

ARTICULO.

CARACTERIZAR A LA POBLACION CON CANCER GASTRICO ATENDIDOS EN LA CLINICA ONCOLOGICA AURORA S.A DURANTE EL PERIODO 2014-2017

CHRISTIAN DANILO CUATIS MORALES, MAURICIO ANDRES FUELANTALA PASTAS, VIVIANA BEATRIZ REINA HERRERA, KATHERINE JOANNA RUEDA CAICEDO

Dr. Filipo Moran
Médico-ginecólogo

Asesor científico.

RESUMEN: Objetivo: Determinar cuáles son las principales características clínicas y socio demográficos que se presentan en los pacientes que fueron atendidos por cáncer gástrico en la Clínica Oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017. **Metodología:** La investigación se refiere a un estudio que maneja una metodología cualitativa, tipo descriptivo-transversal tipo retrospectivo, se incluyó a toda la población de La clínica oncológica aurora quienes tenían diagnóstico de cáncer gástrico. N= 124 pacientes la clínica oncológica aurora.

Resultados: Se encontró de la población que el 28% se encuentra en una edad que comprende de los 50 a los 57 años, mientras un porcentaje de 2% en edades comprendidas entre los 26 a 33 años; el 66% es de género masculino, en la misma medida el género femenino tiene una población que llega a ser del 34%, el 98% se realizó endoscopia y un 55% en mínima medida el TAC.

el 52% de las personas no se sometieron

ABSTRACT: Objective: To determine which are the main clinical and socio-demographic characteristics that occur in patients who were treated for gastric cancer at the Aurora S.A Oncological Clinic during the period 2014-2017

Methodology: The investigation refers to a study that handles a qualitative methodology, descriptive-transversal type retrospective type; it was included to the entire population of the oncology clinic aurora who had a diagnosis of gastric cancer. N = 124 patients the aurora oncology clinic.

Results: It was found from the population that 28% are in an age ranging from 50 to 57 years, while a percentage of 2% in ages between 26 and 33 years; 66% is male, to the same extent the female gender has a population that reaches 34%, 98% endoscopy and 55% at a minimum the TAC.

al análisis para definir la presencia de la helicobacter pylori, mientras que el resto de las personas a las que si se les realizo este análisis se encontró que hay presencia de este patógeno en un 8%.

se logra determinar que el 65% de la población presenta metástasis y por tanto pueden encontrarse más comprometidos diferentes órganos, en contraposición se evidencia que tan solo el 35% presentan la enfermedad

Conclusiones:

A partir de la anterior investigación se concluye que en mayor medida son los hombres, las personas que sufren del cáncer gástrico y que por tanto se hace necesario el análisis de los síntomas en un tiempo temprano y la detección del mismo a través de los diferentes tipos de diagnóstico.

Con la intención de dar un diagnóstico más amplio y específico de la enfermedad se evidenció que a la mayoría de los pacientes además de realizarse el estudio por endoscopia, se remite a estudio por TAC.

Palabras clave: *Adenocarcinoma gástrico, cáncer gástrico.*

52% of people did not undergo the analysis to define the presence of helicobacter pylori, while the rest of the people who did this analysis found that there is a presence of this pathogen in 8%.

It is possible to determine that 65% of the population presents metastasis and therefore different organs may be more involved, in contrast it is evident that only 35% have the disease

Conclusions: From the previous investigation it is concluded that men are the most, the people suffering from gastric cancer and that therefore it is necessary to analyze the symptoms at an early time and detect it through the different types of diagnosis.

With the intention of giving a broader and more specific diagnosis of the disease, it was evidenced that to the majority of the patients, in addition to the endoscopic study, the patient is referred to a TAC study.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma gástrico sigue siendo una preocupación sanitaria grave y el segundo tumor maligno más frecuente en el mundo (1).

En los países del Este, Europa del Este y América del Sur, la incidencia de esta enfermedad alcanza

Proporciones epidémicas y es la primera causa de muerte por tumores malignos.

Tal es la influencia potencial de estos factores que la incidencia es cada vez más baja y la tasa de mortalidad de esta enfermedad desde 1930 hasta

los últimos 10 años se ha atribuido a cambios en la dieta y la conservación de alimentos.

Actualmente se acepta que la carcinogénesis gástrica es un proceso progresivo en el que intervienen múltiples factores ambientales y epidemiológicos, así como genéticos, y cuyas interacciones parecen influir no solo en el desarrollo sino también en la progresión de la enfermedad.

Por esta razón es de gran importancia reconocer en nuestra población características que nos permitan identificar de manera oportuna cuáles son los factores clínicos y socio demográficos que pueden llegar a alterar la morfología y fisiología de la mucosa gástrica que conllevan al desarrollo de cáncer.

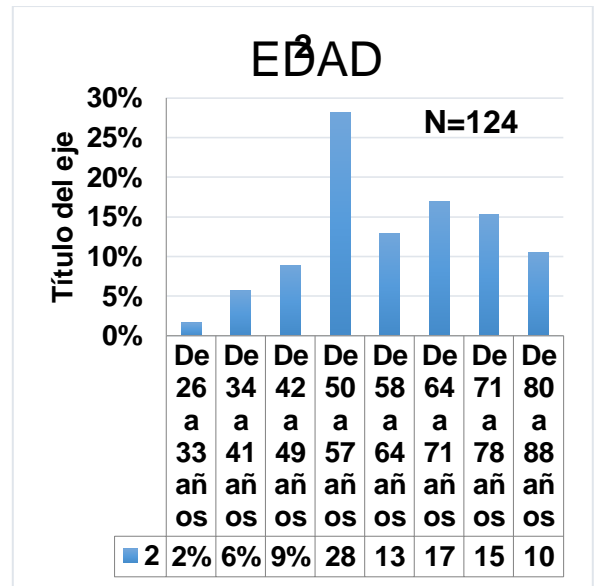
METODOLOGÍA

La presente investigación se refiere a un estudio que maneja una metodología cualitativa, siendo el método de tipo descriptivo, debido principalmente a que demuestra las características de la población que padece cáncer, en la misma medida se refiere la presente investigación a un estudio de tipo transversal, pues permite hacer aproximaciones al comportamiento del fenómeno en el tiempo, se reconoce también como retrospectivo debido a que analiza en su totalidad aquellas características con las que cuenta la población antes de ser sometida al estudio.

