias de la salud

Mg. Maria Noelia Sialer Rivera  
Secretaria académica Facultad de Ciencias de la salud

Cc: Interesado, Archivo

## Anexo 02: Ficha de recolección de datos

| <b>N° de Ficha:</b>                       |  |
|---|--|
| <b>Fecha nacimiento:</b>                  | Día: __ Mes: _ Año: _  |
| <b>Edad:</b>                              | _____  |
| <b>Sexo:</b>                              | Masculino:<br>Femenino:  |
| <b>Procedencia</b>                        | Rural (___) Urbana (___)   |
| <b>Nivel de instrucción educativo:</b>    | Ninguna (___) Primaria (___)<br>Primaria incompleta (___) Secundaria (___)<br>Secundaria incompleta (___) Técnico (___)<br>Técnico incompleto (___) Superior (___)<br><br>Superior incompleta (___)  |
| <b>Nivel socioeconómico</b>               | Alto ( ) Medio ( ) Bajo ( )  |
| <b>Antecedentes familiares de cáncer:</b> | Si<br>No   |
| <b>Ocupación:</b>                         | Ama de casa ( ) Agricultor ( )<br>Pintor ( ) Cocinero ( )<br>Mecánico ( ) Profesional ( )  |
| <b>Factor de riesgo ambiental:</b>        | Alimentos ahumados, salados, condimentados<br>Dieta pobre en fruta y verduras<br>Alcoholismo<br>Tabaquismo<br>Obesidad   |
| <b>Factores Infecciosos</b>               | H. pylori<br>Virus Epsitein Barr   |
| <b>Hallazgos clínicos</b>                 | Dolor epigástrico ( ) Vomito ( )<br>Pérdida de peso ( ) Melena ( )<br>Disfagia ( ) Sensación de plenitud ( )<br>Masa Abdominal palpable ( ) Ascitis ( )<br>Adenomegalias ( )<br>Asintomático al inicio del diagnostico ( )<br>Anemia ( ) Hematemesis ( ) |
| <b>Tiempo de enfermedad:</b>              | Menos de 6 meses (___) De a 6 a 12 meses (___)<br>Más de 12 meses (___)  |
| <b>Estadio clínico</b>                    | I (___) II (___) III (___) IV(___)   |
| <b>Procedimiento operatorio</b>           | Parcial ( ) Total ( )  |
| <b>Tipo histológico</b>                   | Intestinal ( ) Difuso ( ) Mixto ( )  |
| <b>Localización patológica</b>            | Antro ( ) Cuerpo ( ) Fondo ( )<br>Antro y cuerpo ( ) Cuerpo y fondo ( )<br>Otro ( )  |
| <b>Tipo de neoplasia maligna gástrica</b> | Bromann I<br>Bormann II<br>Bormann III<br>Bormann IV   |

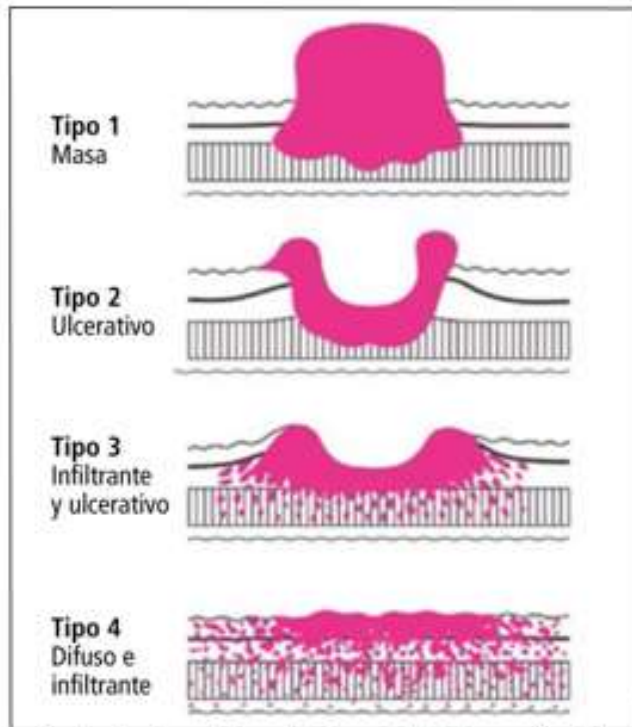
### Anexo 03: Variables de operacionalización

