

REVISION DE HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CANCER
GASTRICO UNIDAD DE CANCEROLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
NEIVA "HERNANDO MONCALEANO PERDOMO" AÑOS 2007 Y 2008.

MARIA LILIANA QUIMBAYA BAHAMON
ROLDAN MONTEALEGRE CARDENAS

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA
NEIVA – HUILA
2010

REVISION DE HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CANCER
GASTRICO UNIDAD DE CANCEROLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
NEIVA "HERNANDO MONCALEANO PERDOMO" AÑOS 2007 Y 2008.

MARIA LILIANA QUIMBAYA BAHAMON
ROLDAN MONTEALEGRE CARDENAS

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Epidemiología

Asesor
RODRIGO ALBERTO ALZATE SÁNCHEZ
Médico Cirujano Especialista en Epidemiología, Magister en Salud Pública

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA
NEIVA – HUILA
2010

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Agosto de 2010

DEDICATORIA

A mi familia, amigos y compañeros por su apoyo e inspiración.

María Liliana

A mis hijos por ser el sendero de mi vida.

Roldan

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A la Doctora Dolly Castro Betancourt Coordinadora de la Especialización en Epidemiología por su apoyo y colaboración.

Al Doctor Rodrigo Albero Alzate Sánchez, Médico Cirujano Especialista en Epidemiología, Magister en Salud Pública por actuar como asesor en el desarrollo de esta investigación.

A la Universidad Surcolombiana por ofrecer el programa de Especialización en Epidemiología

Al Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo por permitirnos acceder a la información para llevar a cabo esta investigación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	19
1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	21
2. DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	24
3. JUSTIFICACIÓN	27
4. OBJETIVOS	30
4.1 OBJETIVO GENERAL	30
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	30
5. MARCO TEORICO	31
5.1 CÁNCER GÁSTRICO	31
5.2 CLÍNICA	35
5.3 ETIOLOGIA	36
5.4 DIAGNÓSTICO	37
5.4.1 Analítica	37
5.4.2 Radiología	37
5.4.3 Endoscopia	38
5.5 TRATAMIENTO	39
6. DISEÑO METODOLÓGICO	43
6.1 TIPO DE ESTUDIO	43

	Pág.
6.2 LUGAR	43
6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	43
6.3.1 Población	43
6.3.2 Muestra	44
6.4. VARIABLES	44
6.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	44
6.6 INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION	44
6.7 PLAN DE CODIFICACIÓN Y TABULACION DE DATOS	45
6.8 FUENTES DE INFORMACION	45
6.9 PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS	45
6.10 ASPECTOS ETICOS	45
7. RESULTADOS	47
7.1 CARACTERISTICAS DE PERSONA	47
7.2 CARACTERISTICAS DE TIEMPO	57
7.3 CARACTERISTICAS DE LUGAR	59
8. DISCUSION	61
9. CONCLUSIONES	64
10. RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	70

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Género de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	47
Tabla 2	Ocupación de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	48
Tabla 3	Ocupación Municipio de Procedencia y Zona de Ubicación de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	49
Tabla 4	Consumo de Cigarrillo y Alcohol de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	50
Tabla 5	Régimen de seguridad social de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	51
Tabla 6	EPS de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	51
Tabla 7	Tratamiento de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	52

	Pág.
Tabla 8. Recurrencia de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	53
Tabla 9. Fallecimiento de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	53
Tabla 10. Edad Versus fallecimiento de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	54
Tabla 11. Diagnostico topográfico de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	55
Tabla 12. Diagnostico Histológico de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	56
Tabla 13. Duración del consumo de cigarrillo y alcohol de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	58
Tabla 14. Zona de residencia de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	60

LISTA DE GRAFICAS

		Pág.
Gráfica1	Grupo de Edad de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	48
Gráfica 2	Contacto post tratamiento de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	52
Gráfica 3	Días que duro el tratamiento de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	57
Gráfica 4	Lugar de residencia de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.	59

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A Cronograma Año 2009.	71
Anexo B Documento para aplicación en Historia Clínica.	72
Anexo C Operacionalización de Variables.	73

GLOSARIO

ADENOCARCINOMA: Tumor de estructura semejante a la de las glándulas.

BIOPSIA: Muestra de tejido tomada de un ser vivo, con fines diagnósticos

CANCER: Enfermedad neoplásica con transformación de las células, que proliferan de manera anormal e incontrolada

CARCINOMA: Tumor maligno derivado de estructuras epiteliales.

ENDOSCOPICO: Técnica de exploración visual de una cavidad o conducto del organismo.

GASTRICO: Pertenece o relativo al estómago.

HELICOBACTER: Bacteria de alojamiento gástrico muy relacionada con aumento de la actividad gástrica.

HISTOLOGICO: Parte de la anatomía que trata del estudio de los tejidos orgánicos.

METASTASIS: Propagación de un foco canceroso en un órgano distinto de aquel en que se inició.

QUIMIOTERAPIA: Tratamiento de las enfermedades por medio de productos químicos.

RADIOTERAPIA: Tratamiento de las enfermedades, y especialmente del cáncer, mediante radiaciones

RESUMEN

El cáncer gástrico, comienza cuando las células del estómago se vuelven anormales y se multiplican sin control. Estas células forman un crecimiento de tejido llamado tumor. Un tumor puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso, lo que significa que se puede diseminar a otras partes del cuerpo). El cáncer puede originarse en cualquier parte del estómago y diseminarse a los ganglios linfáticos cercanos y a otras partes del cuerpo, como hígado, los huesos, pulmones y ovarios¹

La incidencia y mortalidad por cáncer gástrico varía ampliamente en diferentes regiones del mundo. La más alta incidencia de cáncer de estómago puede ser encontrada en Japón, América del sur y Europa del este, con rangos tan altos de 85 casos por 100,000 habitantes. En contraste, áreas de baja incidencia como Estados Unidos, Israel y Kuwait tienen rangos de incidencia de solo 4-8 casos por 100,000 habitantes.

Los informes en Salud a Nivel mundial resaltan de manera importante, la mortalidad por tipos de cáncer gástrico sin mostrar variaciones mayores desde hace aproximadamente 30 años, esta situación refleja por sí misma, un escaso efecto de las acciones en salud pública sobre el control de factores de riesgo conocidos para estas oncopatías debido a que la sintomatología de la enfermedad es muy inespecífica, y que en la práctica, no existe un marcador clínico lo suficientemente poderoso que permita la detección temprana, por lo tanto el diagnóstico de cáncer gástrico en nuestro medio, es generalmente tardío con pronóstico relativamente malo.

Sin embargo, varias investigaciones refieren determinantes genéticos, ambientales, y de estilos de vida, en especial la dieta, que predisponen para la presencia de Cáncer y en particular los tumores gástricos, por tanto se asume que el conocimiento sobre la relación causal entre factores ambientales y estilos de vida de una población puede ayudar a prevenir la aparición de cáncer y realizar políticas de promoción, prevención y detección temprana de esta patología.

Según la Secretaria de salud Departamental del Huila, en su Boletín Anual del Año 2007 determina que los mecanismos de recopilación y análisis del cáncer no han permitido obtener, reportes confiables del año 2006 de parte de las unidades de notificación en la región del Huila²

¹ Disponible en http://www.cancer.net/vgn.ext.template/junta_editorial_de_cancer.Net,8/09

².Secretaria de Salud Departamental del Huila, Boletín Anual 2007a, P6

A nivel del Huila cada día es más evidente la necesidad de llevar a cabo una intervención clara y confiable, que permita aportar datos avalados por instituciones universitarias encargadas de liderar procesos de investigación en salud, y que finalmente sean difundidas y aplicadas en las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud de primer, segundo y tercer nivel de complejidad.

En respuesta a esta problemática se realizó esta investigación de tipo descriptivo de casos, que determinó mediante la revisión de Historias Clínicas las características epidemiológicas de los pacientes que presentaron Cáncer Gástrico en el Departamento del Huila y que acudieron al servicio de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 2007 al 31 de Diciembre de 2008, con el fin de analizar el comportamiento de esta patología a nivel Departamental. El planteamiento de este proyecto se incluye en la línea de investigación número 4 del Instituto Nacional de Cancerología que desarrolla temas concernientes al Control del Riesgo y Detección precoz del cáncer en Colombia.

En el estudio se incluyó el 100% (102 casos) de los pacientes que se diagnosticaron con Cáncer Gástrico en la unidad de cancerología del Hospital Universitario de Neiva en el periodo de estudio. Como limitantes tenemos que este tipo de estudio descriptivo no proporciona evidencia fuerte acerca de relación causal entre factor de exposición y evento, porque sólo obtienen datos acerca de la prevalencia de cáncer gástrico (todos los casos existentes en ese periodo de tiempo) y no de su incidencia (nuevos casos detectados en ese período de tiempo).

Como resultados del estudio se obtuvo que el 46% de los pacientes presentaron hábito de fumar y el 84% de los pacientes consumía alcohol durante más de 20 años. Las exposiciones al tabaco y al alcohol son un factor de riesgo a desarrollar CG. aunque no es el único causante del riesgo a CG (hay personas que no fuman o beben y padecen la enfermedad), pero dejar de fumar o beber es un factor protector del riesgo a CG, por lo que se deben hacer campañas más agresivas contra el tabaquismo y alcoholismo, en las que participe activamente toda la comunidad. Además, se recomienda hacer un estudio más exhaustivo con mayor muestra poblacional para confirmar los resultados obtenidos e incluir otros factores ambientales y genéticos, que puedan estar comprometidos con el riesgo a CG en esta población. Esta información es muy útil para establecer el impacto de los factores de sobre el CG e intervenirlos tempranamente, para diseñar estrategias

Se puede observar que el 60% de la población que padecía cáncer gástrico habitaba en el área rural y el 40% restante en la parte urbana. En Colombia la mayoría de personas de niveles socio económicos bajos habitan en el área rural, hecho altamente ligado a estilos de vida inadecuados como lo es el hecho de una

ingesta inadecuada de alimentos lo cual predispone la aparición de esta enfermedad.

La EPS con más usuarios por cáncer fue COMFAMILIAR con un 20% de los usuarios, la presencia de su tumor era maligno en el 100% de la población. La radioterapia mas quimioterapia son los tratamientos de primera elección con un 27.5%, el 95% de los pacientes presentaron un seguimiento post tratamiento; La enfermedad en 60 de los 102 pacientes analizados, es decir el 58.8% contó con tratamiento alrededor de los 50 días sin exceder los 99 días, la ciudad que más casos presento fue la ciudad de Neiva (H) con una incidencia de 38 casos.

En todo el territorio nacional los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico presentan la misma historia natural es decir, largos periodos de evolución de los síntomas, múltiples consultas a los servicios de salud, tratamientos empíricos sin respuestas, la falta de solicitud de estudios diagnósticos, la negativa de las autorizaciones por empresas prestadoras de salud que aducen políticas de ahorro de costos, o en otras ocasiones, más grave aún, cuando son autorizados, no se realizan con la debida calidad que se requiere

PALABRAS CLAVE

Cáncer gástrico, quimioterapia, radioterapia

ABSTRACT

The gastric cancer, begins when the cells of the stomach become abnormal and they multiply without control. These cells form a growth of fabric called tumor. A tumor can be benign (not cancerous) or wicked (cancerous, what means that you can disseminate to other parts of the body). The cancer can originate in any part of the stomach and to be disseminated to the near lymphatic ganglion and other parts of the body, as liver, the bones, lungs and ovaries

The incidence and mortality for gastric cancer vary thoroughly in different regions of the world. The highest incidence of stomach cancer can be found in Japan, America of the south and Europe of the east, with ranges so high of 85 cases for 100,000 inhabitants. In contrast, areas of low incidence like United States, Israel and Kuwait they have ranges of incidence of single 4-8 cases for 100,000 inhabitants.

The reports in Health at world Level stand out in an important way, the mortality for types of gastric cancer without showing bigger variations for approximately 30 years, this reflective situation for itself, a scarce effect of the actions in public health on the control of well-known factors of risk for these oncopatías because the symptomatic of the illness is very unspecific, and that in the practice, a clinical marker doesn't exist therefore the sufficiently powerful thing that allows the early detection, the diagnosis of gastric cancer in our means, it is generally late with relatively bad presage.

However, several investigations refer decisive genetic, environmental, and of lifestyles, especially the diet that you/they predispose for the presence of Cancer and in particular the gastric tumors, therefore it is assumed that the knowledge on the causal relationship between environmental factors and a population's lifestyles can help to prevent the cancer appearance and to carry out political of promotion, prevention and early detection of this pathology.

According to the Secretary of Departmental health of the Huila, in their Annual Bulletin of the Year 2007 determine that the summary mechanisms and analysis of the cancer have not allowed to obtain, report reliable of the year 2006 on behalf of the notification units in the region of the Huila

At level of the Huila every day is more evident the necessity to carry out a clear and reliable intervention that allows to contribute data endorsed by university institutions in charge of leading investigation processes in health, and that finally they are diffused and applied in the Institutions Lenders of Services of Health of first, second and third level of complexity.

In answer to this problem was carried out this investigation of descriptive type of cases that determined by means of the revision of Clinical Histories the epidemic characteristics of the patients that presented Gastric Cancer in the Department of the Huila and that Hernando went to the service of Cancerology of the University Hospital Moncaleano Perdomo of Neiva in the period understood among January 1 from 2007 to December of 2008, 31 with the purpose of analyzing the behavior from this pathology to Departmental level. The position of this project is included in the line of investigation number 4 of the National Institute of Cancerology that it develops concerning topics to the Control of the Risk and precocious Detection of the cancer in Colombia.

In the study 100% was included (102 cases) of the patients that were diagnosed with Gastric Cancer in the unit of cancerology of the University Hospital of Neiva in the period of study. As obstacles we have that this type of descriptive study doesn't provide strong evidence about causal relationship between exhibition factor and event, because they only obtain data about the prevalence of gastric cancer (all the existent cases in that period of time) and not of its incidence (new cases detected in that period of time).