RESULTADOS

Con el fin de Caracterizar la población que presenta cáncer gástrico en el caso específico de la Clínica Oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014 2017, se realiza inicialmente la caracterización demográfica como se presenta a continuación.

Gráfica 1 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Edad

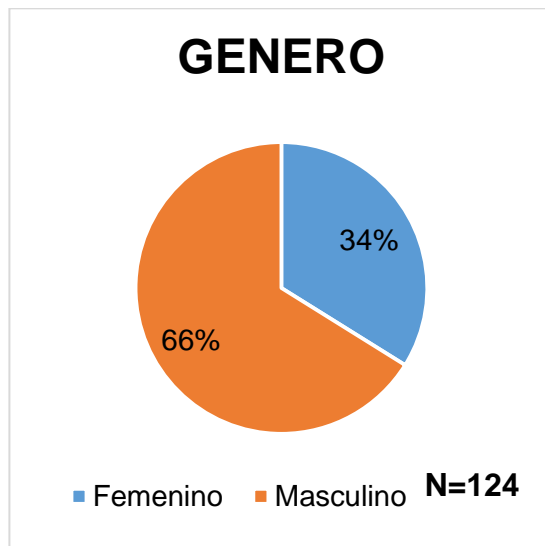


Fuente: Esta investigación

A partir de la gráfica y la tabla anterior se puede inferir que la mayoría de la población el 28% o 35 pacientes se encuentra en una edad que comprende de los 50 a los 57 años, mientras un porcentaje de 2% con una población de 2 pacientes a personas que se encuentran en edades comprendidas entre los 26 a

33 años, siendo esta la edad inferior, se encuentra en estudios anteriores que la edad en la cual más persiste el cáncer gástrico es la comprendida entre los 65 y 80 años.

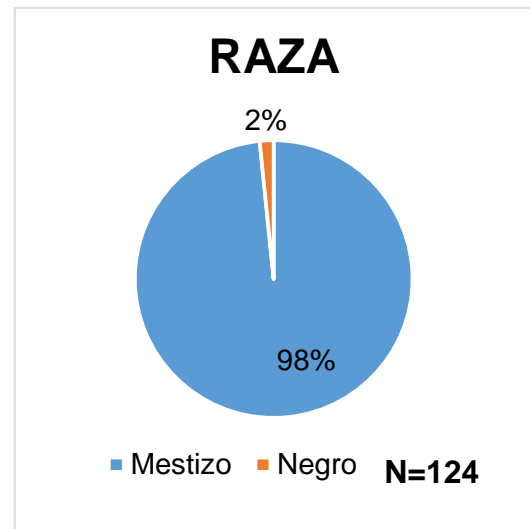
Gráfica 2 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Genero



Fuente: Esta investigación

Se puede inferir a partir de la gráfica y tabla inmediatamente anterior que del total de la población el 66% es de género masculino con una población total de 82 personas, en la misma medida el género femenino tiene una población que llega a ser del 34% con una población de 42 pacientes.

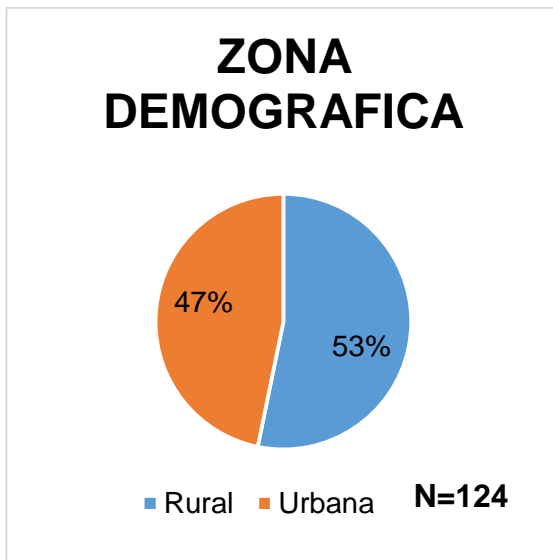
Gráfica 3 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Raza



Fuente: Esta investigación

Según la información recolectada y que se refleja en la gráfica y cuadro inmediatamente anterior se encuentra que de la totalidad de la población el 98% o 122 pacientes se reconocen como mestizos, por su parte el restante 2% o 2 personas del total de la población pertenecen a la raza negra.

Gráfica 4 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Zona demográfica



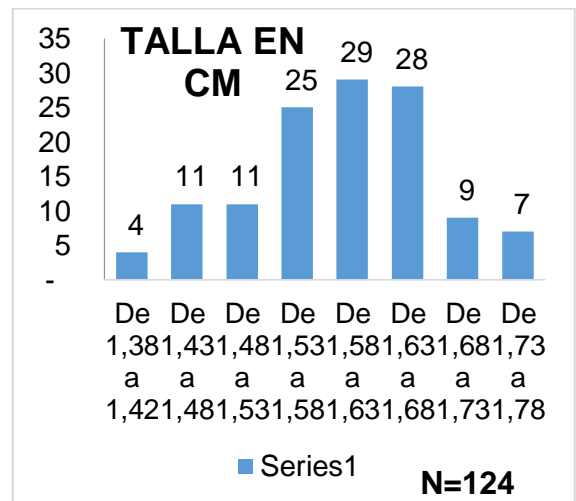
Fuente: Esta investigación

Se evidencia que del total de la población analizada el 53% o 66 pacientes pertenecen a la zona rural, mientras el 47% o 58 pacientes pertenecen a la zona urbana de la población.

Según lo evidenciado en la investigación (ver anexo 2) se puede afirmar que la mayor parte de la población con un 25% se encuentra en la ciudad de Pasto, siguiendo con este porcentaje se encuentra que el 6% de la población se encuentra en el municipio de Ipiales, mientras el 4% se encuentra en el municipio de Sibundoy, mientras que el 3% de la población proviene de municipios como Samaniego, San Lorenzo, Contadero, Buesaco y Ancuya, con un porcentaje menor del 2% se encuentra población que proviene de Berruecos, Guaitarilla, La Cruz, entre otros, finalmente una población mínima del 1% provienen de

municipios como San José de Albán, Andes, Colon, etc.