| Variable                                    | Concepto  | Dimensión  | Indicadores                                       | Tipo de variable        | Escala  | Instrumento                                       |  |
|---|---|------------|---|-------------------------|---------|---|--|
| Adenocarcinoma gástrico                     | Patología que se presenta cuando se forman células cancerosas en el revestimiento del estómago  | Patológico | Diagnostico indicado en historia clínica/ si - no | Categórica dicotómica   | Nominal | Ficha de recolección de datos de Historia clínica |  |
| <b>Factores clínicos</b>                    |   |            |   |                         |         |   |  |
| Síntomas con los que inicio la enfermedad   | Son los problemas con que el paciente con adenocarcinoma gástrico empezó a manifestar la patología.   |            | Historia clínica                                  | Categórica - Polinómica | Nominal |   |  |
| Factores etiológicos infecciosos            | Patógenos que propician que aparezcan la enfermedad.  |            |   | Categórica - Polinómica | Nominal |   |  |
| Tratamiento que recibió el paciente         | Tratamiento oncológico que se le administrará el paciente   |            |   | Categórica - Polinómica | Nominal |   |  |
| Tiempo de enfermedad                        | Tiempo que pasa desde el diagnóstico de una enfermedad o el comienzo del tratamiento hasta que la enfermedad empieza a empeorar o se disemina |            |   | Categórica - polinómica | Ordinal |   |  |
| <b>Factores epidemiológicos</b>             |   |            |   |                         |         |   |  |
| Edad  | Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento.  |            | Historia clínica                                  | Cuantitativa            | Razón   |   |  |
| Sexo  | Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres  |            |   | Categórica – dicotómica | Nominal |   |  |
| Lugar de procedencia                        | Demarcaciones en que se subdividen un territorio o una población  |            |   | Categórica - dicotómica | Nominal |   |  |
| Ocupación del paciente                      | Hace referencia a lo que la persona se dedica, es decir su trabajo, empleo, actividad o profesión.  |            |   | Categórica - polinómica | Nominal |   |  |
| Antecedentes de familia con cáncer gástrico | Tener en familia historia de neoplasia maligna  |            |   | Categórica - dicotómica | Nominal |   |  |
| Grado de instrucción                        | Grado más elevado de estudios realizados o en curso.  |            |   | Categórica - polinómica | Ordinal |   |  |



|                                    |   |  |  |                         |         |  |
|------------------------------------|---|--|--|-------------------------|---------|--|
| Nivel socioeconómico               | Es el nivel económico de la persona dependiendo de sus ingresos   |  |  | Categorico – polinómico | Ordinal |  |
| <b>Factores anatomopatológicos</b> |   |  |  |                         |         |  |
| Localización anatómica del cáncer  | Localización topográfica de la biopsia.   |  | Historia clínica - ubicación del cáncer                      | Categorica              | Nominal |  |
| Estadio clínico                    | Etapa en la cual se encuentra el paciente respecto a la patología.  |  | Historia clínica – según Estadio TNM                         |                         | Ordinal |  |
| Gravedad del cáncer según Borman   | Hace referencias a las características que se encuentran del cáncer y lo encontramos en las historias clínicas. |  | Historia clínica - según clasificación histológica de Borman |                         |         |  |

### ANEXO 04: Clasificación de Bormann



Fuente: Carlos G et al. Actualización del diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico (26).

### ANEXO 05: Clasificación de cánceres endoluminales tempranos de la sociedad Japonesa de Endoscopia Gastroenterológica

| Escribe                        | Subclases                |
|--------------------------------|--------------------------|
| I: polipoide / protuberante    | Ip: pediculado           |
|                                | Ips / sp: subpediculado  |
|                                | Es: sésil                |
| II: Plano                      | IIa: superficial elevado |
|                                | IIb: Plano               |
|                                | IIc: plano deprimido     |
| III: Ulcerado                  |                          |
| IV: tumor de extensión lateral |                          |

Fuente: Douglas M et al Early gastric cancer: Epidemiology, clinicas manifestations, diagnosis, and staging – UpToDate (27).