As results of the study it was obtained that 46% of the patients presented habit of smoking and 84% of the patients consumed alcohol during more than 20 years. The exhibitions to the tobacco and the alcohol are a factor of risk to develop CG. although it is not the only one causing of the risk to CG (there are people that don't smoke or they drink and they suffer the illness), but to stop to smoke or to drink is a protective factor from the risk to CG, for what more aggressive campaigns should be made against the consumption of tobacco and alcoholism, in those that it participates the whole community actively. Also, it is recommended to make a more exhaustive study with more population sample to confirm the obtained results and to include other environmental and genetic factors that can be committed with the risk to CG in this population. This information is very useful to establish the impact of the factors of on the CG and to intervene them early to design strategies.

One can observe that the population's 60% that he/she suffered gastric cancer inhabited the rural area and 40 remaining% in the urban part. In Colombia most of people of levels partner economic first floor inhabit the rural area, highly bound fact to inadequate lifestyles as it is it the fact of an inadequate ingest of foods that which predisposes the appearance of this illness.

The EPS with more users for cancer was COMFAMILIAR with 20% of the users, the presence of its tumor was malicious in the population's 100%. The radiotherapy but chemotherapy is the treatments of first election with 27.5%, 95% of the patients presented a pursuit post treatment; The illness in 60 of the 102 analyzed patients, that is to say 58.8% had treatment around the 50 days without exceeding the 99

days, the city that more cases present was the city of Neiva (H) with an incidence of 38 cases.

In the whole national territory the patients diagnosed with gastric cancer present the same natural history that is to say, long periods of evolution of the symptoms, multiple consultations to the services of health, empiric treatments without answers, the lack of application of diagnostic studies, the negative of the authorizations for companies to lend of health that adduce political of saving of costs, or in other occasions, more serious still, when they are authorized, they are not carried out with the due quality that is required

WORDS KEY:

Gastric Cancer, chemotherapy, radiotherapy.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS, el cáncer gástrico en el 2005, ocupó el segundo lugar en frecuencia de causas de muerte en el mundo presentando grandes contrastes demográficos en la distribución. Se trata, pues, de un importante problema sanitario a nivel general y mucho mayor aún en determinados países como Japón y otros países de América Latina, en los que se cuenta Costa Rica, Colombia y Chile. “A pesar de la tendencia global a la reducción en la incidencia del mismo, representa mundialmente el 3 – 10% de las causas de muerte; si bien en países como Japón ha crecido la supervivencia no ha ocurrido lo mismo en países occidentales especialmente en los Estados Unidos”¹.

En contraposición al desarrollo en la técnica quirúrgica y las terapias coadyuvantes y neo adyuvantes, el principal problema del cáncer gástrico es que cerca de 65% de los pacientes se diagnostican en estados avanzados de la enfermedad, aproximadamente el 85% de ellos con metástasis ganglionares y con alta tasa de recurrencias (40-65%) en los pacientes operados con intención curativa. Por lo tanto, la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (AIIC) (IARAC), según proyecciones, para el año 2020 calcula que se habrá producido para esta fecha un incremento del 50% en el número de nuevos casos, que se estima, llegarán a 15 millones. En la actualidad la endoscopia según la (AIIC) se reconoce como el método diagnóstico más sensible y específico para los pacientes con sospecha de Cáncer Gástrico, pues no sólo permite la visualización directa de lesiones sino también su localización anatómica y toma de biopsias para el diagnóstico histológico, lo cual es definitivo para el tratamiento.

Para el 2005 en Colombia, el Departamento Nacional de Estadísticas DANE, reportó en su Sistema de Estadísticas Vitales a las oncopatías en un tercer lugar dentro de las diez primeras causas de mortalidad general y por causas desagregadas el Cáncer Gástrico cobra importancia debido a que registra la tasa de incidencia en usuarios con diagnóstico primario más elevada con 9,6 personas impactadas por cada 100.000 habitantes.

Según los Indicadores Básicos de morbilidad presentados por el Instituto Nacional de Cancerología (INC), en este mismo año, la oncopatía gástrica ocupa el segundo lugar de incidencia por causa específica dentro del grupo de oncopatías, distribuyéndose de la misma forma por total de casos que por sexos, pero específicamente impacta más en la población masculina y a los individuos entre

¹ ESPEJO H, Navarrete J.2004, P. 50

35 y 64 años. Cabe resaltar que, la distribución de casos nuevos de cáncer por base de diagnóstico, según localización primaria, el cáncer gástrico, se identifica en un 91.82%, mediante la histología del tumor primario, con una sensibilidad de la prueba de un 95%, y comparativamente el porcentaje de utilización de esta prueba diagnóstica en relación con el grueso de oncopatías diagnosticadas ocupa el cuarto lugar con el 7%. Según la ubicación de residencia habitual de pacientes con Cáncer Gástrico, el Huila ocupa el sexto lugar de los 32 sitios geográficos referenciados en el Estudio del Instituto Nacional de Cancerología INC.

En el ámbito local, el Informe Registro Poblacional en Cáncer del Huila del año 2005, publicado por la Secretaria de Salud Departamental del Huila, sitúa como primer causa de decesos por cáncer (ca) al cáncer gástrico con un 22% del total de muertes; así mismo, según reportes de nuevos casos se encuentra que: Por localización anatómica el cáncer gástrico ocupa el tercer puesto con el 8.9% del total de casos; por género, este tipo de tumoración afecta al 4% de las mujeres; en hombres ocupa el segundo lugar con el 17% del total de casos registrados. Por sitio específico, el ca gástrico muestra que incide con mayor fuerza en la población masculina con el 69.71% del cúmulo de usuarios afectados por oncopatías; afecta por grupo etario equiparablemente con un 27% los decenios de 61 a 70 y 71 a 80 años, y por último, por lugar de procedencia el municipio de Neiva registra la mayor cantidad de usuarios afectados con 27.6% del total de casos.

Dada la alta incidencia de esta patología en nuestro departamento y teniendo en cuenta que en el diagnóstico y tratamiento no se encuentra estandarizado ni conocido oficialmente el impacto de la enfermedad, y mucho menos identificados los factores causales prevenibles y no prevenibles, que permitan preparar medidas determinantes y eficaces para el Sistema de Salud y para los directamente afectados, por esta razón se adelantó esta investigación que tuvo como propósito analizar las historias clínicas de los usuarios asistentes a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva durante los años 2007 a 2008 y contactar a estos pacientes. Por la agresividad de esta patología algunos de estos usuarios ya habían fallecido y otros pernotaban en zonas apartadas lo cual limitaba el hecho de realizar un análisis más personalizado de esta población.

El objeto de levantar un análisis descriptivo de esta población ayuda a determinar situación y afectación, así como características propias de las personas que padecen cáncer gástrico en el Departamento del Huila.

Es importante aclarar que para la selección de la muestra a estudiar, se planteo establecer unos criterios de inclusión que permitan la extracción de los datos necesarios para la correlación de las variables y lograr una adecuada distribución estratificada lo más homogéneamente posible.

1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Los informes en Salud a Nivel mundial resaltan de manera importante, la mortalidad por tipos de cáncer gástrico sin mostrar variaciones mayores desde hace aproximadamente 30 años, esta situación refleja por sí misma, un escaso efecto de las acciones en salud pública sobre el control de factores de riesgo conocidos para esta oncopatías.

<<En cuanto a esta enfermedad, con frecuencia se asumen los datos reportados sobre fracciones etiológicas en países desarrollados o niveles de evidencia que no sobrepasan la intención curativa, asumiendo como límite de sobrevida pos - gastrectomía total un máximo de 5 años. Teniendo en cuenta que los cálculos tienen modificaciones importantes para los países en vía de desarrollo en donde el papel de la dieta, las infecciones y la exposición ocupacional se modifican en razón al detrimento en las condiciones sociales y económicas, existe un vacío que se extiende parcialmente a la vigilancia epidemiológica de la enfermedad.

En Colombia, dado que las fuentes básicas de información disponible para describir y cuantificar la morbi - mortalidad por cáncer gástrico presenta falencias debido a los subregistro generales, con relación a las fuentes de análisis oficiales consolidadas y acorde a algún tipo de estándar establecido para todos a nivel nacional e internacional, respecto a la prestación de servicios de salud individual y colectiva, información de mortalidad en los sistemas de registro civil, de estadísticas vitales, registros de cáncer de base poblacional u hospitalaria. Un ejemplo del impacto y la posibilidad de que con los recursos con que cuentan en promedio los países en vía de desarrollo latinoamericano es el Registro de Quito en Ecuador el cual consolida una base de datos eficiente para el análisis de esta patología>>².

Los resultados cumplen los estándares de calidad para ser publicados en tres volúmenes sucesivos de Cáncer Incidente in Five Continents. Esta distinción ha sido lograda por muy pocos registros en Latinoamérica, de hecho sólo cuatro están funcionando.

Dentro de la perspectiva del manejo de los riesgos en salud se han delineado acciones según el perfil epidemiológico que podría decirse que incluyen el control nutricional, físico y de estilos de vida además de intervenir algunos de los factores medioambientales en el grupo de actividades que de forma organizada se orientan a disminuir la carga de esta enfermedad. En Colombia, para el manejo de esta patología sea generado microprogramas de seguridad alimentaria en el control de

² Universidad del Valle, Ciencia al Día, Cali. 1999 P15

Enfermedades Crónicas, dirigidos con enfoque individual. Además, los Planes para el seguimiento específico de Riesgos a todos los individuos de una región, como lo es la Política del Control de Tabaquismo, pero ninguna de las políticas contempla específicamente la reducción integral o específica del número de personas que mueren por cáncer gástrico ni el incremento en la calidad de vida para quienes padecen de esta oncopatía; bajo pena de no tener suficiente información centralizada, actualizada y estandarizada para ser marco de referencia en la región surcolombiana.

Según la revista *Gastroenterology*. Perú v.25 N^o.1 Lima ene./mar. 2005, determina que algunos autores plantean que las neoplasias son el resultado del efecto de determinantes genéticos y ambientales, aunque cada vez más se reconoce que el estilo de vida juega un papel mucho más importante, en este orden de ideas nos lleva a pensar que el Cáncer y en particular los tumores gástricos, son problemas de salud pública prioritarios por atender. La distribución geográfica de la mortalidad e incidencia de Cáncer Gástrico entre diferentes países o regiones del país puede variar. Si se asume que el conocimiento sobre la relación causal entre factores ambientales y estilos de vida de una población puede ayudar a prevenir la aparición de cáncer.

Las fuentes de referencia inicial para el diagnóstico de estas oncopatías son del inglés Lauren, quien fue el primero en identificar una clasificación macroscópica para cáncer gástrico de tipo intestinal y difuso. Los colombianos Pelayo y Correa fueron los primeros en describir la historia natural del cáncer gástrico de tipo intestinal en sus estudios clásicos en la Unión (Nariño, Colombia); Según su teoría aceptada mundialmente, el cáncer gástrico de tipo intestinal surge de un proceso que se inicia como gastritis crónica, gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal (madura o inmadura) y finalmente displasia (leve, moderada o severa). Todo este proceso toma, en teoría, entre ocho y diez años, aunque permanece sin aclararse si la metaplasia intestinal es un proceso pre maligno o un factor de riesgo para la aparición del cáncer o si esta plataforma para ésta injuria importante tendrá un componente relacionado con factores fisicoquímicos internos o externos, medioambientales. <<Aún hay carencias en el conocimiento acerca de los ambientes local y estilos de vida favorables a la aparición de Cáncer Gástrico>>³

El Instituto Nacional de Cancerología es la Institución Oficial encargada de regular todo lo concerniente a Cáncer en Colombia y definió en el consenso intersectorial de enero de 2007 ocho líneas de investigación; el planteamiento de este proyecto se incluye en la línea número 4 que desarrolla temas concernientes al Control del Riesgo y Detección precoz del cáncer en Colombia, como aporte desde el ámbito regional y porque no decirlo Nacional.

³ ASEICA, 2003, P17

En estudios de mortalidad realizados en el Norte de Santander durante los años 1991 – 2000, se observó que el Cáncer Gástrico ocupa la primera causa de mortalidad del cáncer y la cuarta después de las heridas por arma de fuego, infarto agudo de miocardio y eventos cerebro-vasculares. Se encontró que el 97% de las lesiones se diagnosticaron en estadios avanzados y un 3% eran lesiones incipientes. Un 60% de los casos fueron inoperables y solo 31.2% recibieron tratamiento quirúrgico con perspectivas de sobrevida menores al 10% a 5 años.

A nivel del Huila cada día es más evidente la necesidad de llevar a cabo una intervención clara y confiable, que permita aportar datos avalados por instituciones universitarias encargadas de liderar procesos de investigación en salud, y que finalmente sean difundidas y aplicados en las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud de primer, segundo y tercer nivel de complejidad, con el propósito de captar los pacientes más sensibles de sufrir cáncer gástrico, toda vez que es necesario fortalecer el cuidado anticipado al paciente en pro de mejorar su calidad de vida y sobre todo reducir los costos relacionados con la atención de su enfermedad. De esta manera ofrecer una herramienta con la cual se tome la mejor e integral decisión respecto del tratamiento con mayores beneficios al paciente, a su familia e indirectamente incida con unos mejores y efectivos resultados de la práctica clínica a través de una más objetiva detección y seguimiento temprano de esta enfermedad.

Al respecto no se cuenta con estudios que por sus objetivos o resultados se relacionen con la presente investigación. Los estudios a nivel regional se relacionan con la intención curativa entorno al nivel de sobrevida a 5 años pos gastrectomía en usuarios intervenidos en dos Instituciones de Salud de la ciudad de Neiva realizado a nivel de Pregrado de Medicina y a nivel de Posgrado en la Especialización en Cirugía se cuenta con un Estudio relacionado con el Establecimiento de una clasificación del Estadio del Cáncer Gástrico según el estado del ente a Nivel del Huila, entre otras en las que realizan una representación estadística en series de casos, dentro de la misma especialidad.

2. DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El estómago se ubica en la parte superior del abdomen y desempeña un papel central en la digestión de los alimentos. Cuando se ingiere el alimento, este desciende por el esófago o garganta e ingresa en el estómago. Los músculos del estómago mezclan el alimento y liberan jugos gástricos que ayudan a digerirlo y triturarlo. Seguidamente, el alimento se traslada al intestino delgado para continuar la digestión.