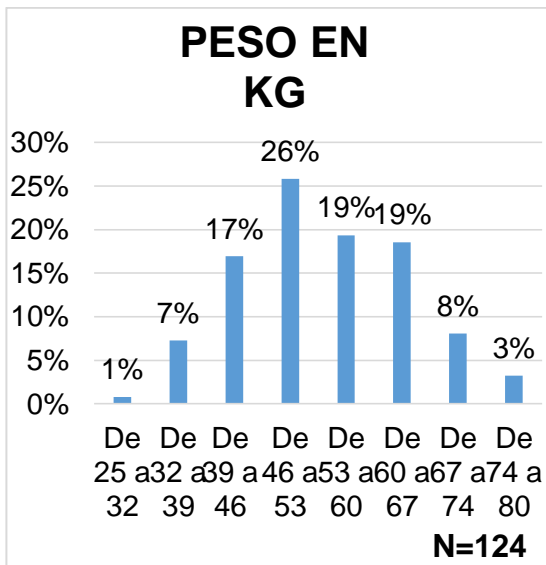
Gráfica 5 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Talla



Fuente: Esta investigación

A partir de la gráfica anterior se evidencia que el 23% de la población tiene una talla que está entre los 158 y 163 centímetros y el 4% de la población cuentan con una talla que está entre los 138 y 142 centímetros.

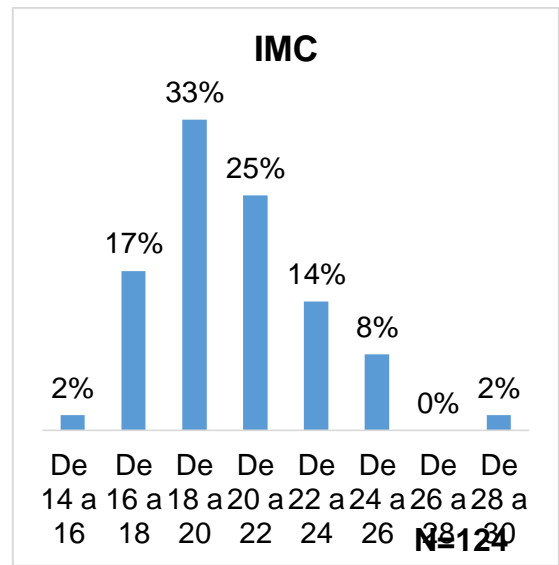
Gráfica 6 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Peso en kilogramos



Fuente: Esta investigación

Según la gráfica anterior se evidencia que la mayor población se concentra en un peso que está entre los 46 y 53 kilogramos, con un 26% o una población de 32 personas del total que son 124, siguiendo con el análisis se encuentra que una población del 19% se encuentra con pesos que oscilan entre los 53 y 69 kg, y 60 a 67 kg con una población de 24 y 23 personas respectivamente, el 8% de la población cuenta con un peso que está entre los 67 y 74 kg con una población de 10 pacientes, el 3% de la población cuenta con un peso que oscila entre los 74 y 80 kg con una población de 4 personas, finalmente el 1% de la población cuenta con un peso que está entre los 25 y 32 kg.

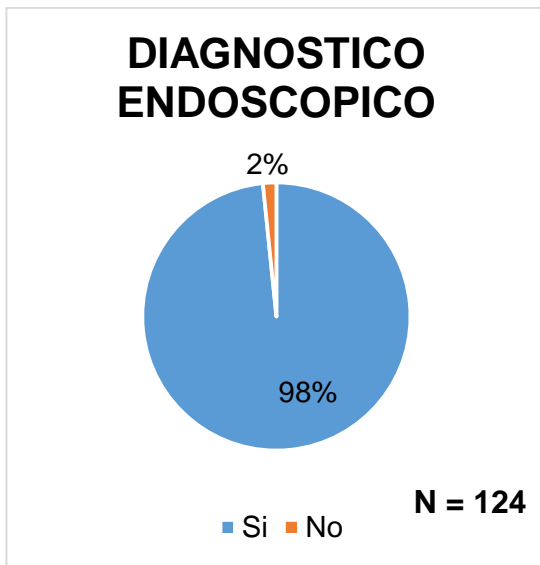
Gráfica 7 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Peso



Fuente: Esta investigación

A partir de la gráfica anterior se encuentra que del total de la población el 33% se encuentra en un IMC que esta entre 18 y 20, mientras 2 personas es decir un 2% se encuentra un IMC de 14 a 16 y de 28 a 30, ninguna persona tiene un IMC de 26 a 28.

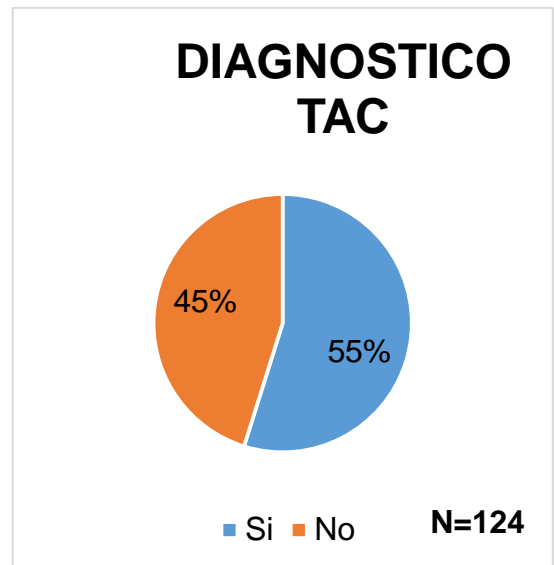
Gráfica 8 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según diagnostico endoscópico



Fuente: Esta investigación

Se evidencia a partir de la gráfica y la tabla inmediatamente anterior que el 98% de la población o 122 pacientes han pasado por diagnóstico endoscópico, y solo el 2% o 2 pacientes no han pasado por este procedimiento, siendo este la principal herramienta para la detección del cáncer gástrico.