## ANEXO 06: Estadificación TNM del cáncer de estómago

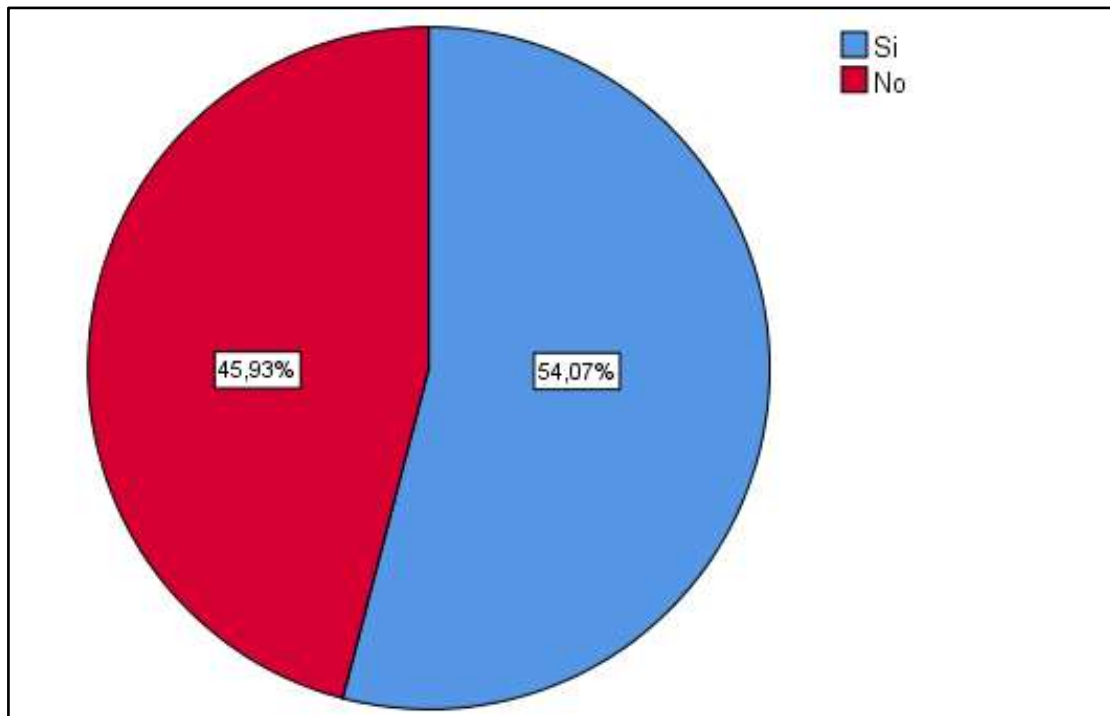
### Estadificación TNM del cáncer de estómago

| <b>Tumor primario (T)</b>                 |  |
|---|--|
| TX  | No se puede evaluar el tumor primario  |
| T0  | Sin evidencia de tumor primario  |
| Es  | Carcinoma in situ: tumor intraepitelial sin invasión de la lámina propia   |
| T1  | El tumor invade la lámina propia, la muscularis mucosae o la submucosa   |
| T1a                                       | El tumor invade la lámina propia o la muscularis mucosae   |
| T1b                                       | El tumor invade la submucosa   |
| T2  | El tumor invade la muscularis propia *   |
| T3  | El tumor penetra en el tejido conectivo subseroso sin invasión del peritoneo visceral o estructuras adyacentes • Δ |
| T4  | El tumor invade la serosa (peritoneo visceral) o estructuras adyacentes • Δ  |
| T4a                                       | El tumor invade la serosa (peritoneo visceral)   |
| T4b                                       | El tumor invade las estructuras adyacentes   |
| <b>Ganglios linfáticos regionales (N)</b> |  |
| NX  | No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales  |
| N0  | Sin metástasis en los ganglios linfáticos regionales ◊   |
| N1  | Metástasis en 1-2 ganglios linfáticos regionales   |
| N2  | Metástasis en 3-6 ganglios linfáticos regionales   |
| N3  | Metástasis en siete o más ganglios linfáticos regionales   |
| N3a                                       | Metástasis en 7-15 ganglios linfáticos regionales  |
| N3b                                       | Metástasis en 16 o más ganglios linfáticos regionales  |
| <b>Metástasis a distancia (M)</b>         |  |
| M0  | Sin metástasis a distancia   |
| M1  | Metástasis distante  |