<<El cáncer de estómago, también denominado cáncer gástrico, comienza cuando las células del estómago se vuelven anormales y se multiplican sin control. Estas células forman un crecimiento de tejido llamado tumor. Un tumor puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso, lo que significa que se puede diseminar a otras partes del cuerpo). El cáncer puede originarse en cualquier parte del estómago y diseminarse a los ganglios linfáticos cercanos y a otras partes del cuerpo, como hígado, los huesos, pulmones y ovarios>>⁴

<<La incidencia y mortalidad por cáncer gástrico varía ampliamente en diferentes regiones del mundo. La más alta incidencia de cáncer de estómago puede ser encontrada en Japón, América del sur y Europa del este, con rangos tan altos de 85 casos por 100,000 habitantes. En contraste, áreas de baja incidencia como Estados Unidos, Israel y Kuwait tienen rangos de incidencia de solo 4-8 casos por 100,000 habitantes.

Los gráficos de mortalidad se aproximan a los gráficos de incidencia, sin embargo en el Japón hay declinación en la mortalidad, quizás por los resultados del tamizaje masivo. En los Estados Unidos los rangos de incidencia se incrementan y la supervivencia declina con la edad de la población. Las variaciones raciales sustanciales son encontradas en incidencia y muerte, el más alto rango de muerte es encontrado entre hombres afro americanos con aproximadamente 15 casos por 100,000 habitantes, seguido de hombres blancos con la mitad de incidencia, mujeres afro americanas un poco menos que los hombres blancos y por último las mujeres blancas con aproximadamente la mitad del rango de los hombres blancos.

Una de las observaciones epidemiológicas más llamativas han sido los incrementos de la incidencia de Adenocarcinoma que afectan la parte proximal del estómago y la distal del esófago. Estos tumores parecen tener diferentes factores etiológicos; por ejemplo las lesiones del cuerpo gástrico están acompañadas de hipoclorhidria en un 85-90% de los casos y se ha demostrado que ésta puede

⁴ Disponible en http://www.cancer.net/vgn.ext.templating/junta_editorial_de_cancer.Net,8/09

preceder al cáncer en muchos años, postulado por el alto PH intra gástrico, que promueve el crecimiento de la bacteria y ésta reduce el nitrato a nitrito convirtiendo las aminos de la dieta en nitritos dentro de los componentes nitroso carcinogénico, para las formas endémicas de cáncer primariamente de tipo intestinal Correa ha postulado una progresión de tejido normal a gastritis atrófica crónica, metaplasia intestinal y displasia, sugiere que esta progresión está asociada con una variedad de factores de riesgo como el Helicobacter Pylori y alto contenido de sal asociado con gastritis atrófica crónica y alto contenido de nitratos que conllevan a la metaplasia intestinal.

Las bases etiológicas para la incidencia del cáncer gástrico proximal y de la unión gastro-esofágica conlleva una búsqueda agresiva, el incremento en la prevalencia de la obesidad en los Estados Unidos puede ser un factor que contribuye, el índice de masa corporal elevado y el alto consumo de calorías han sido asociados con el Adenocarcinoma de la unión gastroesofágica; el reflujo gastro-esofágico puede ser otro factor de riesgo aunque asociado con la obesidad, algunos estudios han encontrado que el uso de tabaco se asocia con los tumores que se desarrollan en estos sitios anatómicos de los fumadores de cigarrillos>>⁵

<<Se estima que durante el año 2009 podrían surgir más de 8.700 casos nuevos de cáncer gástrico en Colombia. También se estima que 6.630 personas morirán a causa de este tipo de cáncer durante este mismo año. Ésta es una enfermedad que afecta principalmente a las personas de edad avanzada. Dos de cada tres personas diagnosticadas con cáncer del estómago tiene más de 65 años de edad. El riesgo de una persona de contraer cáncer del estómago en el transcurso de su vida en Colombia es de es de alrededor de 1 en 50. El cáncer del estómago es mucho más común en áreas montañosas en Colombia y es poco frecuente en la Costa Atlántica y Pacífica por otra parte se agrega que esta patología ira en incremento sustancial hasta convertirse en un verdadero evento de afectación a la salud pública>>⁶

<<Según la Secretaria de salud Departamental del Huila, en su Boletín Anual del Año 2007 determina que los mecanismos de recopilación y análisis del cáncer no han permitido obtener, reportes confiables del año 2006 de parte de las unidades de notificación en la región del Huila debido a que este evento no era determinado como un evento de análisis y notificación, que permitan avanzar en aspectos más

⁵ Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN - Facultad de Ciencias Médicas, Estudio de cáncer,. - LEON 2005-2006.

⁶ Seccional Bogotá, Liga de Lucha Contra el Cáncer 2009.

profundos a partir de un diagnóstico situacional de esta oncopatías, lograr un aumento en su correlación de datos>>⁷

Teniendo en cuenta los hallazgos de investigaciones anteriores sobre el tema relacionados con factores medioambientales, el consumo de alcohol y cigarrillo en pacientes atendidos en la Unidad de Cancerología; este estudio nos permite además, inferir en la descripción de factores de riesgo para esta enfermedad, sirve de punto de partida en la generación de hipótesis para realizar sucesivos estudios analíticos y de intervención.

Las instituciones y unidades de gastroenterología cuentan hoy en día con herramientas para establecer registros clínicos completos de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico además muestran en la Historia clínica una información estandarizada que permite elaborar conclusiones aplicables a todo el departamento, desglosando los casos diagnosticados de cáncer; también, <<existe una ficha de informe epidemiológico común para todas las oncopatías y para todas las unidades notificadoras, pero a pesar de contar con este recurso no lo han implementado adecuadamente, no se tiene en cuenta el diagnóstico primario establecido en las Unidades de Gastroenterología y tampoco tópicos estandarizados para consolidar la distribución epidemiológica y mucho menos una correlación de lo anterior con los costos derivados de la atención a fin de obtener un real impacto del Cáncer Gástrico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud>>⁸.

⁷.Secretaría de Salud Departamental del Huila, Boletín Anual 2007a, P6

⁸. Ibíd. 2007b,P 8

3. JUSTIFICACIÓN

Varios estudios a nivel mundial según la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades 2008 concluyen que siempre se debe iniciar el estudio de una enfermedad gastrointestinal con una endoscopia de vías digestivas altas; sin embargo este es un método costoso en nuestro país aunque se debe considerar el ahorro de los costos derivados por el tratamiento y diagnósticos tardíos; otro factor en contra para la detección temprana es que la sintomatología de la enfermedad es muy inespecífica, y que en la práctica, no existe un marcador clínico lo suficientemente poderoso que le indique al médico si el paciente puede tener una enfermedad estructural esófago- gástrica-duodenal, y mucho menos diferenciar cuál de ellas está presente, por lo tanto el diagnóstico de cáncer gástrico en nuestro medio, es generalmente tardío con pronóstico relativamente malo. <<En países donde existen pruebas de tamizaje masivas buscando el diagnóstico temprano, permite realizar manejos curativos, con sobrevida a 5 años después de cirugía mayor a 80%>>⁹

En la mayoría de los casos, la visión endoscópica es insuficiente para realizar un diagnóstico preciso y en cada caso individual el endoscopista debe considerar la posibilidad de un estudio histopatológico con el fin de evidenciar actividad inflamatoria, atrofia, metaplasia o displasia, entidades que requerirán un manejo y seguimiento específico. Dicha información correlacionada con los datos encontrados en la Historia Clínica de pacientes canalizados a una institución especializada como lo es la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario de Neiva, nos permitirá obtener conclusiones confiables que nos sirven como base para una futura implementación en programas de promoción y prevención de esta oncopatía dentro del actual esquema del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento del Huila.

<<Se prevé que el 60% de los casos nuevos ocurrirán en naciones en desarrollo lo que ubica al cáncer como un problema mayor de salud pública, Teniendo en cuenta el comportamiento de los mayores determinantes y los principales factores de riesgo de la enfermedad, es de prever que en nuestro país habrá un aumento en el número de casos y de muertes por esta causa>>¹⁰

Colombia tras un incremento en el desplazamiento poblacional hacia centros urbanos, incrementó en la prevalencia de tabaquismo entre adolescentes y

⁹.PINEROS M, 2002, P9.

¹⁰.Boletín Epidemiológico, 2001 P15).

limitaciones importantes en el acceso a los servicios de salud entre otros. Estas cifras ponen de manifiesto que cambios en los perfiles sociodemográficos y epidemiológicos han convertido el cáncer en un problema de salud pública, correspondiendo al cáncer gástrico el penoso primer lugar en el país y por lo tanto como aspecto importante para contribuir a la sociedad es necesario asumir el reto de enfrentar esta patología impulsando estrategias de prevención en el marco del Sistema de Seguridad Social, responsabilidad que como asociación científica debemos compartir, buscando una coordinación entre los sectores para aplicar estrategias que busquen la implementación de políticas nacionales dirigidas a la prevención de cáncer gástrico en Colombia.

Desde el punto de vista normativo existe una serie de leyes, decretos, resoluciones y acuerdos, que dan soporte a la relación de análisis investigativos; Estas, se contemplan desde la Constitución Nacional, la cual en su artículo 48 establece la seguridad social como servicio público, de carácter obligatorio el cual se viene prestando mediante la Ley 100/93 de seguridad social, que proponiendo un modelo descentralizado, participativo y solidario, busca la cobertura total de la población en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Gran parte de éstas actividades se brindan a través del Plan de Beneficios constituidos por el Plan de Intervenciones Colectivas, el cual a su vez "es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública, y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad". De otra parte el acuerdo 117 de 2000 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, ha definido claramente las acciones de detección temprana, haciendo referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte. También la normatividad ha definido las enfermedades de Interés en Salud Pública: las cuales son aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial.

A pesar de que la prevención específica del Cáncer Gástrico no está contemplada dentro de las políticas de salud pública nacional, el artículo 8 del acuerdo 117 del CNSSS, le permite a los entes territoriales desarrollar otras actividades de Protección Específica, Detección Temprana y priorizar la atención de otras enfermedades de interés en salud pública, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de su población y las metas en salud pública territoriales.

También la ley 715 de 2002 en el Artículo 46, que hace referencia a las competencias en Salud Pública, expone que las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y

prevención dirigidas a la población de su jurisdicción y a promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para su inclusión en los planes y programas nacionales.

Motivados en que, actualmente en Colombia el cáncer gástrico sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer, que ocasiona en promedio 5200 muertes por año, de las cuales 3000 ocurren en hombres y el resto en mujeres, y considerando que la tendencia de la mortalidad en los últimos años se ha mantenido constante este análisis es un paso imprescindible para avanzar en el conocimiento de esta enfermedad a nivel departamental, Además servirá de fundamento para la planeación de programas en pro de la prevención de esta patología.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar mediante la revisión de Historias Clínicas las características epidemiológicas de los pacientes que presentaron Cáncer Gástrico en el Departamento del Huila y que acudieron al servicio de Cancerología del Hospital General Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 2007 al 31 de Diciembre de 2008, con el fin de analizar el comportamiento de esta patología a nivel Departamental.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las Características de persona (Edad, Género, Seguridad Social Ocupación, consumo de cigarrillo o alcohol, EPS a la cual pertenece, tipo de Tumor, edad de Diagnostico y clasificación, Tratamiento, Recurrencia del Tratamiento, fallecimiento del paciente) de los pacientes que presentaron cáncer gástrico en el departamento del Huila y se diagnosticaron en cancerológica en el periodo comprendido del 1 de Enero de 2007 al 31 de Diciembre de 2008.
- Establecer las Características de tiempo (Duración del Tratamiento, tiempo de exposición al cigarrillo a al alcohol) de los pacientes que presentaron Cáncer Gástrico en el departamento del Huila y se diagnosticaron en cancerológica en el periodo comprendido del 1 de Enero de 2007 al 31 de Diciembre de 2008.
- Identificar las Características de Lugar (Procedencia municipal, zona Urbana o Rural) de los pacientes que presentaron Cáncer Gástrico en el Departamento del Huila y se diagnosticaron en cancerológica en el periodo comprendido del 1 de Enero de 2007 al 31 de Diciembre de 2008.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 CÁNCER GÁSTRICO

<<El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis). La metástasis es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis. Estas propiedades diferencian a los tumores malignos de los benignos, que son limitados y no invaden ni producen metástasis. La mayoría de los cánceres forman tumores, pero algunos no (como la leucemia). El cáncer puede afectar a todas las edades, incluso a fetos, pero el riesgo de sufrir los más comunes se incrementa con la edad. Esta patología causa cerca del 13% de todas las muertes en el mundo. De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer, 7.6 millones de personas murieron de cáncer en el mundo durante 2007. El 20% de los cánceres está relacionado con factores alimenticios.>>¹¹

<<Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, el cáncer gástrico (C.G.), en el mundo es la segunda causa más frecuente de muerte, relacionada con cáncer después del cáncer de pulmón. La incidencia del C.G. en el mundo occidental ha estado disminuyendo desde la década de los treinta hasta los últimos diez años, en que parece que se ha estabilizado>>¹².

Cuando se habla de cáncer gástrico, Colombia inmediatamente aparece como uno de los países con más alto riesgo en todo el mundo. Entre los hombres se considera que sigue siendo el cáncer más frecuente y uno de los que más mortalidad produce, a pesar de que existen medidas para detectarlo a tiempo y detener su avance. Además existe una estrecha relación entre los antioxidantes y los radicales libres. Los antioxidantes son un grupo de vitaminas, minerales, colorantes naturales y otros compuestos de vegetales y enzimas (sustancias propias de nuestro organismo que intervienen en múltiples procesos metabólicos), que bloquean el efecto perjudicial de los denominados radicales libres. La mayoría de los antioxidantes se encuentra en alimentos vegetales, lo que explica que incluir frutas, legumbres, verduras y hortalizas o cereales integrales en nuestra

¹¹.TABORDA Mejía, QUINTERO Castellanos Influencia Nutricional en el Desarrollo del Cáncer Gástrico 2009. P13.

¹². PANIAGUA, PIÑOL. 1998 a; P171.

dieta sea tan beneficioso. Los radicales libres son átomos o grupos de átomos que tienen un electrón (e-) desapareado en capacidad de aparearse, por lo que son muy reactivos. Estos radicales recorren nuestro organismo intentando robar un electrón de las moléculas estables, con el fin de alcanzar su estabilidad electroquímica. Una vez que el radical libre ha conseguido robar el electrón que necesita para aparear su electrón libre, la molécula estable que se lo cede se convierte a su vez en un radical libre, por quedar con un electrón desapareado, iniciándose así una verdadera reacción en cadena, que destruye nuestras células.