Gráfica 9 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según diagnóstico TAC

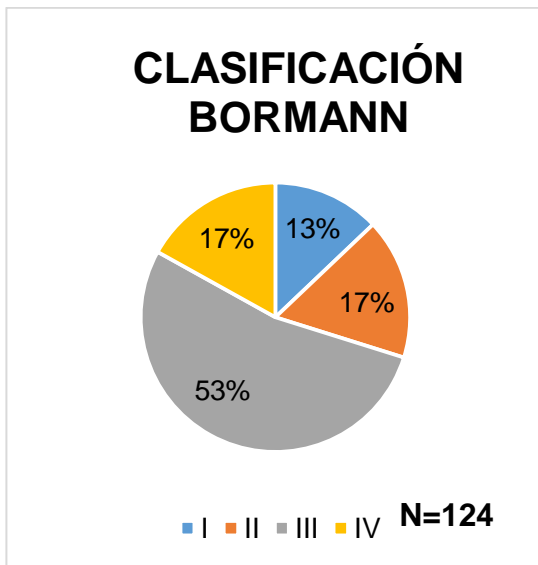


Fuente: Esta investigación

Según lo evidenciado en la gráfica anterior se encuentra que del total de la población 124 pacientes, el 55% si ha sido sometido a el diagnóstico con TAC mientras el 45% o 56 personas en total.

Fuente: Esta investigación

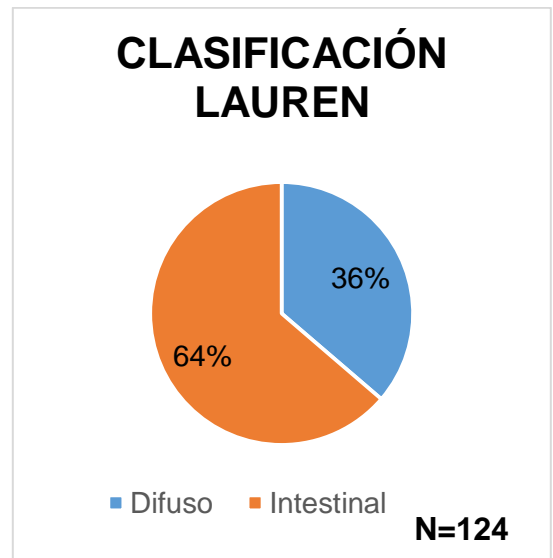
Gráfica 10 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Clasificación Bormann



Fuente: Esta investigación

Según las encuestas realizadas se encuentra que del total de la población y según la Clasificación Bormann, el 53% de la población o 66 personas tienen un tipo de cáncer II, el 17% de la población tiene un cáncer tipo II y IV, finalmente el 13% de la población tiene un tipo de cáncer I.

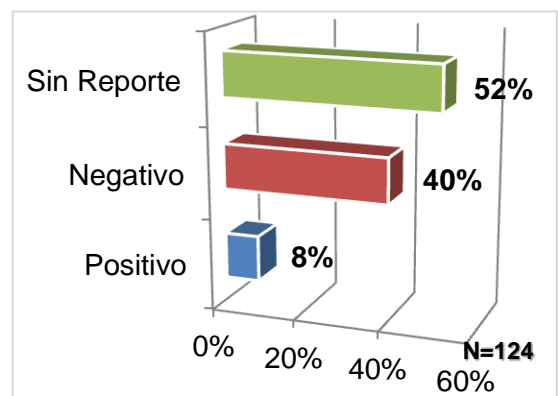
Gráfica 11 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Clasificación Lauren



Fuente: Esta investigación

Con la información recolectada se evidencia que el 64% de la población según la clasificación de Lauren presentan un tipo de Cáncer Intestinal, mientras el 36% presentan un tipo de cáncer difuso.

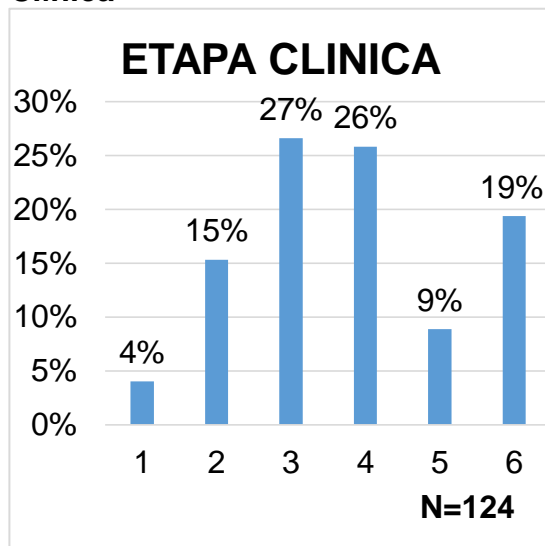
Gráfica 12 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según presencia de Helicobacter pilory.



Fuente: Esta investigación

A partir de la gráfica anterior se evidencia que del total de la población el 52% de la población o 49 pacientes no se les realizó el examen para determinar la presencia de H. pilory, mientras el 40% de la población demuestra la opción de negativo para la presencia de H. pilory, finalmente el 8% u once personas presentan este tipo de bacteria.

Gráfica 13 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Etapa Clínica

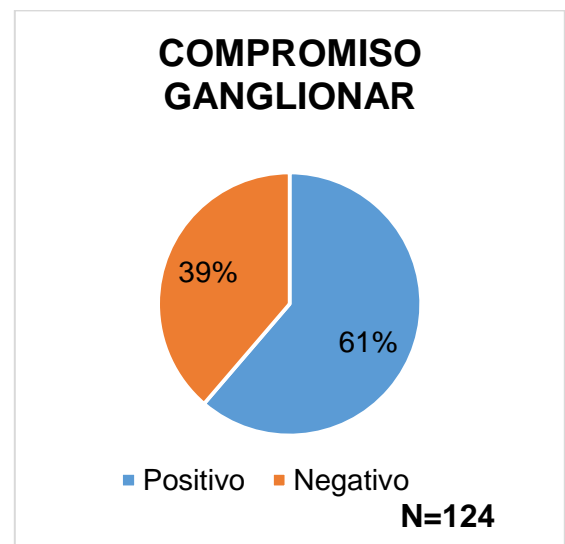


Fuente: Esta investigación

Según la recolección de datos realizada se encuentra que del total de la población el 27% o 33 personas se encuentran en una etapa clínica 3, por su parte el 26% es decir 32 personas de la población total se encuentra en una etapa Clínica 4, el

19% de la población o 24 personas se encuentran en una etapa clínica 6, siguiendo con el análisis se encuentra que el 15% de la población es decir 19 personas se encuentran en una etapa clínica nivel 2, en la misma medida el 9% de la población es decir 11 personas se encuentran en una etapa clínica 5, finalmente el 4% de la población se encuentran en una etapa clínica 1.