| <b>Estadio anatómico / grupos pronósticos</b> |             |             |    |
|---|-------------|-------------|----|
| Etapa 0                                       | Es          | N0          | M0 |
| Estadio IA                                    | T1          | N0          | M0 |
| Estadio IB                                    | T2          | N0          | M0 |
|   | T1          | N1          | M0 |
| Estadio IIA                                   | T3          | N0          | M0 |
|   | T2          | N1          | M0 |
|   | T1          | N2          | M0 |
| Estadio IIB                                   | T4a         | N0          | M0 |
|   | T3          | N1          | M0 |
|   | T2          | N2          | M0 |
|   | T1          | N3          | M0 |
| Estadio IIIA                                  | T4a         | N1          | M0 |
|   | T3          | N2          | M0 |
|   | T2          | N3          | M0 |
| Estadio IIIB                                  | T4b         | N0          | M0 |
|   | T4b         | N1          | M0 |
|   | T4a         | N2          | M0 |
|   | T3          | N3          | M0 |
| Estadio IIIC                                  | T4b         | N2          | M0 |
|   | T4b         | N3          | M0 |
|   | T4a         | N3          | M0 |
| Estadio IV                                    | Cualquier T | Cualquier N | M1 |

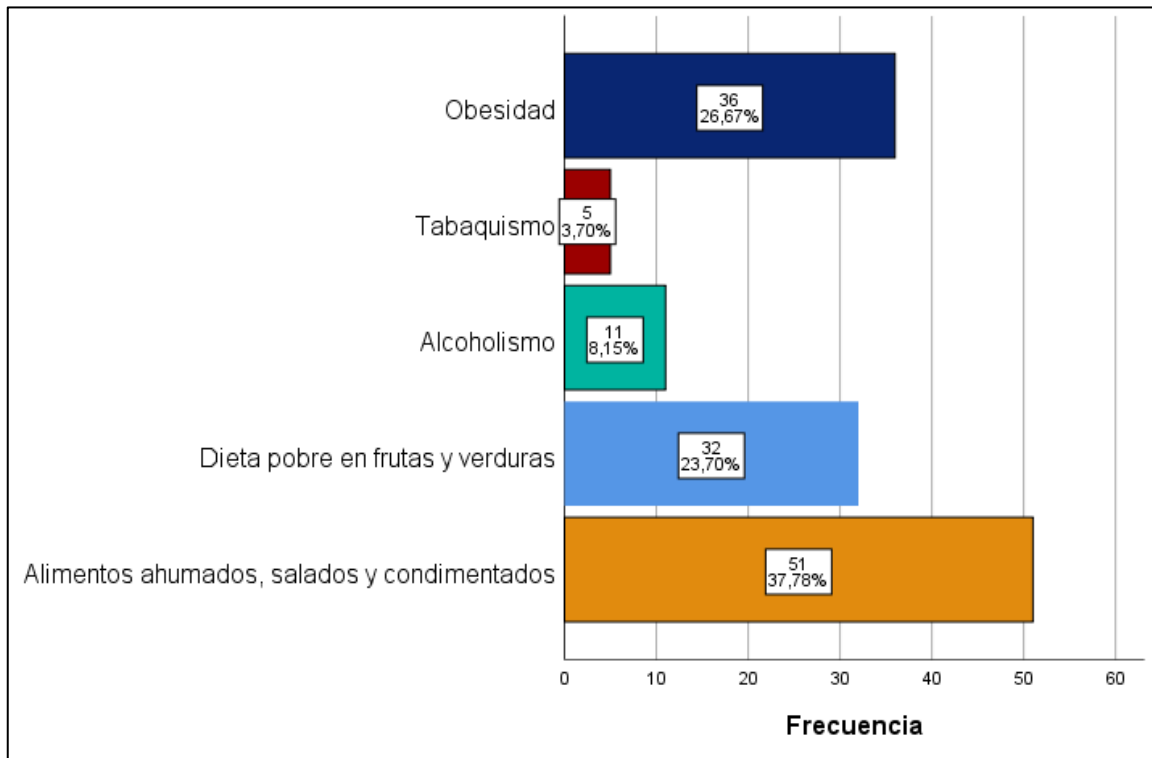
**Fuente: Mansfield P et al. Clinical features, diagnosis, and staging of gastric cancer (28).**

**ANEXO 07: Antecedente familiar de cáncer con respecto a los pacientes con adenocarcinoma gástrico**



En la figura, respecto al antecedente familiar del paciente con adenocarcinoma gástrico, un gran porcentaje de los pacientes si tienen antecedentes familiares de cáncer gástrico donde esto representa un 54.07% y quienes no tienen antecedentes familiares representa un 45.93% del total