La vida biológica media del radical libre es de microsegundos; pero tiene la capacidad de reaccionar con todo lo que esté a su alrededor provocando un gran daño a las moléculas y a las membranas celulares. Los radicales libres no son intrínsecamente malos. De hecho, nuestro propio cuerpo los fabrica en cantidades moderadas para luchar contra bacterias y virus. Los radicales libres producidos por el cuerpo para llevar a cabo determinadas funciones son neutralizados fácilmente por nuestro propio sistema. Con este fin, nuestro cuerpo produce unas enzimas (como la catalasa o la dismutasa) que son las encargadas de neutralizarlos. Estas enzimas tienen la capacidad de desarmar los radicales libres sin desestabilizar su propio estado. Se ha sugerido que el consumo de vitamina C tiene un efecto protector frente al cáncer gástrico, probablemente contribuyendo a la neutralización de nitritos.

El consumo de frutas y verduras frescas, ricas en agentes antioxidantes, podría contribuir a la prevención de dicho daño, al reducir la concentración de N-nitrosaminas y radicales libres. Muchos estudios indican que una dieta alta en grasas saturadas aumenta el riesgo de padecer esta patología, mientras que una alimentación baja en grasas, rica en frutas, vegetales frescos y fibra ayuda a combatirla. Parece haber una relación entre esta patología y vegetales con almidón escabechados, pescado salado y carne salada.

Uno de los rasgos comunes en pacientes con cáncer gástrico, es el importante consumo de sal. La infección por la bacteria *Helicobacter pylori* es también uno de los factores más claros y conocidos; aunque menos del 2% de las personas infectadas termina desarrollando la enfermedad. El *Helicobacter Pylori*, es la única bacteria que tiene una fuerte asociación con la incidencia del cáncer de estómago, posiblemente por producir úlceras en el estómago.

El cigarrillo, el consumo de alcohol y la obesidad también se han establecido como factores de riesgo y todos los expertos coinciden en señalarlos como responsables de los altos índices de este tipo de cáncer. Aunque hasta ahora no hay conclusiones determinantes, cada vez son más los médicos, gastroenterólogos y nutricionistas que recomiendan a sus pacientes tener cuidado con ciertos tipos de alimentos y especialmente con el consumo de sal. Hay zonas de alta incidencia en

nuestro país, como el altiplano Cundi-boyacense, Tolima, Huila, Santander, Cauca y Nariño. Donde pueden encontrarse hasta 160 casos por cada 100.000 habitantes, el doble de la incidencia de Japón de 80 casos por cada 100.000 habitantes. Las terapias nutricionales para combatir el cáncer, son las que más recepción han tenido desde que numerosas investigaciones han demostrado la relación existente entre la dieta y la salud. El cáncer de estómago se asocia con dietas que incluyen grandes cantidades de alimentos ahumados y expuestos a aflatoxinas. En el caso de los ahumados se ha visto la presencia de hidrocarburos policíclicos.

También se sugiere la participación de factores ambientales, como es el caso de una mayor incidencia en zonas rurales y en grupos con bajos niveles de vida. La presencia de suelos de origen volcánico, con características determinadas en los países el trabajo agrícola, entre otros. Con relación al tipo de trabajo se ha encontrado una frecuencia 3 veces mayor de cáncer gástrico en un grupo de mineros de carbón en la población Inglesa.

Los estudios de incidencia en poblaciones migratorias y los marcados cambios en la incidencia del cáncer gástrico en los países desarrollados han centrado el estudio en el análisis de los factores ambientales que podrían estar implicados en la etiología de esta neoplasia por encima de los factores genéticos.

<< Se ha sugerido una relación entre la dieta y el cáncer gástrico.; en general la sal, los alimentos en salazón, ahumados o con grasas fritas más de una vez y el contenido en nitratos de los alimentos o del agua se asocian a una mayor riesgo de cáncer gástrico. Por el contrario, las frutas y verduras frescas, vitamina C, A y E y el selenio se han relacionado con un menor riesgo. La disminución de la incidencia del cáncer gástrico en EEUU coincidió con la introducción del refrigerador y el crecimiento de la industria de congelados >>¹³

Existe una cierta agregación familiar en el adenocarcinoma gástrico, sobre todo el tipo difuso. La incidencia del cáncer gástrico. es mayor en grupos socioeconómicos bajos. Se ha sugerido que podría estar en relación con factores dietéticos, aunque es posible que la mayor frecuencia de infección por *Helicobacter Pylori* y su adquisición en edades más tempranas, puedan explicarlo en gran parte. Si bien la relación entre *Helicobacter pylori* (HP) y determinadas patologías gástricas benignas, como la gastritis crónica (GC) y la úlcera péptica, está sobradamente establecida, también es cierto que más recientemente se ha relacionado la infección por HP con el desarrollo de ADC gástrico y linfoma gástrico de tipo MALT (tejido linfoide asociado a mucosas), habiendo sido

¹³. PANIAGUA, PIÑOL. 1998 b; P174.

clasificado ya esta relación por la O.M.S. como de tipo I, es decir, como un factor carcinogénico probado.

<< Esta bacteria ha sido asociada con diferentes enfermedades gastrointestinales, dentro de las cuales se incluye el cáncer gástrico. *H. pylori* fue clasificado en 1994 por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), como carcinógeno de clase I Muchos estudios demuestran que los individuos que están infectados con esta bacteria y son positivos para la cepa Cag A tienen mayor riesgo de adquirir este tipo de cáncer (OR=28,4; IC95%).

Durante la infección con *H. pylori* se produce una estimulación de citocinas como IL-1, IL-6, IL-8 y FNT a que se encargan de aumentar la inflamación y producir daño en la mucosa gástrica. Algunos estudios han descrito variantes alélicas para los genes que codifican las citocinas antes mencionadas; una de las más estudiadas es la transición de G por A encontrada en la posición -308 del promotor del FNT a. Este polimorfismo en algunos casos genera una expresión aumentada del gen, lo cual hace que exista mayor daño en el tejido gástrico. Sin embargo, en el presente estudio no se encontró ninguna asociación entre este polimorfismo y el riesgo de cáncer gástrico.

Otros factores de riesgo externos, como el ser fumador y el consumo de alcohol, han mostrado asociaciones muy altas con el riesgo de cáncer gástrico. La asociación no fue afectada por los polimorfismos de delección, como en el caso del consumo de cigarrillo, posiblemente por no participar las enzimas GST directamente en el metabolismo del alcohol >>¹⁴.

La gran mayoría de estos tumores son adenocarcinoma (ADC) y se localizan preferentemente en antro y porción distal de cuerpo gástrico, pudiéndose distinguir dos tipos histológicos: intestinal y difuso. Hay que destacar no obstante, por lo que se refiere a la localización, un aumento de la incidencia de ADC del estómago proximal a nivel de la unión gastro -esofágica. Parece ser que este tumor proximal es biológicamente diferente

En la mayoría de los estudios como el de Didier Eduardo Camacho, M.D.1, Yolanda Rengifo, M.D.1, Hugo Hurtado, MSP, MBE2, Tito Collazos, M.Sc.3 Incidencia de carcinoma gástrico en Cali 1995 el cáncer gástrico predomina claramente en los varones, con una relación varón: mujer que oscila entre 1,5 y 2,1. Esta diferencia es menor en las áreas de bajo riesgo y en los tumores que aparecen en edades tempranas.

¹⁴. PANIAGUA, PIÑOL. 1998 c; P 171.

La edad de presentación más frecuente es la séptima década de la vida. Sólo menos del 10% aparece en menores de 50 años.

5.2 CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas del cáncer gástrico son vagas e inespecíficas, en fase precoz a menudo es asintomático. << Los pacientes pueden referir dolor o molestia en epigastrio mal localizada, meteorismo, náuseas, plenitud postprandial; muchas veces indistinguibles de los que presentan la úlcera péptica o más comúnmente la dispepsia funcional.

En los casos de cáncer gástrico avanzado el dolor abdominal y la pérdida de peso suelen ser las primeras manifestaciones, asociado a náuseas, anorexia, astenia y saciedad precoz. Según la localización del cáncer gástrico pueden predominar los síntomas obstructivos, disfagia en los tumores cardiales y vómitos con frecuencia retencionistas en los tumores antrales distales. Puede producirse una hemorragia digestiva exteriorizada en forma de hematemesis y/o melenas, o más frecuentemente pérdidas ocultas de sangre con la consiguiente anemia, habitualmente microcítica >>¹⁵.

El examen físico es normal en la mayoría de los casos o puede palparse una masa en epigastrio (30%), hepatomegalia secundaria a las metástasis hepáticas, caquexia o ascitis. También indican enfermedad avanzada las adenopatías supraclaviculares izquierdas (ganglio centinela de Virchow-Troisier), adenopatía axilar anterior izquierda (ganglio de Irish), masa en el fondo de saco de Douglas por carcinomatosis peritoneal (tabique rectal de Blumer) o la infiltración del ombligo (nódulo de la hermana María José), por carcinomatosis peritoneal. Estos signos deben investigarse cuidadosamente si se sospecha el cáncer gástrico, dado que su presencia indica que el cáncer es inoperable con fines curativos.

En el examen de la pelvis podemos encontrar un aumento del tamaño ovárico, por lo general bilateral (Tumor de Krukenberg), por metástasis ováricas.

Las manifestaciones cutáneas asociadas (raras), paraneoplásicas, consisten en la presencia de nódulos metastásicos, acantosis nigricans (hiperpigmentación más marcada en axilas) o el signo de Leser-Trélat o queratosis verrugosas y prurito.

¹⁵. MURRA, 2001, P1.

5.3 ETIOLOGIA

Distribución geográfica

Los países de mayor incidencia de cáncer gástrico actualmente son Japón, China, Europa del Este y algunas regiones de América y Sudamérica, como México, Chile, Colombia y Venezuela, entre otros.

Es evidente que estas diferencias geográficas no sólo se atribuyen a razones relacionadas con la calidad del diagnóstico y la terapéutica aplicada en cada país, sino que están influenciadas por una serie de factores de riesgo que difieren en las diversas poblaciones del planeta.

Un aspecto interesante se refiere a los estudios de migración. Se observa que en los emigrantes procedentes de países de alta incidencia, la enfermedad se comporta como en las personas de los países receptores. Ejemplo de ello lo constituyen los japoneses que migran a las Islas Hawaii, donde se aprecia una significativa disminución de su incidencia en los emigrados, contrario a lo que ocurre cuando la migración es a la inversa.

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) continúa señalando que el cáncer gástrico ocupa, por su frecuencia a nivel mundial, la segunda causa más frecuente de neoplasias, con más de 470 000 casos nuevos al año, lo que representa el 10 % del total de tumores malignos registrados.

Género-edad

La neoplasia gástrica es más frecuente en el hombre (2 x 1); se presenta a partir de los 50 años y se incrementa con la edad.

Factores de riesgo

Se han descrito diversos factores de riesgo del cáncer gástrico, los cuales desempeñan un papel primordial en su génesis, algunos de ellos permanecen en discusión, y otros, por el contrario, se han ido confirmando de forma cada vez más clara.

Genéticos

Familias de pacientes con cáncer gástrico: incidencia 2-3 veces mayor.
Grupo sanguíneo A.

Ambientales

Alimentación (variable en cada país): pescados secos y salados, alimentos muy condimentados, carnes rojas, entre otros. Ingestión de alcohol, de bebidas calientes, de nitrato de sodio. Tabaco masticado. Radiaciones.

Bajo nivel socioeconómico

Resulta difícil separar este factor de otros potencialmente involucrados, como el hacinamiento, la mala conservación de los alimentos, etc., que pueden influir en la transmisión del HP, así como en la ingesta de sustancias carcinogénicas.

Escaso consumo de frutas y verduras en la dieta

Son alimentos ricos en vitaminas A, E y C, que actúan como antioxidantes, de tal forma que su ausencia favorece la formación y exposición a sustancias carcinogénicas.

Tabaco y Alcohol

Se ha demostrado un mayor riesgo de displasia y cáncer gástrico en fumadores, si bien no se ha establecido una relación con la cantidad de cigarrillos/día que se consumen. Por el contrario, no se han obtenido conclusiones válidas con respecto a una posible relación con el consumo de bebidas alcohólicas.

5.4 DIAGNÓSTICO

5.4.1 Analítica. En el cáncer gástrico precoz la analítica de rutina, por lo general, es normal. En el C.G, avanzado puede haber anemia macrocítica ferropénica y alteración de las pruebas hepáticas si existen metástasis hepáticas. También podemos encontrar alteraciones no específicas de la velocidad de sedimentación y otros parámetros analíticos, todos ellos inespecíficos.

5.4.2 Radiología. Los estudios radiológicos convencionales tienen una sensibilidad que no supera el 80%, y los casos no diagnosticados son los de mejor pronóstico por su menor extensión. El adenocarcinoma gástrico puede presentar distintas imágenes radiológicas dependiendo de su morfología y de la extensión de la infiltración de la pared. No siempre es posible diferenciar radiológicamente entre una úlcera benigna y una maligna; entre un 2% y un 10% de las úlceras con criterios radiológicos de benignidad son, en realidad, cánceres gástricos.

La Ecografía abdominal para el diagnóstico de las metástasis hepáticas. Tiene un menor rendimiento en la detección de lesiones a distancia.

TC abdominal, permite valorar la extensión de las lesiones, demostrando en ocasiones las metástasis a distancia, pero suele infravalorar la diseminación del tumor. La sensibilidad de la TC para las metástasis linfáticas regionales ha oscilado entre el 43 y 97%, con una sensibilidad media en torno al 65%.

5.4.3 Endoscopia La endoscopia es claramente superior en sensibilidad y especificidad a la radiología, y además permite la toma de biopsias, indispensables para confirmar el diagnóstico, especialmente para diferenciar otras patologías como la úlcera péptica y el linfoma de tratamiento muy diferente y además conlleva una baja morbilidad, por lo que debe considerarse el método de diagnóstico de elección ante la sospecha de un C.G. No se ha encontrado evidencia de estudios controlados que apoye algún corte de edad para investigar de rutina con endoscopia a todo paciente que presenta síntomas de ERGE no complicada por primera vez. Dos Santos Silva, Isabel. Epidemiología del Cáncer: Principios y Métodos. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. Lyon – Francia 1999. Cap. 16 – 18.

