



Universidad Nacional  
**SAN LUIS GONZAGA**



## **[Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)**

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando den crédito y licencia a las nuevas creaciones bajo los mismos términos. Esta licencia suele ser comparada con las licencias copyleft de software libre y de código abierto. Todas las nuevas obras basadas en la suya portarán la misma licencia, así que cualesquiera obras derivadas permitirán también uso comercial.

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**“Daniel Alcides Carrión”**



“Frecuencia histopatológica del cáncer gástrico.

Hospital regional de Ica. 2016 – 2018”

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:** Salud pública y conservación del medio ambiente

AUTOR: BACH. CUBA RAMOS, CYNTHIA FIORELA

ASESOR: DRA. NANCY BRIZUELA POW SANG

**Ica – Perú**

**2021**

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo a mis padres y hermanos quienes me enseñaron con amor a luchar por mis sueños y con su apoyo incondicional hoy puedo lograr uno de ellos, el ser médico. A mis maestros y amigos que hicieron de este camino un recorrido agradable y que me impulsa a seguir avanzando.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi familia por ser el apoyo tanto material como espiritual en estos años de estudio. A mis maestros que me mostraron el camino de la medicina con sabiduría y respetando a mis semejantes. A la Dra. Nancy Brizuela P. por asesorarme y guiarme en la ejecución y presentación informe final de la presente tesis.

## **INDICE**

PORTADA	
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
INDICE	iii
TABLAS	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCION	7
ESTRATEGIA METODOLOGICA	10
RESULTADOS	11
DISCUSION	20
CONCLUSIONES	22
RECOMENDACIONES	22
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	23
ANEXOS	25

## **TABLAS:**

Tabla 01	: Distribución de pacientes del estudio según sexo
Tabla 02	: Distribución de pacientes según edad
Tabla 03	: Distribución de pacientes según nivel educativo
Tabla 04	: Procedencia de pacientes del estudio
Tabla 05	: Masa corporal de pacientes del estudio
Tabla 06	: Frecuencia de alcoholismo en pacientes del estudio
Tabla 07	: Herencia familiar de cáncer gástrico dentro de pacientes del estudio
Tabla 08	: Tipo de alimentación de pacientes del estudio
Tabla 09	: Consumo de tabaco en pacientes del estudio
Tabla 10	: Lugar de lesión cancerosa
Tabla 11	: Tipo de tumor
Tabla 12	: Histopatología del tumor canceroso
Tabla 13	: Diferenciación histopatológica del tumor
Tabla 14	: Tipo endoscópico de tumor (Bormann)
Tabla 15	: Frecuencia de dolor abdominal en pacientes del estudio
Tabla 16	: Frecuencia de plenitud precoz en pacientes del estudio
Tabla 17	: Frecuencia de palidez en pacientes del estudio
Tabla 18	: Frecuencia de vómitos en pacientes del estudio
Tabla 19	: frecuencia de pérdida de peso en pacientes del estudio

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la frecuencia histopatológica de los pacientes con cáncer gástrico en el Hospital Regional de Ica durante 2016 – 2018. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo y retrospectivo que comprendió 116 pacientes diagnosticados con cáncer gástrico del Hospital Regional de Ica, de los cuales se conocieron características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas y sobre todo histopatológicas. Dicha información fue recabada de las historias clínicas y se utilizó la base de datos extraída para realizar análisis estadístico univariado de tipo descriptivo con determinación de frecuencias y porcentajes. **Resultados:** El 89,66% del cáncer gástrico es del tipo adenocarcinoma, el subtipo histológico más común es el intestinal, encontrado en el 56,03% de todos los pacientes y el grado de diferenciación más frecuente es el pobremente diferenciado con el 43,11%. El grupo de edad más afectado por cáncer gástrico es entre 46 y 70 años con un 55,17%. La localización más frecuente del cáncer gástrico fue el antro, encontrado en el 52,59%. El 57,8% de los pacientes con cáncer gástrico son varones y el grado de instrucción predominante es el nivel secundario con un 65,76%. **Conclusiones:** En nuestra población, el adenocarcinoma es el tipo de cáncer gástrico más frecuente y el tipo intestinal es el subtipo más común. En nuestro estudio hay predominio del sexo masculino y edades entre 46 y 70 años. La localización más común del cáncer gástrico en nuestro estudio es el antro pilórico.