## ANEXO 08: Factor de riesgo ambiental



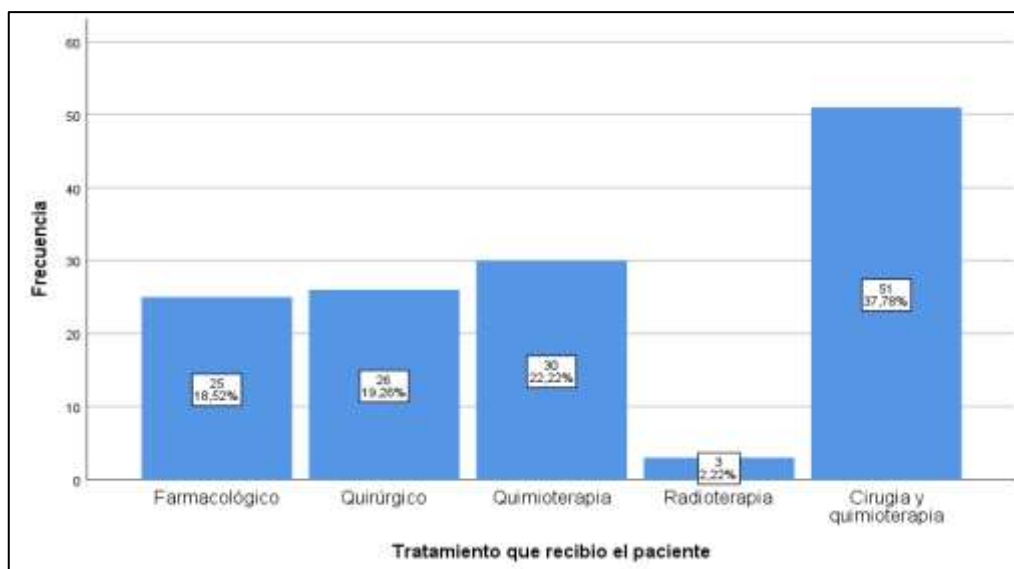
En la imagen se puede apreciar de que dentro de los factores de riesgo ambientales el que más está asociado a la patología de los pacientes con adenocarcinoma gástrico es el consumo de alimentos ahumados, salados y condimentados teniendo ello una frecuencia de 51 pacientes lo que representa un 37.78%, en segundo lugar está el factor de obesidad con una frecuencia de 36 pacientes que presenta un 26.67%, en tercer lugar está el factor de la dieta pobre en frutas y verduras de parte de los pacientes lo cual representa una frecuencia de 32 pacientes que presenta un 23.70%; cabe mencionar que los factores de tabaquismo y alcoholismo si están presentes en esta patología pero en menor proporción, siendo estas un 3.70% y 8.15% respectivamente.

### ANEXO 09: Tiempo de enfermedad del paciente

| Tiempo de enfermedad | Frecuencia.   | Porcentaje    | Cum.   |
|----------------------|---------------|---------------|--------|
| Menos de 6 meses     | 31.00         | 22.96         | 22.96  |
| De 6 a 12 meses      | 47.00         | 34.81         | 57.78  |
| Más de 12 meses      | 57.00         | 42.22         | 100.00 |
| <b>Total</b>         | <b>135.00</b> | <b>100.00</b> |        |

En la tabla con respecto al tiempo de enfermedad que presenta el paciente con adenocarcinoma gástrico, un gran número de ellos su tiempo de enfermedad es de más de 12 meses en donde hay una frecuencia de 57 paciente el cual representa un 42.22%, los pacientes que tienen un tiempo de enfermedad de 6 a 12 meses tiene una frecuencia de 47 paciente que representa un 34.81% y los pacientes que tienen menos de 6 meses de presentar la enfermedad es de 22.96%.

### ANEXO 10: Tratamiento que recibe el paciente



En el gráfico se presentan las frecuencias concernientes al tratamiento que reciben los pacientes con adenocarcinoma gástrico, se evidencia de que el tratamiento mayormente brindado a estos pacientes es la cirugía y la quimioterapia teniendo una frecuencia de 51 pacientes el cual representa un 37.78%, en segundo lugar, como tratamiento más usado es la quimioterapia el cual tiene una frecuencia de 30 pacientes el cual representa un 22.22%.