Macroscópicamente, el C.G. puede tener un patrón de crecimiento exofítico (vegetante) o infiltrante, ambas formas tienden a ulcerarse. La ecografía endoscópica, sólo disponible en algunos centros, permite evaluar con bastante precisión la profundidad de la lesión en la pared y la afectación de los ganglios linfáticos más próximos a la pared gástrica. Es el método más sensible en el estudio de la extensión tumoral.

El carcinoma gástrico precoz (CGP) fue definido en 1962 por la Sociedad Japonesa de Endoscopia Gastrointestinal, como aquel C.G. que no infiltra más allá de la submucosa, independientemente de su extensión horizontal y de la existencia de metástasis ganglionares. Este término, como el de "early" fue criticado desde el principio ya que reunía una serie de situaciones distintas, con diferente profundidad de infiltración y con existencia o no de metástasis ganglionares.

Se suelen distinguir los subtipos: I polipoide, II superficial (IIa superficial elevado, IIb superficial plano y IIc superficial deprimido), y III excavado, reconociéndose a menudo lesiones mixtas que comparten características de dos o más tipos. El más frecuente es el tipo IIc + III.

En Colombia, adoptar guías de países desarrollados en cuanto a indicación de procedimientos diagnósticos, basadas estas en estadísticas de otras latitudes, donde la parte costo efectividad es primordial resulta peligroso, como es el caso

de las guías norte americanas, donde la edad sugerida para realizar endoscopia en pacientes con dispepsia es en mayores de 50 años.

Compartimos con los autores la opinión de que aunque no podemos definir realmente cual sería la edad indicada para iniciar tamizaje, tanto en cáncer como en patología benigna, si debe ser mucho más temprana, tal como se propuso en el consenso brasilero que debería ser por lo menos a partir de los 30 años.

Estos estudios reafirman que siempre se debe iniciar el estudio de la patología gastrointestinal alta con endoscopia digestiva, siendo este un método económico en nuestro país y ahorra tratamientos costosos o diagnósticos tardíos.

Finalmente pensamos que aunque la gastritis en general puede considerarse como una enfermedad que no es estructural, muchas veces la visión endoscópica es insuficiente para realizar un diagnóstico preciso y en cada caso individual el endoscopista debe considerar la posibilidad de estudio histopatológico con el fin de evidenciar actividad inflamatoria, atrofia, metaplasia o displasia, entidades que requerirán un manejo y seguimiento específico.

Estas conclusiones las podemos generalizar a todos los pacientes, como una política de atención primaria? En la población general, desconocemos que proporción de pacientes con dispepsia consultan al médico general y cuales terminan realizándose una endoscopia digestiva, estos estudios nos reafirman que en nuestro medio, cuando un paciente consulta a un servicio de gastroenterología, siempre se debe iniciar el estudio de la patología gastrointestinal alta con endoscopia digestiva, que es un método económico y ahorra tratamientos costosos o diagnósticos tardíos¹⁶.

5.5 TRATAMIENTO

ESTADÍO 0. El cáncer gástrico en estadio 0 está limitado a la mucosa. La experiencia observada en Japón, donde el cáncer gástrico en etapa 0 se diagnostica con frecuencia, indica que más del 90% de los pacientes tratados por gastrectomía con linfadenectomía sobrevivirá más de 5 años.

¹⁶. GONZÁLEZ O. Diagnóstico endoscópico. Primer Consenso Colombiano de Cáncer Gástrico. Revista Colombiana de gastroenterología. Supl 1(18),3. 2003.

ESTADÍO I. La resección quirúrgica, incluyendo linfadenectomía, es el tratamiento de elección para el cáncer gástrico en estadio I. Si la lesión no está en la unión cardioesofágica y no compromete al estómago difusamente, el procedimiento que se prefiere es la gastrectomía subtotal radical ya que su uso se asocia con una mejor supervivencia comparado a otros procedimientos. Cuando la lesión afecta el cardias, puede efectuarse una gastrectomía subtotal proximal o una gastrectomía total (incluyendo una parte suficiente del esófago) con intención curativa. Si la lesión implica en forma difusa al estómago, se requiere efectuar una gastrectomía total. Como mínimo, la resección quirúrgica debe incluir el epiplón mayor y el menor y los ganglios linfáticos. Hay que notar que en pacientes con C.G. estadio I, los ganglios linfáticos perigástricos pueden contener cáncer.

Opciones de tratamiento:

Gastrectomía subtotal radical* distante (si la lesión no está en el fondo o en la unión cardioesofágica) gastrectomía subtotal próxima o gastrectomía total, ambas con esofagectomía distante (si la lesión afecta el cardias). A menudo, estos tumores afectan los linfáticos de la submucosa del esófago. Gastrectomía total (si el tumor afecta al estómago difusamente o el cuerpo del estómago y se extiende hasta 6 cm del cardias o del antro).

*La cirugía radical no incluye esplenectomía salvo en casos de cáncer en la curvatura mayor.

ESTADÍO II. La resección quirúrgica con linfadenectomía extensa es el tratamiento de elección para el cáncer gástrico estadio II. Si la lesión no está en la unión cardioesofágica y no afecta en forma difusa al estómago, el procedimiento preferido es la gastrectomía subtotal radical ya que su uso se asocia con una mejor supervivencia comparado a otros procedimientos. Cuando la lesión afecta el cardias, puede efectuarse una gastrectomía subtotal próxima o gastrectomía total con intención curativa. Si la lesión afecta difusamente el estómago, puede requerirse una gastrectomía total y resección de los ganglios linfáticos apropiado.

Gastrectomía subtotal radical* distante (si la lesión no está en el fondo o en la unión cardioesofágica). Gastrectomía subtotal próxima o gastrectomía total (si la lesión afecta el cardias). Gastrectomía total (si el tumor afecta difusamente el estómago o en el cuerpo del estómago y se extiende hasta 6 cm del cardias).

*La cirugía radical no incluye esplenectomía salvo en casos de cáncer en la curvatura mayor y cáncer en la pared gástrica posterior.

No se ha demostrado mayor supervivencia con quimioterapia postoperatoria después de resección curativa.

ESTADÍO III. Todos los pacientes que pueden ser resecados deben ser sometidos a cirugía. Hasta un 15% de pacientes seleccionados en estadio III pueden ser curados sólo con cirugía si los ganglios linfáticos afectados se limitan a la vecindad inmediata del tumor (N1). La supervivencia general es pobre.

Opciones de tratamiento:

Cirugía radical: Los procedimientos curativos con resección se limitan a pacientes que en el momento de la exploración quirúrgica no presentan una afección ganglionar extensa.

La quimioterapia y/o radioterapia adyuvante son apropiadas en el caso en que el tumor invada microscópica o macroscópicamente la serosa o más de tres ganglios linfáticos. No se ha demostrado beneficio de supervivencia con quimioterapia postoperatoria después de resección curativa para C.G.

ESTADÍO IV. Aunque no se logra curación ni prolongación de vida con la quimioterapia, en algunos pacientes son posibles la paliación significativa y las remisiones ocasionales.

Debido a que la supervivencia es pobre con todas las estrategias de tratamiento disponibles, ninguna estrategia en sí puede considerarse la más avanzada. La resección paliativa, cuando ha sido posible efectuarla, ha estado asociada a una supervivencia más larga y elimina el riesgo de sangrado u obstrucción.

Opciones de tratamiento:

Quimioterapia paliativa con:

- Fluorouracilo
- Fluorouracilo + doxorubicina + mitomicina-C
- Fluorouracilo + doxorubicina + cisplatino
- Fluorouracilo + doxorubicina + metotrexato de alta dosis

Se ha publicado que la combinación etopósido + fluorouracilo + leucovorin logra respuestas en muchos pacientes con enfermedad avanzada, aunque con toxicidad significativa.

Cáncer gástrico Recurrente. La supervivencia es pobre con todas las estrategias de tratamiento disponibles. Se podría estar desarrollando un papel para los antifolatos, el cisplatino y sus análogos, y para la modulación farmacológica.

Opciones de tratamiento:

Quimioterapia paliativa con:

- Fluorouracilo
- Fluorouracilo + doxorubicina + mitomicina-C
- Fluorouracilo + doxorubicina + cisplatino
- Fluorouracilo + doxorubicina + metotrexato de alta dosis

El etopósido + doxorubicina + cisplatino puede producir resultados similares pero se han estudiado menos ampliamente o su uso no es tan común:

Se ha informado que las siguientes combinaciones: etopósido + fluorouracilo + leucovorin y fluorouracilo + leucovorin + doxorubicina + cisplatino logran respuestas en más de la mitad de los pacientes tratados con enfermedad avanzada, con algunas respuestas completas patológicamente confirmadas, aunque con toxicidad significativa>>¹⁷.

¹⁷. Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/PatolQuir/PatolQuir>.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio Descriptivo, de casos. La selección de casos se realizó de la base Individual e incluyó una recolección de información de manera sistemática acorde a principios éticos y de objetivos del estudio que permitieron incluir los pacientes diagnosticados en la Unidad de Cancerológica de referencia para la región en los años 2007 y 2008.

Como limitantes los estudios descriptivos no proporcionan evidencia fuerte acerca de relación causal entre factor de exposición y evento, porque sólo obtienen datos acerca de la prevalencia de cáncer gástrico (todos los casos existentes en ese periodo de tiempo) y no de su incidencia (nuevos casos detectados en ese período de tiempo).

6.2 LUGAR

La Unidad de Gastroenterología se ubica en la Comuna (8) Centro de la ciudad de Neiva y la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Esta institución recepciona los pacientes con cáncer gástrico de los departamentos de Huila y Caquetá lo que la convierte en un sitio ideal para realizar análisis poblacional de esta patología relacionada con esas localidades.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

6.3.1 Población. Usuario con Historia Clínica de Cáncer Gástrico atendido en la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva durante los años 2007-2008 y que corresponda con los siguientes criterios de inclusión.

- Individuo de cualquier edad y género
- Procedencia cualquier municipio del Departamento del Huila.
- Pacientes con diagnóstico definitivo de Cáncer Gástrico (con estudio Histopatológico confirmatorio).

- Que tenga reporte de Endoscopia de Vías Digestivas Altas (E.V.D.A.), realizada en cuatro Unidades de Gastroenterología de la ciudad de Neiva referencias para el presente estudio.
- Que se encuentre asistiendo a la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

6.3.2 Muestra. El 100% de los pacientes que se diagnosticaron con Cáncer Gástrico en la unidad de cancerología del Hospital General de Neiva en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 2007 y el 31 de Diciembre de 2008.

6.4 VARIABLES

Las variables tomadas en cuenta para el presente estudio de acuerdo a los objetivos planteados fueron edad, género, procedencia, tiempo de enfermedad, tipo de transmisión, tipo de lesión, localización, exámenes auxiliares y tratamiento recibido (Ver Anexo C).

6.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Se seleccionaron de manera consecutiva todas las historias clínicas de los pacientes que presentaron como diagnostico definitivo cáncer gástrico en el periodo comprendido entre el año 2007 y 2008, luego de esto se aplicó un instructivo previamente diseñado a las necesidades del estudio y se tabulo el mismo utilizando como programa epi info.

6.6 INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION

Para la realización del instructivo para la recopilación de la información se tomo como base los objetivos del proyecto los cuales eran claros y precisos en la información que se pretendía compilar para su respectivo análisis. (Ver Anexo B).

6.7 PLAN DE CODIFICACIÓN Y TABULACION DE DATOS

Para el análisis de la información se presentaran cuadros y gráficos los cuales ilustraran al lector sobre la caracterización del cáncer en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en los años 2007 y 2008.

6.8 FUENTES DE INFORMACION

Historias clínicas de los pacientes que fueron diagnosticados con Cáncer Gástrico en el periodo comprendido del 1 de Enero de 2007 al 31 de Diciembre de 2008.

6.9 PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Éste se inicia con la obtención de las estadísticas descriptivas de las variables de interés, lo que permite conocer las características generales de la población bajo estudio. Conocer la frecuencia y distribución de edades, escolaridad, ocupación, género, uso de servicios de salud, signos y síntomas al momento de la consulta médica, etcétera. En el caso de variables dicotómicas como presencia o ausencia de signos clasificatorios de Ca Gástrico, los datos se expresan como proporción y en el caso de variables continuas, como el peso y la talla, los datos se presentan como medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (rangos, desviación estándar, varianza, percentiles), (todo lo anterior dentro de la estadística descriptiva pertenecen al análisis unidimensional o univariado).

6.10 ASPECTOS ETICOS

Para dar un aspecto ético y de confiabilidad en este estudio no se incluyen nombres ni datos de identificación que permitan dar a conocer la identidad de esta población además el personal encargado de la recopilación de la información es altamente calificado y cuenta con un alto grado de profesionalismo en su labor.