**Palabras clave:** cáncer gástrico, histopatología, factores de riesgo

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the histopathological frequency of patients with gastric cancer at Hospital Regional de Ica during 2016 - 2018. **Materials and methods:** Descriptive and cross-sectional observational study that comprised 116 patients diagnosed with gastric cancer at Hospital Regional de Ica, of which they were known epidemiological, clinical, endoscopic and especially histopathological characteristics. This information was collected from the medical records and the extracted database was used to perform descriptive univariate statistical analysis with determination of frequencies and percentages. **Results:** 89.66% of gastric cancer is adenocarcinoma type, the most common histological subtype is intestinal, found in 56.03% of all patients and the most frequent degree of differentiation is poorly differentiated with 43,11%. The age group most affected by gastric cancer is between 46 and 70 years with 55.17%. The most frequent location of gastric cancer was the antrum, found in 52.59%. 57.8% of patients with gastric cancer are male and the predominant level of education is the secondary level with 65.76%. **Conclusions:** In our population, adenocarcinoma is the most frequent type of gastric cancer and the intestinal type is the most common subtype. In our study there is a predominance of males and ages between 46 and 70 years. The most common location of gastric cancer in our study is the pyloric antrum.

**Key words:** gastric cancer, histopathology, risk fact.

## I. INTRODUCCION

Hace 40 años las enfermedades infecciosas constituían la primera causa de muerte a nivel global. Con el paso del tiempo, el aumento de la esperanza de vida, el cambio de alimentación y desarrollo de actividades económicas ha ido variando el predominio de causa de muerte. Actualmente las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias constituyen las principales causas de muerte en el planeta.

Según la Agencia Internacional para la investigación del cáncer de la Organización Mundial de la Salud en su reporte anual GLOBOCAN 2020, el cáncer gástrico constituye la cuarta neoplasia más frecuente con el 5,6% del total de casos en dicho año. Además, el cáncer gástrico es responsable de 768 793 muertes en el 2020 (cuarta causa neoplásica de muerte). Hay predominio en el sexo masculino y cerca del 75% de nuevos casos y muertes provienen del continente asiático. Latinoamérica es responsable de alrededor del 6% de nuevos casos y muertos debidos al cáncer gástrico.(1)

En el Perú, según el Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades a través del documento: Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. 2018 refiere que el cáncer gástrico es la tercera neoplasia más frecuente en nuestro país con 5731 nuevos casos en el 2018. En Ica, según el mismo documento se encontraron 22 casos nuevos de cáncer gástrico en el 2018 que representó el 10,1% de todas las neoplasias.(2)

Un problema en nuestro país como en muchas de las naciones subdesarrolladas es la demora en realizar el diagnóstico. Reconocer los factores de riesgo en nuestra población, identificar el cuadro clínico precozmente y los flujos adecuados para el diagnóstico y tratamiento constituyen pilares fundamentales para disminuir el efecto negativo de esta enfermedad sobre nuestra población.

Dentro de los factores de riesgo identificados tenemos la infección por *Helicobacter pylori*, edad mayor de 60 años, tabaquismo, obesidad, sobrepeso, ingesta de alcohol, sexo masculino y alimentación ahumada. (3)

Morales Díaz y col realizaron un estudio sobre factores de riesgo y estableció la importancia de la infección temprana por *Helicobacter pylori*, la historia familiar de cáncer gástrico y el bajo nivel socioeconómico entre otros como los principales factores de riesgo para cáncer gástrico.(4)

Delgado Figueroa y col, establecieron que el consumo de carnes ahumadas, tabaquismo e ingesta de alcohol son los factores más frecuentes dentro de los prevenibles. En dicho estudio no se contó con la determinación de la infección por *Helicobacter pylori*.(5)

Saavedra Domenack C. en su trabajo de investigación realizado en un Hospital de Piura encontró que la edad mayor de 60 años es un factor de riesgo para cáncer gástrico, aunque encontró mayor frecuencia de casos en mujeres y confirmó la importancia de la infección por *Helicobacter pylori* y el antecedente familiar de cáncer gástrico como factores de riesgo importantes para dicha enfermedad.(6)

Respecto al cuadro clínico del cáncer gástrico se reconoce que luego de un período variable de no encontrar síntomas ni signos de la enfermedad, se presentan un cuadro clínico variable constituido por indigestión, pérdida de peso, dolor abdominal, cambios en el ritmo intestinal, pérdida de apetito y hemorragia digestiva. En algunos casos podemos encontrar llenura precoz y vómitos, así como adenopatías satelitales.(7)

Venturelli A y col en su estudio sobre clínica del cáncer gástrico encontraron que el dolor abdominal fue el síntoma más frecuente (83%), además se encontró que la hemorragia digestiva y la masa palpable han disminuido su frecuencia dentro de la clínica con la que se presentan los pacientes con cáncer gástrico.(8)

Hierro Gonzáles A. y col en su estudio encontraron que la epigastralgia, pérdida de peso, anorexia y astenia son los síntomas más comunes en el caso del cáncer gástrico de tipo epitelial y el signo clínico más común entre los pacientes es la palidez de piel y mucosas.(9)