### ANEXO 11: Localización patológica del adenocarcinoma gástrico

| Localización patológica | Frecuencia.   | Porcentaje    | Cum.   |
|-------------------------|---------------|---------------|--------|
| Intestinal              | 55.00         | 40.74         | 40.74  |
| Difuso                  | 38.00         | 28.15         | 68.89  |
| Mixto                   | 42.00         | 31.11         | 100.00 |
| <b>Total</b>            | <b>135.00</b> | <b>100.00</b> |        |

En la tabla, con respecto a la localización patológica, se evidencia de que la mayor parte de esta afectación se acentúa en la localización intestinal teniendo una frecuencia de 55 pacientes que representa un 40.74%, en segundo lugar, de mayor incidencia es la localización mixta con una frecuencia de 42 paciente que representa un 31.11% y por último tenemos a la localización difusa con 38 pacientes que lo presentan que representa un 28.15%.

### ANEXO 12: Asociación de procedencia del paciente con ocupación

| Procedencia  | Ocupación    |              |              |              |              |              | Total         |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
|              | Ama de casa  | Agricultor   | Pintor       | Cocinero     | Mecánico     | Profesional  |               |
| Rural        | 22.00        | 37.00        | 11.00        | 9.00         | 5.00         | 3.00         | 87.00         |
|              | 16.30        | 27.41        | 8.15         | 6.67         | 3.70         | 2.22         | 64.44         |
| Urbana       | 8.00         | 1.00         | 7.00         | 11.00        | 9.00         | 12.00        | 48.00         |
|              | 5.93         | 0.74         | 5.19         | 8.15         | 6.67         | 8.89         | 35.56         |
| <b>Total</b> | <b>30.00</b> | <b>38.00</b> | <b>18.00</b> | <b>20.00</b> | <b>14.00</b> | <b>15.00</b> | <b>135.00</b> |
|              | <b>22.22</b> | <b>28.15</b> | <b>13.33</b> | <b>14.81</b> | <b>10.37</b> | <b>11.11</b> | <b>100.00</b> |

Pearson  $\chi^2(5) = 40.3731$  Pr = 0.0001

En la tabla, se presenta los resultados de los pacientes según ocupación y procedencia, utilizando la prueba de asociación de Chi cuadrado, se llega a la conclusión de que si hay asociación significativa ( $p=0.0001$ ) entre estas dos variables.



### ANEXO 13: Asociación entre sexo y ocupación

| Sexo      | Ama de casa  | Ocupación    |              |              |              |              | Total         |
|-----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
|           |              | Agricultor   | Pintor       | Cocinero     | Mecánico     | Profesional  |               |
| Masculino | 0.00         | 34.00        | 18.00        | 4.00         | 13.00        | 7.00         | 76.00         |
|           | 0.00         | 25.19        | 13.33        | 2.96         | 9.63         | 5.19         | 56.30         |
| Femenino  | 30.00        | 4.00         | 0.00         | 16.00        | 0.00         | 8.00         | 59.00         |
|           | 22.22        | 2.96         | 0.00         | 11.85        | 0.00         | 5.93         | 43.70         |
| Total     | <b>30.00</b> | <b>38.00</b> | <b>18.00</b> | <b>20.00</b> | <b>14.00</b> | <b>15.00</b> | <b>135.00</b> |
|           | <b>22.22</b> | <b>28.15</b> | <b>13.33</b> | <b>14.81</b> | <b>10.37</b> | <b>11.11</b> | <b>100.00</b> |

Pearson  $\chi^2(5) = 88.4992$  Pr = 0.0001

Como se puede apreciar en la tabla, con respecto a la asociación entre el sexo de los pacientes con adenocarcinoma gástrico y la ocupación que tienen, utilizando la prueba estadística de chi cuadrado se evidencia que si hay asociación significativa ( $p=0.0001$ ) entre las dos variables.