Por otra parte la investigación se norma bajo los principios de la Resolución 8430 de 1993 en su artículo 11, **Investigación sin riesgo**: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las

variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

7. RESULTADOS

Luego de realizar la recopilación de la información y la sistematización de la misma se procede a mostrar los resultados obtenidos los cuales se presentan de la siguiente manera:

7.1 CARACTERISTICAS DE PERSONA.

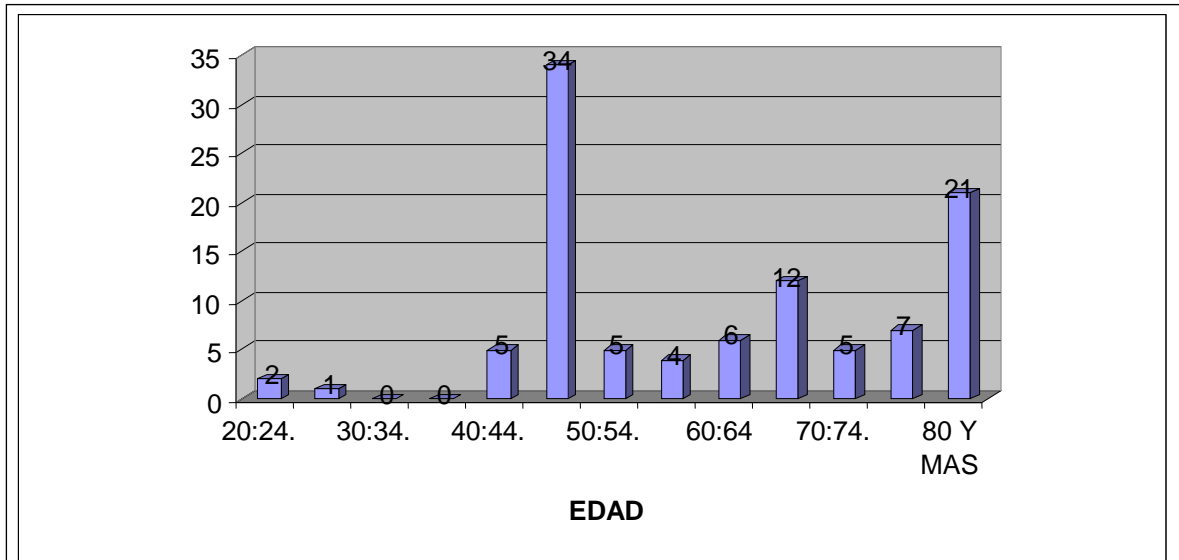
Tabla 1. Género de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	31	30,40%
Masculino	71	69,60%
Total	102	100,0 %

En esta tabla se puede observar que el 69.6% de los usuarios que presentaron cáncer y que acudieron a la unidad de cancerológica del Hospital General de Neiva en los años 2007 y 2008 pertenecían al género masculino.

El equipo del Dr. Sung-Soo park, del Colegio de Medicina de la Universidad Nacional de Corea, en Seúl, planteó que la diferencia en la evolución de la enfermedad está asociada con las hormonas sexuales y sugiere hacer más estudios para confirmarlo ya que es aseverante el hecho de dar conclusiones definitivas.

Gráfica 1. Grupo de edad de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 Y 2008.



de 45 a 49 años seguido por el de 80 años y más.

Según la revista médica “El Mundo es Salud” sugiere que la edad influye en la respuesta al tratamiento en el cáncer de estómago. Estos tumores tienen un perfil genético distinto en los pacientes jóvenes que en los ancianos y por tanto debería tratarse de forma diferente.

Tabla 2. Ocupación de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 Y 2008

Ocupación:	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor	30	29,40%
Ama de Casa	30	29,40%
Comerciante	7	6,90%
Conductor	1	1,00%
Desempleado	16	15,70%
Empleado	10	9,80%
Mecanico	1	1,00%
Pensionado	6	5,90%
Periodista	1	1,00%
Total	102	100,00%

En esta tabla se puede observar que en igual proporción las amas de casa y los agricultores padecen de esta enfermedad; Por lo anterior es de resaltar que las personas quizás más expuestas a insumos agrícolas son las más propensas a padecer esta enfermedad, aunque esta relación se pone en tela de juicio al presentar las amas de casa igual incidencia.

Es de resaltar que según lo anterior, estudios realizados por Álvarez y Estremadoro sobre Cáncer Gástrico en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 1995, el grupo de amas de casa y el de trabajadores agrícolas presenta una similitud proporcional en afectación lo cual genera incógnitas frente a la patología versus ocupación

Tabla 3. Ocupación Municipio y Zona donde se ubican los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.

OCUPACION ZONA Y MUNICIPIO	NEIVA	PITALITO	LA PLATA	GIGANTE	PALERMO	YAGUARA	RIVERA	HOBO	BARAYA	TIMANA	FORTALECILLAS	COLOMBIA	LA ARGENTINA	SUAZA	SAN AGUSTIN	SANTAMARIA	PALESTINA	AIPE	TERUEL	TOTAL
URBANA	17	3	3	1	3	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	
RURAL	21	6	3	5	1	0	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
Agricultor	11	3	3	5	0	0	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	30
Ama de Casa	8	4	5	0	4	3	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2	30
Comerciante	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Conductor	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Desempleado	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	1	16
Empleado	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	10
Mecánico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Pensionado	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Periodista	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	38	9	10	5	4	3	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	4	4	100%

En esta tabla se observa un comparativo entre Ocupación, Municipio y Zona de procedencia, evidenciando que la población por ocupación con mayor número de casos son los agricultores y las amas de casa, en su mayoría son procedentes de la ciudad de Neiva seguidos por Pitalito y la Plata respectivamente.

Es de resaltar que el número de casos se vea incrementado quizás por la densidad poblacional de cada una de las zonas respectivamente.

Tabla 4. Consumo de cigarrillo o alcohol de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.

Hábitos de Riesgo.	SI	%	NO	%	TOTAL
Consumo de Cigarrillo	77	75	25	25	102
Consumo de Alcohol	59	58	43	42	102
Total	136		68		

En esta tabla podemos observar que según registros médicos encontrados la población que padecía cáncer gástrico en un 75% tenía hábitos de fumar y en un 58% consumían alcohol periódicamente.

<<Investigadores holandeses realizaron un seguimiento a más de 120 mil personas durante más de dos décadas, para poder evaluar así los factores de riesgo del adenocarcinoma esofágico y el gástrico (un tipo de cáncer de estómago), además de los del carcinoma esofágico de células escamosas, que se asemeja al cáncer de cabeza y cuello; el equipo de Steevens halló que las personas que consumían cuatro vasos de alcohol por día, son cinco veces más propensos a padecer cáncer de garganta, que los abstemios. Según esta misma investigación, el consumo del cigarrillo también está relacionado con el aumento del riesgo de padecer cáncer de esófago o garganta y de estómago>>¹⁸.

¹⁸. Universidad Maastricht en Holanda, 2008. STEEVENS Jessie.

Tabla 5. Régimen de seguridad social de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.

Régimen de Seguridad Social:	Frecuencia	Porcentaje
Contributivo	36	35,30%
Desplazado	1	1,00%
Subsidiado	61	59,80%
Vinculado	4	3,90%
Total	102	100,00%

Los usuarios que presentaron cáncer gástrico en los años 2007 y 2008 poseían en su mayoría como seguridad social Régimen Subsidiado con un 59.8%.

En todo el territorio nacional los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico presentan la misma historia natural es decir, largos periodos de evolución de los síntomas, múltiples consultas a los servicios de salud, tratamientos empíricos sin respuestas, la falta de solicitud de estudios diagnósticos, la negativa de las autorizaciones por empresas prestadoras de salud que aducen políticas de ahorro de costos, o en otras ocasiones, más grave aún, cuando son autorizados, no se realizan con la debida calidad que se requiere.

Tabla 6. EPS de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.

EPS:	Frecuencia	Porcentaje
Asmetsalud	11	11,00%
Cafesalud	9	9,00%
Caprecom	6	6,00%
Comfamiliar	20	20,00%
Comparta	1	1,00%
Coomeva	1	1,00%
Dasalud	3	3,00%
Ecoopsos	3	3,00%
Emcosalud Fer	3	3,00%
Humanavivir	7	7,00%
Nueva Eps	10	10,00%
Saludcoop	9	9,00%
Sanitas	4	4,00%
Selvasalud	1	1,00%
Solsalud	9	9,00%
Ssdpat Caqueta	3	3,00%
Total	102	100,00%

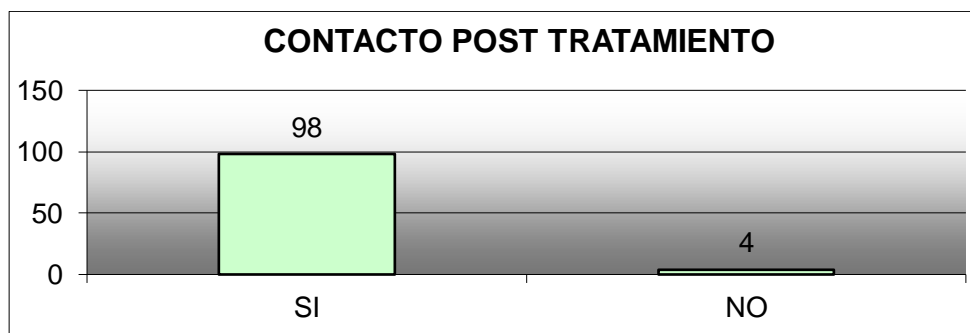
Las EPS a la cual se encontraban adscritos más pacientes de cáncer gástrico en los años 2007 y 2008 era Comfamiliar con un 20%.

Tabla 7. Tratamiento de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Cirugia	6	5,90%
Cirugia y Quimioterapia	2	2,00%
Paleativo	19	18,60%
Quimioterapia	13	12,70%
Radioterapia	9	8,80%
Radioterapia y Quimioterapia	28	27,50%
Radioterapia, Cirugía y Quimioterapia	25	24,50%
Total	102	100,00%

En cuanto a tipo de tratamiento utilizado podemos resaltar que la Radioterapia más quimioterapia son los tratamientos de primera elección. **27,50%**

Gráfica 2. Contacto post tratamiento de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.



Se puede analizar que existe un gran compromiso por parte de la institución receptora de estos pacientes, ya que poseen un contacto continuo y constante para determinar el estado de los mismos.

Tabla 8. Recurrencia de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.

Recurrencia	Frecuencia	Porcentaje
NO	60	58,80%
SI	42	41,20%
Total	102	100,00%

Los pacientes que no presentaron recurrencia al tratamiento fue de un 58.8% esto demuestra la eficacia del tratamiento.

Tabla 9. Fallecimiento de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.

Falleció	Frecuencia	Porcentaje
NO	58	56,40%
SI	44	43,60%
Total	102	100,00%

Es de resaltar la alta letalidad de esta patología y de su gran impacto social y familiar ya que de los pacientes del estudio un 43.6% murieron a causa de esta enfermedad.

Tabla 10. Edad versus fallecimiento de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.

EDAD	FALLECIO		TOTAL
	SI	NO	
20 a 24	0	2	2
25 a 29	1	0	1
30 a 34	0	0	0
35 a 39	0	0	0
40 a 44	2	3	5
45 a 49	15	19	34
50 a 54	3	2	5
55 a 59	1	3	4
60 a 64	3	3	6
65 a 69	5	7	12
70 a 74	1	4	5
75 a 79	2	5	7
80 y mas	11	10	21
TOTAL	44	58	102

En esta tabla se puede observar que de 102 usuarios con cáncer gástrico 44 fallecieron y 58 no presentaron este desenlace a la fecha, hecho que demuestra que la letalidad de esta patología es a razón de (1/1) , por otra parte el grupo de edad con mayor grado de afectación son los de 45 a 49 años con 15 casos seguido de los de 80 años y más con 11 casos; Es de resaltar el hecho que la incidencia de esta patología es elevado en estos grupos de edad, lo cual genera aumento de los índices de mortalidad.

Tabla 11. Diagnostico topográfico de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.

Diagnostico Topográfico:	Frecuencia	Porcentaje
CA EPIPLON	1	1,00%
CA CARDIAS	1	1,00%
CA DE ESTOMAGO Y GASTRO INTESTINAL	1	1,00%
CA ESOFAGOGASTRICO	1	1,00%
CA ESTOMAGO	1	1,00%
CA GASTRICO	71	69.5%
CA GASTRICO ANTRAL	1	1,00%
CA GASTRICO AVANZADO TIPO BARMANN III DE TERCIO DISTAL	1	1,00%
CA GASTRICO BARMANN IV	2	2,00%
CA GASTRICO BARMANN TIPO II	1	1,00%
CA GASTRICO REGION PREPILORICA	1	1,00%
CA GASTRICO SUBCARDIAL	1	1,00%
CA GASTRICO TIPO BARMANN II TERCIO DISTAL	1	1,00%
CA GASTRICO TIPO BARMANN III	2	2,00%
CA GASTRO INTESTINAL	1	1,00%
CA LEUCORREGIONAL	1	1,00%
CA MUCOSA GASTRICA	4	3,90%
CA REGION CORDIAL	1	1,00%
CA SUBCARDIAL GASTRICO	1	1,00%
CA TRANSCAVIDAD DE EPIPLONES	1	1,00%
CANCER GASTRICO	1	1,00%
GASTRICO CORPORAL CON EXTENSION CARDIAL	1	1,00%
LINFOMA GASTRICO NO HODQUIN	1	1,00%
MUCOSA GASTRICA	1	1,00%
TIPO BARMANN III TERCIO DISTAL	1	1,00%
TUMOR MALIGNO DE FONDOS GASTRICO	1	1,00%
TUMORACION PILORICA ADHERIDA A CABEZA DE PANCREAS	1	1,00%
TOTAL	102	100,00%

Para realizar un análisis general en el control, manejo, diagnóstico y tratamiento del cáncer es indispensable iniciar por un diagnóstico claro y preciso que nos ubique claramente en el tipo de lesión que afecta a la población por tal razón encasillar a esta enfermedad en una generalidad reduce las posibilidades de adecuar protocolos específicos de acuerdo a su ubicación topográfica.

Tabla 12. Diagnóstico histológico de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.