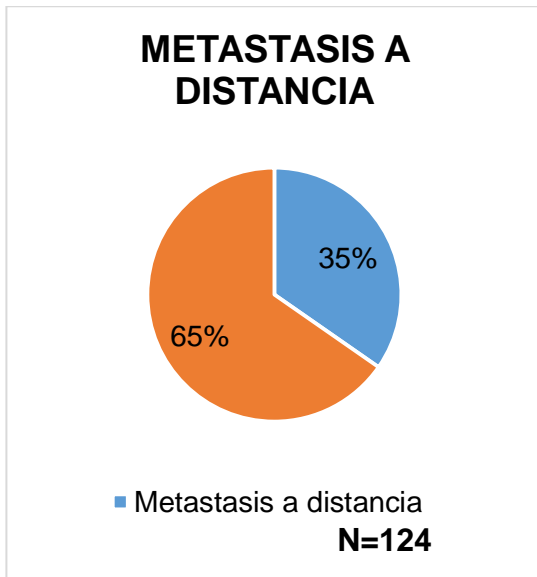
Gráfica 14 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Compromiso Ganglionar



Fuente: Esta investigación

En lo que respecta al compromiso ganglionar se encuentra que del total de la población que es de 124 personas, el 61% de estas cuentan con compromiso ganglionar mientras el 39% de la población o 48 personas no lo hacen.

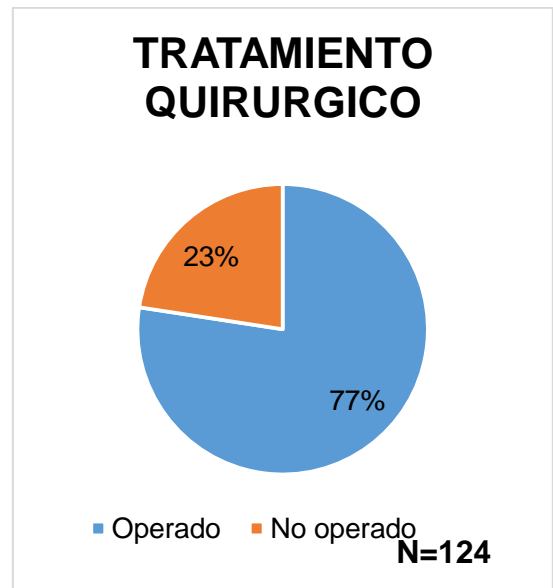
Gráfica 15 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Metástasis a Distancia



Fuente: Esta investigación

Se evidencia a partir de la gráfica inmediatamente anterior que el 65% de la población u 81 pacientes no presentan metástasis a distancia, mientras que el 35% de la población o 43 pacientes presentan este tipo de metástasis.

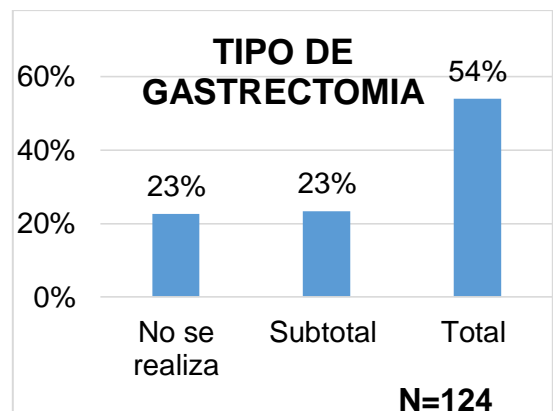
Gráfica 16 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Tratamiento quirúrgico.



Fuente: Esta investigación

Según lo identificado anteriormente se encuentra que del total de la población el 77% o 96 personas han sido intervenido quirúrgicamente, mientras que el 23% de la población o 28 personas no han sido operadas.

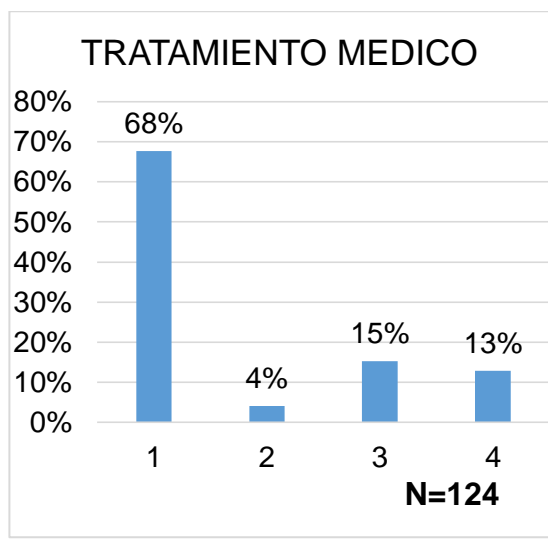
Gráfica 17 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Tipo de gastrectomía.



Fuente: Esta investigación

Del total de la población, 124 pacientes, el 54% o 67 personas de la población cuenta con una gastrectomía total, el 23% cuenta con una gastrectomía subtotal o parcial, el mismo porcentaje, pero con una población de 28 personas no se ha realizado este tipo de tratamiento.

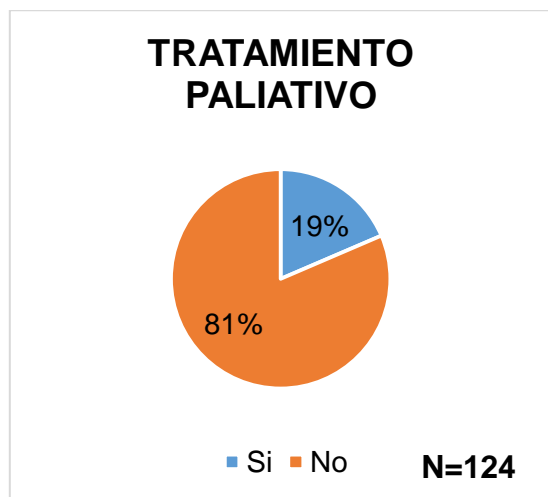
Gráfica 18 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Tratamiento médico.