### ANEXO 14: Asociación entre sexo y tipo de infección

| Sexo      | Factores infecciosos |              |              | Total         |
|-----------|----------------------|--------------|--------------|---------------|
|           | H. pylori            | VEB          | No tiene     |               |
| Masculino | 49.00                | 12.00        | 15.00        | 76.00         |
|           | 36.30                | 8.89         | 11.11        | 56.30         |
| Femenino  | 24.00                | 12.00        | 23.00        | 59.00         |
|           | 17.78                | 8.89         | 17.04        | 43.70         |
| Total     | <b>73.00</b>         | <b>24.00</b> | <b>38.00</b> | <b>135.00</b> |
|           | <b>54.07</b>         | <b>17.78</b> | <b>28.15</b> | <b>100.00</b> |

Pearson  $\chi^2(2) = 8.2357$  Pr = 0.01

En la tabla, con respecto a la asociación entre sexo y factores infecciosos utilizando la prueba de chi cuadrado se llega a tener como resultado que  $p=0.01$  es decir es menor a 0.05, lo cual no lleva a saber que hay relación entre ambas variables.

### ANEXO 15: Asociación entre tiempo de enfermedad y sexo

| Sexo         | Tempo de enfermedad |                 |               | Total         |
|--------------|---------------------|-----------------|---------------|---------------|
|              | Menos de 12 meses   | De 6 a 12 meses | Más de 12 mes |               |
| Masculino    | 16.00               | 25.00           | 35.00         | 76.00         |
|              | 11.85               | 18.52           | 25.93         | 56.30         |
| Femenino     | 15.00               | 22.00           | 22.00         | 59.00         |
|              | 11.11               | 16.30           | 16.30         | 43.70         |
| <b>Total</b> | <b>31.00</b>        | <b>47.00</b>    | <b>57.00</b>  | <b>135.00</b> |
|              | <b>22.96</b>        | <b>34.81</b>    | <b>42.22</b>  | <b>100.00</b> |

Pearson  $\chi^2(2) = 1.0648$  Pr = 0.587

En la tabla se puede verificar la asociación entre las variables tiempo de enfermedad y sexo usando la prueba de cuadrado y teniendo un valor de  $p=0.587$ , siendo este mayor a 0.05, entonces decimos que no hay asociación entre ambas variables.

## ANEXO 16: Permiso para la recolección de datos



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Pimentel, 02 de junio de 2022

Señor:  
**DR. CÉSAR IBACETA TELLO**  
**DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE**  
**Ciudad. -**

**Asunto:** *AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS - EJECUCIÓN DE TESIS: "FACTORES CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE 2017 - 2021"*

Es grato dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo, a nombre de la Universidad Señor de Sipán, Facultad de Ciencias de la Salud y a la vez presentar a los estudiantes LUCAS VICENTE SANTISTEBAN COLLAZOS con DNI 71491780 Código universitario: 2141817938; OSCAR RICARDO PERALTA CARRANZA con DNI 70745699 Código universitario: 2152802018 quienes se encuentran aptas para ejecutar su tesis denominada: "FACTORES CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE 2017 - 2021".

Esta actividad académica esta consignada en el plan de estudios y tiene la finalidad de que los estudiantes corroboren los conocimientos adquiridos a la fecha, en escenarios del entorno laboral relacionado con su especialidad. Para ello, solicitamos su autorización para la recolección de datos.

En espera de su atención a la presente, aprovecho la oportunidad para expresarle mi consideración y estima personal.



*Santos Leopoldo Acuña Peralta*  
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

ADMISIÓN E INFORMES

074 481610 - 074 481632

CAMPUS USS

Km. 5, carretera a Pimentel  
Chiclayo, Perú

[www.uss.edu.pe](http://www.uss.edu.pe)

## ANEXO 17: Constancia de asesor



### CONSTANCIA DEL ASESOR DE TESIS

**Dra. Delia Florencia Dávila Vigil**  
**Presidenta del Comité de Investigación**  
**Escuela de Medicina Humana - USS**

El Dr. suscrito, **Jorge Luis De la Cruz Mio**, docente de la Escuela de Medicina Humana de USS, hace CONSTAR el compromiso de **ASESORAR** el proyecto de tesis titulado:

**“Factores clínicos, epidemiológicos y anatomopatológicos de los pacientes atendidos con adenocarcinoma gástrico del Hospital Regional Lambayeque 2017 - 2021”**

Asumo el compromiso de guiar al(los) alumnos **Peralta Carranza Oscar Ricardo y Santisteban Collazos Lucas Vicente**, hasta la ejecución y sustentación de su tesis.

Pimentel, 23 de noviembre de 2021|



**Jorge Luis De La Cruz Mio**  
**Médico Oncólogo**  
**CMP 54483 - RNE 29869**

Firma del asesor  
DNI: 41591123  
e-mail: dmiojorge@crece.uss.edu.pe