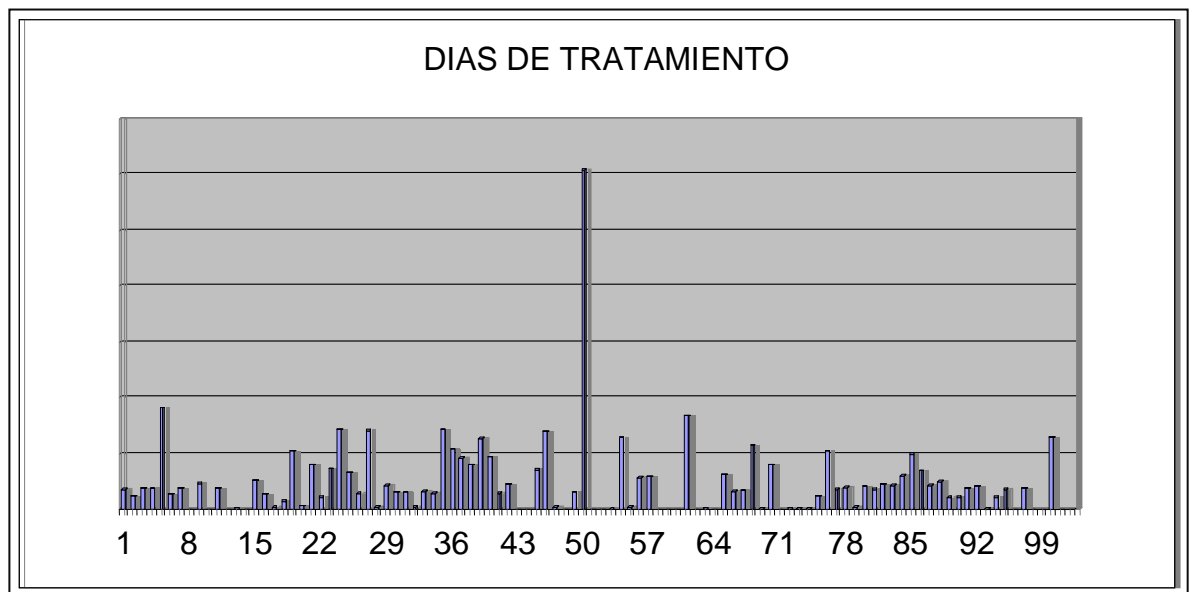
DIAGNOSTICO HISTOLOGICO:	Frecuencia	Porcentaje
ADENOCARCINOMA DIFERENCIADO	1	1,00%
ADENOCARCINOMA DIFUSO	2	2,00%
ADENOCARCINOMA INFILTRANTE	3	2,90%
ADENOCARCINOMA INTESTINAL	1	1,00%
ADENOCARCINOMA INTRAMUCOSO	1	1,00%
ADENOCARCINOMA MAL DIFERENCIADO	2	2,00%
ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO	1	1,00%
ADENOCARCINOMA TIPO INTESTINAL	1	1,00%
C161 ADENOCARCINOMA	53	52,20%
C163 ADENOCARCINOMA	2	2,00%
C169 ADENOCARCINOMA	30	29,50%
CARCINOMA EN ANILLO DE SELLO	1	1,00%
CARCINOMA INSIPIENTE	1	1,00%
ESTADIO III ADENOCARCINOMA	1	1,00%
GASTRITIS ANTRAL SUPERFICIAL	1	1,00%
LINFOMA	1	1,00%
Total	102	100,00%

En cuanto a diagnóstico histológico se refiere, encontramos en este cuadro que el 52.2% se diagnosticó como c 161 adenocarcinoma, seguido por c 169 adenocarcinoma con un 29.5%, el adenocarcinoma infiltrante ocupó el tercer puesto con un 2.9%, el adenocarcinoma difuso, el adenocarcinoma mal diferenciado y el c 163 presentaron una proporción del 2% respectivamente, el adenocarcinoma diferenciado, el adenocarcinoma intestinal el adenocarcinoma intramucoso adenocarcinoma moderadamente diferenciado, adenocarcinoma tipo intestinal, carcinoma en anillo de sello, carcinoma insipiente, estadio III adenocarcinoma, gastritis antral superficial, linfoma se diagnosticaron en el 1% pacientes respectivamente.

Es relevante la agresividad de cada uno de estos cánceres en su diagnóstico histopatológico.

7.2 CARACTERÍSTICAS DE TIEMPO

Gráfica 3. Días que duro el tratamiento de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.



En cuanto al tiempo que duró el tratamiento encontramos que los tiempos son realmente cortos ya que en su mayoría el promedio de manejo estuvo alrededor de los 50 días sin exceder los 99 días.

Distintos estudios llevados a cabo en países occidentales demuestran que alrededor del 60% de los pacientes con cáncer gástrico son diagnosticados en estadio III o IV. La cirugía es el único tratamiento potencialmente curativo en estos enfermos, pero alrededor del 80% presentará una recidiva la que generalmente es intraabdominal. El 85% de las recidivas se producen en los 2 primeros años del seguimiento.

Tabla 13. Duración del consumo de alcohol y cigarrillo de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.

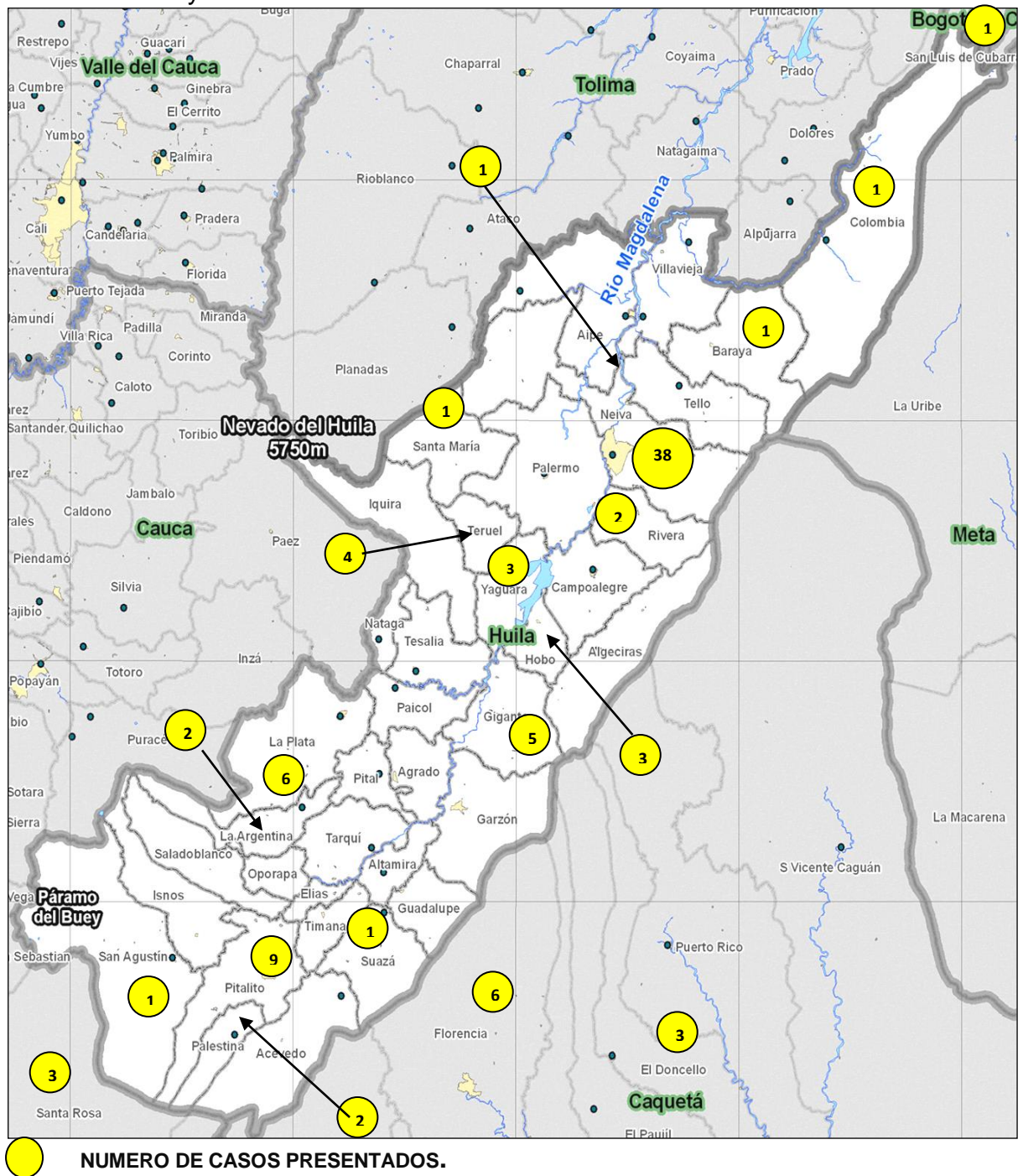
HACE CUANTO	CONSUMO DE CIGARRILLO	PROPORCION	CONSUMO DE ALCOHOL	PROPORCION
< 1 AÑO	0	0,0	0	0,0
1 A 4 AÑOS	2	2,6	0	0,0
4 A 9 AÑOS	4	5,2	0	0,0
10 A 14 AÑOS	25	32,5	1	1,7
15 A 19 AÑOS	8	10,4	3	5,1
20 A 24 AÑOS	36	46,8	50	84,7
25 AÑOS Y MAS	2	2,6	5	8,5
TOTAL	77	100,0	59	100,0

En esta tabla se puede observar que más del 46% presentaban el hábito de fumar desde hace más de 20 años, por otra parte en el consumo de alcohol encontramos que más del 84% de los pacientes consumía alcohol hace más de 20 años.

Las exposiciones al tabaco y al alcohol son un factor de riesgo a desarrollar CG. aunque no es el único causante del riesgo a CG (hay personas que no fuman o beben y padecen la enfermedad), pero dejar de fumar o beber es un factor protector del riesgo a CG, por lo que se deben hacer campañas más agresivas contra el tabaquismo y alcoholismo, en las que participe activamente toda la comunidad. Además, se recomienda hacer un estudio más exhaustivo con mayor muestra poblacional para confirmar los resultados obtenidos e incluir otros factores ambientales y genéticos, que puedan estar comprometidos con el riesgo a CG en esta población. Toda esa información podría ser muy útil para establecer el impacto de los factores de sobre el CG e intervenirlos tempranamente, para diseñar estrategias preventivas que conduzcan a disminuir la morbi-mortalidad causada por esta patología.

7.3 CARACTERISTICAS DE LUGAR

Gráfica 4. Lugar de residencia de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.



En esta grafica se puede observar que la ciudad que más casos presentó fue la ciudad de Neiva con 38 casos, seguido por Pitalito con 9 casos, La Plata presento 6 casos, al igual que los remitidos de la Ciudad de Florencia (Caquetá), el municipio de Gigante presento 5 casos, el municipio de Palermo presento 4 casos, el Departamento de Putumayo y caquetá remitieron 3 casos respectivamente, el municipio de Yaguara presento 3 casos, Rivera y Hobo presentaron 2 casos respectivamente, el municipio de Baraya, Tarqui, Timana, Fortalecillas y Colombia, respectivamente.

Tabla 14. Zona de residencia de los pacientes que presentaron cáncer gástrico y que acudieron a la Unidad de Cancerológica del Hospital Universitario de Neiva en los años 2007 y 2008.

ZONA/MUNICIPIO	NEIVA	PITALITO	LA PLATA	GIGANTE	PALERMO	YAGUARA	RIVERA	HOBO	BARAYA	TIMANA	FORTALECILLAS	COLOMBIA	TOTAL PROPORCION
URBANA	17	3	3	1	3	3	0	0	0	0	0	0	40%
RURAL	21	6	3	5	1	0	2	2	1	1	1	1	60%
TOTAL	38	9	6	6	4	3	2	2	1	1	1	1	100%

En esta grafica se puede observar que en un 60% de la población que padecía cáncer gástrico habitaba en el área rural y el 40% restante en la parte urbana.

En Colombia la mayoría de personas de niveles socio económicos bajos habitan en el área rural, hecho altamente ligado a estilos de vida inadecuados como lo es el hecho de una ingesta inadecuada de alimentos lo cual predispone la aparición de esta enfermedad.

8. DISCUSION

En cuanto a género se refiere se determinó que el 69.6% de los pacientes pertenecían al género masculino y el 30.4% al femenino; este hecho ratifica la distribución patológica realizada por la cual el cáncer gástrico es una enfermedad que ataca en una relación de 1:2 más a hombres que a mujeres, como lo indica la Revista Colombiana de Gastroenterología - Estrategia de intervención al cáncer gástrico en el Norte de Santander 2004, por otra parte se podría explicar el hecho de que los hombres son los más expuestos debido a factores ambientales nocivos, bien sea ocupacionales o por estilos de vida (tabaquismo, el consumo de licor, dieta) y poseen mayor masa corporal hepática. Otra razón podría ser que en tejidos gástricos normales femeninos se ha encontrado significativamente mayor actividad de las enzimas detoxificadoras y en los masculinos mayor actividad de las activadoras, lo que confiere a las mujeres mayor capacidad de eliminar tóxicos y a los hombres mayor producción de especies reactivas; y es posible que también estén comprometidas diferencias hormonales¹⁹.

El grupo de edad más afectado según el análisis fue el de los 45 a 49 años seguido por el de 80 años y más, es de gran relevancia ya que se comienza a observar como esta patología deja de ser exclusiva de grupos adultos y pasa a ser una patología de personas económicamente productivas lo que sugiere que esta población es vulnerable, o bien por susceptibilidad genética o por exposición a factores de riesgo desde edades tempranas, o una combinación de ambos, que promueven el desarrollo del cáncer gástrico y convierten al departamento del Huila en una zona endémica de esta enfermedad.

En relación a la ocupación se logró determinar que el 29.4% de esta población eran agricultores seguidos por los desempleados con un 15.7% esto da relevancia al hecho de que si la utilización o al estar en contacto con productos agroquímicos puede ser un factor desencadenante para esta enfermedad

A pesar de que el cáncer gástrico puede estar determinado por factores como malignidad de la lesión o infiltración histológica de la misma es importante resaltar el hecho que en el 100% de los casos se encontró malignidad en los tumores y estados avanzados de los mismos por lo cual se determina que los pacientes acuden en etapas tardías de esta patología quizás desconociendo síntomas iniciales o incidencia de esta enfermedad.

¹⁹. Revista Colombiana de Gastroenterología - Estrategia de intervención al cáncer gástrico en el Norte de Santander 2004

El riesgo global de cáncer gástrico entre los fumadores es del orden de 1,5-1,6, comparado con los no fumadores. Se estima que el número anual de casos de CG atribuibles al humo del cigarrillo en todo el mundo es de 80.000 (11%), cifra mayor a la estimada para otros cánceres asociados al tabaquismo, como lo son el pancreático y el renal. En esta población se encontró asociación entre este hábito y el riesgo a CG. (Tabla 3).

Muchos registros muestran que los pacientes adquirieron el hábito de tabaquismo y consumo de alcohol durante la adolescencia y que llevan más de veinte años fumando y/o consumiendo alcohol, por lo que este factor posiblemente esté comprometido con la aparición de esta patología, mediante los mecanismos antes expuestos. El hábito del tabaquismo y alcoholismo es prevenible y hay que intervenir a la población joven que es la más vulnerable y establecer políticas que comprometan activamente a la comunidad para reducir al máximo esta conducta.

En la elección del tratamiento se observó que de los 102 casos presentados a el 27.5% se les dio como tratamiento la quimioterapia y radioterapia, seguido por la Radioterapia + quimioterapia + cirugía en un 24.5%, esto ratifica el hecho de que en su mayoría las lesiones presentadas estaban en estadios tardíos.