Fuente: Esta investigación

Según la información recolectada se encuentra que del total de la población el 68% de la población están en un tratamiento médico tipo 1, mientras que el 15% se encuentra en un tratamiento tipo 3 con 19 pacientes, y el 13% no recibió ningún tipo de tratamiento, finalmente el 4% de la población se encuentra en un tratamiento tipo 2 con 5 personas.

Gráfica 19 Distribución de la población de pacientes con cáncer gástrico atendidos en la clínica oncológica Aurora S.A durante el periodo 2014-2017 según Tratamiento paliativo



Fuente: Esta investigación

Del total de la población se encuentra que la población No ha recibido tratamiento paliativo con un 81% o 101 personas, mientras que el 19% de la población o 23 personas si recibieron tratamiento paliativo.

Tabla 20 Relación entre la aplicación de Tratamiento Quirúrgico y la presencia de metástasis

	Metástasis a dist		Total
	metástasis	no metástasis	
Tto no	20	8	28
Recuento			

quirúrgico	operado	% dentro de Tto quirúrgico	71,4 %	28,6%	100,0%
	operado	Recuento	23	73	96
		% dentro de Tto quirúrgico	24,0 %	76,0%	100,0%
Total		Recuento	43	81	124
		% dentro de Tto quirúrgico	34,7 %	65,3%	100,0%

Tabla de contingencia Tto quirúrgico * Metástasis a dist

			Metástasis a dist		Total
			metástasis	no metástasis	
Tto quirúrgico	no operado	Recuento % dentro de Tto quirúrgico	20 71,4 %	8 28,6%	28 100,0%
	operado	Recuento % dentro de Tto quirúrgico	23 24,0 %	73 76,0%	96 100,0%
Total		Recuento % dentro de Tto quirúrgico	43 34,7 %	81 65,3%	124 100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,565 ^a	1	,000		
Corrección por continuidad	19,520	1	,000		
Razón de verosimilitudes	20,848	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
N de casos válidos	124				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,71.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Fuente: Esta investigación

A partir del análisis estadístico realizado, expuesto en la tabla anterior se evidencia que dado el tratamiento quirúrgico del total de las personas que no han sido sometidas a la operación el 71.4% han presentado en su historia clínica metástasis, mientras el 28.6% no lo

ha hecho, ahora bien de las personas que han sido intervenidas han presentado metástasis un 24% mientras el 76% no lo ha hecho esto con un valor Chi cuadrado de 21.565

21. Tratamiento médico y presencia de metástasis

Tabla 21 Relación entre el tipo de tratamiento médico y la presencia de metástasis

Tabla de contingencia Tto Medico * Metástasis a dist

		Metástasis a dist		Total
		metástasis	no metástasis	
Tto Quimio	Recuento	30	54	84
Me erapia	% dentro de Tto Medico	35,7%	64,3%	100,0%
Radioterapia	Recuento	2	3	5
	% dentro de Tto Medico	40,0%	60,0%	100,0%
Quimio Radiación	Recuento	7	12	19
	% dentro de Tto Medico	36,8%	63,2%	100,0%
No reporte	Recuento	4	12	16
	% dentro de Tto Medico	25,0%	75,0%	100,0%
Total	Recuento	43	81	124
	% dentro de Tto Medico	34,7%	65,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,803 ^a 3	,849
Razón de verosimilitudes	,838 3	,840
N de casos válidos	124	

A. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,73.

Fuente: Esta investigación

A partir de la tabla de datos anterior se evidencia que a la población se ha aplicado tres tratamientos específicos, en este tipo de tratamientos se incluye la Quimioterapia, Radioterapia y Quimio radiación, y personas a las cuales no se la ha aplicado ningún tipo de tratamiento, de estas últimas se encuentra que el 75% de la población no ha presentado metástasis, en el caso de la Quimioterapia solo el 64.3% del total de la población no ha presentado este síntoma.

DISCUSIÓN

En la recolección de la información se encuentra que la población objeto de estudio cuenta con una edad promedio de 62 años, siendo la más común y concibiéndola como una

edad ya avanzada, con respecto a la media nacional de las edades que sufren este tipo de cáncer se encuentra que la edad promedio de la población analizada está por debajo de la media nacional que cuenta con edades entre los 65 y 85 (5)

La gran mayoría de los casos son los hombres los que sufren cáncer gástrico con un 66% del total de la población, relacionando los estudios encontrados se evidencia que esta cifra es diferente a la presencia del cáncer que sucede en Perú, donde en la misma medida son las mujeres las que sufren esta enfermedad (3); según Karimí y otros, se evidencia que la mayoría de las personas que sufren de cáncer gástrico pertenecen al género masculino situación que es igual en el presente estudio.

Con los resultados obtenidos se encuentra que los mestizos son en mayor medida las personas que sufren de cáncer gástrico, se evidencia con la investigación realizada que no existe un patrón determinado si se considera a la raza como un indicador de presencia de cáncer.

Se encuentra muy poca diferencia con respecto a la zona demográfica, el lugar donde vive el paciente, si bien es mayor la proporción de presencia de la enfermedad en personas que habitan la zona rural de la región, esta diferencia es mínima siendo de solo 2%, de la misma manera del total de la población que pertenece a la zona urbana se

encuentra que en mayor medida pertenece a la ciudad de Pasto y Tuquerres.

En los principales hallazgos de la investigación se encuentra que el peso promedio de los pacientes es de 53 kilogramos, concibiendo este como un peso bajo se puede determinar que efectivamente estas personas presentan síntomas, pues como respuesta a la obstrucción que ocurre en el tracto digestivo del paciente es inevitable la pérdida de peso. (12). Se encontró que la talla promedio para la población analizada es de 1,59 centímetros.