En la recurrencia de la enfermedad se pudo determinar que el 41% de los pacientes luego del tratamiento presentaron nuevos episodios de esta enfermedad por lo cual se estima que en su mayoría el avance de la enfermedad es tal que el tratamiento e intervencionismo inicial no basta.

Es importante saber que el 43.6% de los pacientes que presentaron esta patología fallecieron luego de haber recibido tratamiento en algunos casos y en otros después de ser desahuciados.

En cuanto a tiempo de tratamiento se refiere en promedio un paciente necesita un de 50 a 90 días lo cual establece un tiempo corto de tratamiento acorde a la gravedad de esta patología.

Respecto al lugar de procedencia de los pacientes se pudo determinar que 38 pacientes pertenecían a la ciudad de Neiva, seguido de Pitalito con una frecuencia de 9 casos es importante resaltar que estas poblaciones presentaron mayor número de casos acorde a su densidad poblacional en relación con aquellas comunidades que presentaron menos casos, por lo cual es importante establecer la tasa de incidencia de esta patología a nivel comunitario.

<<Realizar otros análisis ya que se ha investigado la posibilidad de otros tipos de seguimiento y al respecto recientemente se publicó un trabajo realizado en México donde se demostró que la curación del *Helicobacter pylori* produce reversión en

los cambios de expresión genética de la mucosa gástrica, lo cual en el futuro podría utilizarse como tamizaje para detectar pacientes en riesgo de desarrollar cáncer gástrico>>²⁰.

Las posibles limitaciones encontradas en este estudio son: El tamaño de la muestra poblacional es pequeña y las frecuencias obtenidas en cada de las variables en estudio no alcanzan a tener un poder estadístico confiable, lo que se insinúa al obtener intervalos de confianza muy amplios. La presencia de factores contundentes no estudiados, que pueden influir en el riesgo a CG.,

²⁰ BRAVO, CORTÉS, 2003, P 56

9. CONCLUSIONES

La afectación de esta enfermedad sigue dándose más en el género masculino que el femenino por tal razón es imperante la elaboración de planes educativos dirigidos al diagnóstico temprano de esta patología

Los agricultores y amas de casa son la población más afectada por este tipo de patología.

La falta de un diagnóstico claro y preciso, enmascara la posibilidad de generar un protocolo de manejo específico y evaluable.

10. RECOMENDACIONES

Realizar nuevos estudios donde se determine factores ambientales propios además de estilos de vida y consumo de alimentos de la población.

Generar en conjunto con la unidad de cancerológica del Hospital Universitario de Neiva “Hernando Moncaleano Perdomo” una base de datos Histórica que permita a futuro proporcionar datos para análisis epidemiológicos.

Publicar dichos estudios para que la comunidad en general contemple la problemática del cáncer gástrico en la región.

BIBLIOGRAFIA

ASERGACH: Cáncer gástrico estudio multicéntrico en seis hospitales de Lima y Callao. Revista de Gastroenterología del Perú, Volumen 6, N.º 2. 1986.

BARRÍOS H.: Cáncer gástrico precoz. Tesis Doctoral. UNMSM 2003.

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO, 2001 P15)

Cooperative study of the Stomach Cancer Research Staff at the National Center Hospital. TOKYO (M, KURU, T. SAKITA, H. ISHIKAWA, R. SANO, K. MIWA et al.): Atlas of Early Carcinoma of the Stomach, Nakayama Shoten Co. Ltda, Japan, 1967

CSENDES A., STRAUSZER T., DOERR E-FERNÁNDEZ E. MEDINA E. VELAZCO N., SMOK G., and JARA L: Clinical Pathological investigation on patients with "Early gastric cancer" and "Intermediate gastric cancer" in Chile. Japanese Journal of Clinical Oncology. Vol. 6. N.º 1. June, 1976; 11-15.

EASTWOOD G. and AVUNDUK C. Gastroenterology, diagnosis and therapy. Little Brown and Comp. Boston, Toronto. 1988: 140-143.

ESPEJO H., AYALA L. y FIGUEROA: Primeros resultados de un programa de detección de cáncer gástrico. Libro de Resumen. VII Congreso Peruano de Gastroenterología. Lima, Perú. 1980; 35.

ESPEJO H., NAVARRETE J.M, AYALA L. y VELÁSQUEZ H.: Early gastric cancer, analysis of 115 cases. Hospital Rebagliatti IPSS. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Servicio de Gastroenterología y Anatomía Patológica. Lima, Perú. Gastroenterology ONGE 8th. Congress. Sao Paulo, Brasil. 1986.

ESPEJO H.: Cáncer Gástrico. Enfermedades Digestivas en el Perú. ASERGACH. Lima, Perú. 1988: 48-54.

ESPINOZA R.: Cáncer Gástrico temprano en el Centro de Endoscopía Digestiva. Hospital Arzobispo Loayza. Tesis Doctoral. UNMSM. Lima, Perú. 1989.

EVANS D. M CRAVEN J. I., MURPHY F. AND CLEARLY B. K.: Comparison of early gastric cancer in Britain and Japan, GUT, 19. 1978; 1-9.

FUKUTOMI H. and SAKITA T.: Analysis of Early Gastric Cancer cases collected from Major Hospital and Institute in Japan. *Japaneses Journal of Clinical Oncology*. Volume XIV, N.º 2. June, 1984; 169-179.

GONZÁLEZ O. Diagnóstico endoscópico. Primer Consenso Colombiano de Cáncer Gástrico. *Revista Colombiana de gastroenterología*. Supl 1(18),3. 2003.

KATSUKI S. OTABE S., OHTANI Y., HIROKADO K., FUJII M., MASUDA N., YAO T., KOGA Y., HORMUCHI Y. YOSHIDA T- YASUKAWA W. And KUWABARA Y.: Follow-up studies of malignant ulcers (abstract). *Gastroenterological Endoscopy*. 7: 94, 965 (in Japanese, referido por Yoshimori en reseña 1993).

Liga de Lucha Contra el Cáncer Seccional Bogotá 2009

MENDOZA M.: Cirugía del cáncer gástrico. 1971-1977. VI Congreso Peruano de Gastroenterología. 1978; 15.

MIWA T., MUTO Y., HIROTA T., SANO R., and SAKITA T.: Healing of ulcers in early gastric cancer (supplementary report) *Japaneses Journal of Clinical Oncology*. Vol. 11. N.º 1. June, 1972: 27-30.

MORETO M., ZABALLA M. y RODRÍGUEZ M.: Análisis de Cáncer gástrico precoz. Viscaya. *Revista Española de Enfermedades del Aparato Digestivo* 75, 5 (457-458). 1989.

MURRA SACA Julio Alejandro, *Revista de gastroenterología*, salvador 2001.

NAGO A. y PENA L.: Resultados de 30.646 esófago gastroduodenoscopias (Set. 25, 1977 a Dic. 30, 1990). Hospital Arzobispo Loayza. Libro de Resúmenes, XII Congreso Peruano de Gastroenterología. 1990; 84.

NAGO A., BERRÍOS J. y colab.: Cáncer gástrico incipiente e intermedio en el Hospital Cayetano Heredia. Servicio de Gastroenterología. Departamento de Medicina, Cirugía, Radiología y Patología. II Jornadas Científicas. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1979; 95.

NAGO A.: Cáncer Gástrico Incipiente. Estrategia para su detección. Tesis de Doctor en Medicina. UPCH 1991.

OKABE H.. Growth of early gastric cancer : Clinical study of growth and invasion patterns of early gastric cancer. Monograph on cancer research 11, Edited by T. Murakami University of Tokyo Press. 1971: 67-79.

PAULINO F, AND ROSELLI A.: Early Gastric Cancer. Report of 25 cases- Surgery. 1979; 171-176.

RAMÍREZ A., GALARZA J., BARREDA C., LOYOLA J., CUETO A., MAKINO R. y VALLADARES G.: Importancia de seguimiento de la úlcera gástrica. Revista de Gastroenterología del Perú. Vol. 2. N.º1. 1982: 1520.

RAMÍREZ A.: Cáncer gástrico incipiente e intermedio evaluación de ocho casos. Libro de Resumen. V Congreso Peruano de Gastroenterología. Arequipa. Perú. 1976: 15.

REVISTA COLOMBIANA DE GASTROENTEROLOGÍA - Estrategia de intervención al cáncer gástrico en el Norte de Santander 2004

REVISTA GASTROENTEROLOGY. Perú V.25 N.º.1 Lima ene./mar. 2005

RUBIO H. H. FONTAN A,N. y colab.: El cáncer gástrico temprano en la Argentina. Revista de la Asociación Médica Argentina. Volumen 93, N.º 5. octubre-noviembre 1980.

SAKITA T., OGURO Y., TAKASU S., FUKUTOMI H. and MIW3A T.: The development of endoscopic diagnosis of early carcinoma of the stomach. Japanese Journal of Clinical Oncology. Vol. 1 N.º 2. December. 1971; 113-127.

SÁNCHEZ J.: Cáncer gástrico precoz, intermedio y avanzado. Tesis Doctoral. UNMSM. Lima, Perú. 1976.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA, Boletín Anual 2007

SOLARI M., CANDELA R. y Colab.: Early gastric cancer, estudio endoscópico e histológico de 11 casos. Hospital de Policía. Lima, Perú. XI Congreso Peruano de Gastroenterología. 1988: 36.

TABORDA Mejía, QUINTERO Castellanos Influencia Nutricional en el Desarrollo del Cáncer Gástrico 2009. P13.

Universidad del Valle Cali, REVISTA CIENCIA AL DÍA. 1999 P15

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Facultad de Ciencias Médicas, Estudio de cáncer. UNAN-LEON 2005-2006

Referencias Electrónicas

http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/PatolQuir/PatolQuir_033.html.

http://www.cancer.net/vgn.ext.templating/junta_editorial_de_cancer.Net,8/09

ANEXOS

Anexo A Cronograma Año 2009

CARACTERIZACION DE CANCER GASTRICO AÑOS 2007 Y 2008.

ACTIVIDAD	JUNIO				JULIO					AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				OBSERVACION					
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4						
Anteproyecto	■	■	■	■																															
Revisión Bibliográfica		■	■	■	■																														
Descripción de Problema				■	■	■	■																												
Objetivos										■	■	■	■	■																					
Marco Teórico										■	■	■	■	■																					
Elaboración del Instrumento													■	■																					
Recolección de Datos															■	■	■	■																	
Análisis de Datos																			■	■	■	■													
Elaboración del Informe																							■	■	■	■									
Sustentación																											■	■							
Presentación de Investigación																											■	■					La presentación del proyecto esta sujeta a la programación de la especialización		

Anexo B. Documento para aplicación en Historia Clínica.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA							
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA							
DETERMINAR MEDIANTE REVISION DE HISTORIAS CLINICAS LAS CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON CANCER GASTRICO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO DE 2007 Y 31 DE DICIEMBRE DE 2008.							
Historia Clínica Nº							
GENERO	M: _____	F: _____					
FECHA DE NACIMIENTO:	DIA: _____	MES: _____	AÑOS: _____	MUNICIPIO DE PROCEDENCIA			
OCUPACION				ZONA:	URBANA	RURAL	
	AGRICULTOR						
	EMPLEADO			CONSUMO	CIGALLILO	ALCOHO	HACE CUANTO
	AMA DE CASA				SI		
	INDEPENDIENTE				NO		
	DESEMPLEADO						
	OTRO						
SEGURIDAD SOCIAL		NOMBRE DE LA EPS					
C							
V		TRATAMIENTO					
S		QUIMIOTERAPIA					
D		RADIOTERAPIA					
O		CIRUGIA					
		NINGUNA					
CONTACTO POST TRATAMIENTO		SI	NO				
RECURRENCIA		SI	NO	DX TOPOGRAFICO			
FALLECIMIENTO		SI	NO	DX HISTOLOGICO			
DIAS QUE DURO EL TRATAMIENTO							
DURACION CONSUMO DE CIGARRILLO AÑOS							
DURACION CONSUMO DE ALCOHOL AÑOS							

Anexo C. Operacionalización de Variables.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES					
VARIABLE	DEFINICION	SUBVARIABLE	INDICADOR CATEGORICO	INDICE	ESCALA DE MEDICION
PERSONA	CARACTERISTICAS DEL INDIVIDUO	GENERO	MASULINO O FEMENINO	FRECUENCIA	CUANTITATIVA
		EDAD	AÑOS DE VIDA	FRECUENCIA	CUANTITATIVA
		OCUPACION	EN QUE OFICIO SE DESEMPEÑA	FRECUENCIA	CUANTITATIVA
		CONSUMO DE CIGARRILLO O ALCOHOL	CONSUMO DE CIGARRILLO O ALCOHOL	FRECUENCIA	CUANTITATIVA
		REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	FRECUENCIA	CUANTITATIVA
		EPS	EPS	FRECUENCIA	CUANTITATIVA
		TRATAMIENTO	TRATAMIENTO	FRECUENCIA	CUANTITATIVA
		CONTACTO POST TRATAMIENTO	CONTACTO POST TRATAMIENTO	FRECUENCIA	CUANTITATIVA
		RECURRENCIA	RECURRENCIA	FRECUENCIA	CUANTITATIVA
		FALLECIMIENTO	FALLECIMIENTO	FRECUENCIA	CUANTITATIVA
		DIAGNOSTICO TOPGRAFICO	DIAGNOSTICO TOPGRAFICO	FRECUENCIA	CUANTITATIVA
		DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	FRECUENCIA	CUANTITATIVA
TIEMPO	PERIODO TRANSCURRIDO	DIAS QUE DURO EL TRATAMIENTO	DIAS QUE DURO EL TRATAMIENTO	FRECUENCIA	CUANTITATIVA
		DURACION DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO	DURACION DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO	FRECUENCIA	CUANTITATIVA
LUGAR	SITIO GEOREFERENCIACION.	UBICACIÓN DE PACIENTE A NIVEL DEPARTAMANETAL	UBICACIÓN DE PACIENTE A NIVEL DEPARTAMANETAL	FRECUENCIA	CUALITATIVA
		ZONA DONDE HABITA	URBANO O RURAL	FRECUENCIA	CUANTITATIVA