En las características específicas del diagnóstico del cáncer gastrointestinal se encuentra que:

Para el 98% de la población estudiada fue realizada la endoscopia como procedimiento para detección del cáncer, tipo de diagnóstico que se implementó en Japón para la época de los 60's (17) y que ha incrementado la posibilidad de detección llegando hasta un 60% de efectividad.

Otra forma de detección del cáncer gástrico es mediante diagnóstico con TAC, se encuentra que del total de la población (N=124) solo el 55% tuvo el TAC como otra forma de diagnóstico.

La clasificación de Bormann permite un pronóstico temprano de la enfermedad y adicional a esto la clasifica en diferentes tipos con números arábigos (2) a partir de esto se puede identificar que la mayoría

de la población que participo en el estudio presenta un tipo de cáncer ulcerado infiltrante con un 53%, es decir que con el cáncer presenta también áreas de sangrado y de fibrina.

En la misma medida se encuentra que la lesión de tipo ulcerada, e infiltrante difuso, son las dos formas que se presentan también con mayor frecuencia. Por su parte el Infiltrado, es una lesión realmente grave precisamente por el compromiso infiltrativo. (15)

La clasificación de Lauren se distingue por ser una clasificación bastante científica que tiene gran utilidad en estudios epidemiológicos, cabe reconocer a este punto que Colombia es un país que necesita en gran medida de este tipo de estudio específicamente porque la mayoría de la población se ve aquejada por enfermedades de este tipo, ahora bien según los resultados encontrados se evidencia que los pacientes sufren en mayor medida de una enfermedad intestinal, que se asocia a la gastritis crónica atrófica, se reconocen en este tipo de diagnóstico carcinomas gástricos bien o moderadamente diferenciados.

El otro tipo de lesión que se puede clasificar por Lauren es la lesión de tipo intestinal, que se reconoce en menor medida que se caracteriza por presentar carcinomas mal diferenciados, que invaden el área afectada de manera individual o en pequeños grupos, dentro de análisis

se pueden observar células en anillo de sello; crecen de manera infiltrativo.

Del total de la población analizada se encuentra que el 52% de las personas no se sometieron al análisis para definir la presencia de la *Helicobacter pylori*, mientras que el resto de las personas a las que si se les realizo este análisis se encontró que hay presencia de este patógeno en un 8%.

La propagación del cáncer gástrico en Colombia ha llegado a presentarse en cifras que se reconocen como epidemiológicas, esto influenciado por la presencia de *Helicobacter Pylori*, que reconoce su aparición dadas las formas mediante las cuales se preparan los alimentos, o los mismos factores infecciosos. *Helicobacter Pylori* se reconoce como una bacteria que tiene una forma espiral que se aloja en el estómago del ser humano, la supervivencia de este tipo de bacteria se hace gracias a la producción de amoniaco que realiza este patógeno, con lo cual disminuye la acidez del estómago y se hacer del ambiente un lugar llevadero para su supervivencia.

Según estudios realizados con antelación para el departamento de Nariño se reconoce que la presencia del *H. Pylori* es un factor determinante para el desarrollo del cáncer gástrico, es decir esta es la bacteria que en mayor medida da inicio a los problemas cancerológicos; si comparamos lo anterior con la presente investigación los datos

encontrados difieren ya que en la mayoría de nuestra población no se realizó pruebas para determinar la presencia de la bacteria y por otro lado en menor proporción a las personas a las que si se les realizo este análisis fue positivo en menor medida. El primer síntoma que puede detectarse para determinar la presencia de H. pylori es el sufrimiento dado por la gastritis de tipo crónica que sufre una persona (5)

Para seguir con el análisis de las condiciones que poseen las personas que tienen cáncer gástrico se analiza la etapa clínica:

Se encuentra que la mayoría de la población con un 27% se encuentra en la etapa clínica IIA. En la misma medida y casi en la misma proporción de las personas que se encuentran en esa etapa también se encuentran pacientes en la etapa IIB.

En lo que respecta al compromiso ganglionar se encuentra que el 61% de la población presenta este tipo de afección, que se reconoce como una propagación del cáncer, en una etapa considerada avanzada de la enfermedad, debido a que este hace parte de la invasión que realiza la enfermedad en donde inicialmente esta se propaga en el tejido de origen para posteriormente destruir la barrera de diseminación y seguir con la propagación por los ganglios linfáticos. (11)

La presencia de cáncer en los ganglios y su afección es

determinante para el diagnóstico y la prescripción médica, pues en un estado avanzado el pronóstico es ominoso (3)

A partir de la investigación realizada y de la recolección de datos se logra determinar que el 65% de la población presenta metástasis y por tanto pueden encontrarse más comprometidos diferentes órganos, en contraposición se evidencia que tan solo el 35% presentan la enfermedad en un lugar estático.

El tratamiento quirúrgico en los casos de cáncer corresponde principalmente al sometimiento del paciente a una operación en donde se realiza el extirpamiento del tumor maligno, este tratamiento corresponde como mínimo a la etapa II de tratamiento (15). De no ser posible el extirpamiento completo es también deber informar sobre la presencia del tumor que persiste y recomendar tratamiento médico.

La gastrectomía se reconoce como el tratamiento mediante el cual se extirpa una parte del estómago o la totalidad del mismo dependiendo del compromiso que tengan con respecto a la metástasis que ha realizado el cáncer (13) ahora bien, cabe resaltar que los pacientes de la presente investigación han optado por una gastrectomía total como tipo de operación definiendo de esta manera que la enfermedad era ya invasiva y peligrosa. En la población analizada es posible determinar que el 77% del total de la población han recibido este

tipo de tratamiento para el cuidado del cáncer gástrico.

Un hallazgo que se encuentra en la investigación es que el tratamiento médico varía de manera significativa al momento de darse la presencia de metástasis, en este caso la quimioterapia es el tipo de tratamiento más utilizado en el caso de presencia de metástasis, esto entendiendo que esta es la forma más efectiva de disminuir el cáncer. Así mismo es relevante observar que el tratamiento quirúrgico es fundamental para disminuir la metástasis en el paciente.

CONCLUSIONES

A partir de la anterior investigación se concluye que en mayor medida son los hombres, las personas que sufren del cáncer gástrico y que por tanto se hace necesario el análisis de los síntomas en un tiempo temprano y la detección del mismo a través de los diferentes tipos de diagnóstico, especialmente la realización de la endoscopia se define como la forma en la que en mayor medida se puede detectar este tipo de patología.

La zona de residencia no es un factor determinante para demostrar la presencia o ausencia del cáncer, se denota que la disminución de peso es uno de los primeros efectos que se producen por la presencia del cáncer así que este se define como un factor también relevante al momento de

identificar la presencia de esta enfermedad.

Con la intención de dar un diagnóstico más amplio y específico de la enfermedad se evidenció que a la mayoría de los pacientes además de realizarse el estudio por endoscopia, se remite a estudio por medio de TAC.

La mayoría de la población analizada se encuentra en una etapa clínica IIA que simboliza, el desarrollo de la enfermedad dentro del sistema digestivo de la persona, en la misma medida se encuentra que la mayoría de la población ha visto comprometidos sus ganglios, y que por la misma razón la propagación de la enfermedad sin el tratamiento adecuado se esparcirá más rápidamente.

Como solución al problema se encontró que la población sujeta de estudio en su mayoría ha optado por el extirpamiento del tumor de manera definitiva, tomando esta como una de las acciones más radicales para combatir la enfermedad.

Cuando se relaciona la metástasis con el tratamiento médico se encuentra que en su mayoría el tratamiento ocupado para aquellas personas que presentan esta evolución de la enfermedad es de tipo 1 o quimioterapia

RECOMENDACIONES

- Para combatir este tipo de cáncer se recomienda tener en

cuenta a la población joven que cursa con signos y síntomas de enfermedad ácido péptica y realizarles tamizaje para poder dar un diagnóstico y tratamiento oportuno y de esta manera evitar la progresión a cáncer gástrico.

- Siendo Nariño uno de los departamentos que, en el país, se ve aquejado en mayor medida por el cáncer gástrico se recomienda la aplicación de estudios que estén más acorde con la detección temprana y con la disminución de factores determinantes para la formación de este tipo de patologías.
- Teniendo en cuenta la importancia de helicobacter pylori como determinante para desarrollar lesión crónica en la mucosa gástrica, Se recomienda realizar en la mayor medida posible la prueba para identificar la presencia o ausencia de este patógeno.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Susana, de la Riva.** Gastric carcinogenesis. Madrid : Revista Española de Enfermedades Digestivas, 2004. Vol. 96, 4.
2. **El Cancer.** Helicobacter pylori y el cáncer. [En línea] 5 de Septiembre de 2013. [Citado el: 15 de Octubre de 2017.]
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-h-pylori>.
3. **Biffi, Roberto, y otros.** Surgical outcome after docetaxel-based neoadjuvant chemotherapy in locally-advanced gastric cancer. *World Journal of Gastroenterology*. [En línea] 10 de Febrero de 2010. [Citado el: 23 de Noviembre de 2017.]
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2825334/>.
4. **La FM.** Cancer gastrico primera causa de muerte por tumores en Colombia. [En línea] 11 de Octubre de 2015. [Citado el: 19 de Noviembre de 2017.]
<http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/tratamiento-del-cancer-de-estomago-en-colombia/502177>.
5. **Revista Semana.** El cáncer de estómago, el más mortal en Colombia. [En línea] 16 de Octubre de 2016. [Citado el: 19 de Noviembre

- de 2017.] <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/tratamiento-del-cancer-de-estomago-en-colombia/502177>.
6. **Mandal, Ananya.** *Historia del Cáncer.* s.l. : New Medical Life Science , 2017.
 7. **Organizacion Mundial de la Salud.** *Cancer.* s.l. : Organizacion Mundial de la Salud, 2016.
 8. **International Agency for Research on Cancer.** *Cancer Incidence.* s.l. : International Agency for Research on Cancer, 2004.
 9. **Martinich, Maira.** *Sobrevida de pacientes con cancer gastrico atendidos en el hospital regional de la Ciudad de Punta Arenas.* Punta Arenas : Universidad de Chile, 2007.
 10. **P1, Karimi, y otros.** *Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention.* s.l. : Pubmed, 2004.
 11. **Arana, Juan y Corona, Carlos.** *Cancer Gastrico.* [En línea] 2006. <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-5/RFM47506.pdf>.
 12. **Correa, Pelayo.** *Cáncer gástrico: una enfermedad infecciosa.* [En línea] 15 de Abril de 2011. [Citado el: 21 de Noviembre de 2017.] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822011000200007.
 13. **Society, American Cancer.** *Acerca del Cancer de Estomago.* [En línea] 1 de Diciembre de 2017. [Citado el: 20 de Enero de 2018.] <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/acerca/que-es-el-cancer-de-estomago.html>.
 14. **Blanco, Olga, Cantillo, Ana y Rivera, Jordan.** *Medica UIS. Estado Actual del Cancer Gastrico.* [En línea] 2013. [Citado el: 18 de Enero de 2018.] <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/3655/4087>.
 15. **GLOBOCAN 2012.** *Stomach Cancer. Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.* Lyon, Francia: *International*

Agency for Research on Cancer. [En línea] 2016. [Citado el: 21 de Enero de 2018.] http://globocan.iarc.fr/Pages/factsheets_cancer.aspx.

16. **Devesa SS1, Silverman DT, Young JL Jr, Pollack ES, Brown CC, Horm JW, Percy CL, Myers MH, McKay FW, Fraumeni JF Jr.** Cancer incidence and mortality trends among whites in the United States, 1947-84. *Publmed*. [En línea] 1987. [Citado el: 22 de Enero de 2018.] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3309421>.

17. **Hirayama, Takeshi.** *Epidemiology of Cancer of the Stomach with Special Reference to Its Recent Decrease in Japan*. s.l. : CANCER RESEARCH, 1975.

18. **Correa, Pablo.** Claves del Cancer Gastrico en Nariño. s.l. : Semana, 2014.

19. **Medinuclear.** Mision y Vision. Pasto : s.n., 2014.

20. **Ministerio de Salud y Protección social .** *Resolucion 1383*. 2013.

21. **Congreso de la Republica.** *Ley 1384* . 2010.