Las características histopatológicas del cáncer gástrico se han ido estableciendo cada vez con mayor seguridad y eficacia gracias al empleo de la endoscopía digestiva diagnóstica y con ayuda del estudio por imágenes. El 90% de todos los cánceres gástricos corresponden a los adenocarcinomas y el resto son tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y linfomas. La clasificación de Lauren es la más utilizada y divide los cánceres gástricos en tipo intestinal que es la más común (55%) relacionado con pacientes mayores, varones y con infección por *Helicobacter pylori* y el tipo difuso relacionado con mujeres, pacientes jóvenes y patrón histológico de anillo de sello.(10)

Marroquín Santa Cruz A. en su estudio sobre características histopatológicas del cáncer gástrico, encontró que el adenocarcinoma gástrico es más frecuente en varones y mayores de 60 años. La presentación histopatológica más frecuente es la de tipo difuso, afectando frecuentemente el tercio medio gástrico y se presenta a más temprana edad que el tipo intestinal.(11)Portillo Miño J. y col

en su estudio encontraron que la infección por *Helicobacter pylori* y tamizaje precoz de lesiones premalignas y malignas constituyen herramientas importantes para evitar la aparición de carcinomas precardiales y neoplasias gástricas de tipo intestinal y concluyen que el adenocarcinoma de tipo intestinal en región antropilórica fue el diagnóstico más frecuente.(12)

Yarlequé Rubio P. en su estudio sobre características endoscópicas e histopatológicas del cáncer gástrico de un hospital de Lima encontró que el tipo intestinal y pobremente diferenciado fue el tipo y grado de diferenciación más frecuente del cáncer gástrico. El píloro fue la localización más frecuente y Bormann tipo IV fue el grado morfológico más frecuentemente encontrado en la endoscopía digestiva alta.(13)

Con todo este contexto se puede entender que el cáncer gástrico constituye una importante causa de morbi-mortalidad en nuestro país. Desgraciadamente aún llegamos tarde al diagnóstico y por ello se limitan las opciones terapéuticas y supervivencia en nuestros pacientes. De acuerdo a cada latitud va variando sobre todo el subtipo histológico más frecuente, aunque si se coincide que el adenocarcinoma es el tipo más frecuente en todas las series encontradas.

El objetivo de la presente tesis fue determinar la frecuencia de las variedades histopatológicas del cáncer gástrico encontrado en los pacientes que acudieron al Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016 a 2018. Se buscó además describir las características epidemiológicas y los síntomas más frecuentes entre los pacientes con cáncer gástrico.

A nivel global se conocen los factores de riesgo relacionados y ante ese panorama es necesario promover hábitos saludables, identificar los factores de riesgo y emprender screening periódicos a quienes presenten riesgo para padecer cáncer gástrico. Por ello la presente investigación se basó en el interés de conocer las características de nuestra población, identificación de factores de riesgo, cuadro clínico asociado y resultados del estudio endoscópico-histológico (14)

Luego de la recolección de datos y análisis estadístico se describieron los resultados a través de tablas y gráficos que explicaron los objetivos de la investigación, determinando diferencias entre edades, sexo, grado de instrucción, clínica del cáncer gástrico y características endoscópicas-histológicas. Luego de la exposición de los resultados se realizó la discusión de los mismos, comparando los resultados con los obtenidos en los estudios tomados como antecedentes y observamos que nuestros resultados son concordantes con los de otras investigaciones. Finalmente, gracias a dicha discusión se procedió a plantear las conclusiones y recomendaciones para beneficio de nuestra población y como base para futuras investigaciones

Así mismo el trabajo se considero como estructura desde la introducción en el capítulo I donde se establece las características generales del trabajo desde el fundamento teórico, justificación, antecedentes, en el capítulo II vemos la estrategia metodológica donde se describen las formas de análisis de los datos y de la población, capítulo III los resultados del estudio con su interpretación de los mismos datos, capítulo IV veremos la contrastación de los resultados con otras investigaciones, capítulo V son presentados las conclusiones, capítulo VI recomendaciones del estudio, capítulo VII referencias del estudio, capítulo VIII son los anexos del estudio

## **II. ESTRATEGIA METODOLOGICA**

### **Tipo, nivel y diseño de investigación**

El presente trabajo es un trabajo descriptivo, transversal y observacional, buscamos identificar la frecuencia histopatológica del cáncer gástrico en la población de Ica.

### **Población**

El estudio se realizó en el Hospital Regional de Ica y se consideró una población de 116 pacientes, obtenida de la aplicación de la fórmula de muestreo en población finita, considerando como población objetivo los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico atendidos en el Hospital Regional de Ica durante los años 2016 hasta 2018, luego de cumplir los criterios de inclusión y exclusión, y luego de depurar las historias clínicas que no contaban con los datos completos.

### **Técnica de recolección de datos**

El instrumento de recolección estuvo compuesto por ítems que nos permitió obtener la información de manera detallada. La información fue recabada a través de una hoja de recolección de datos validada, por la evaluación del juicio de expertos, la confiabilidad de las variables dicotómicas estuvo dada por el coeficiente alfa de Cronbach y para las variables politómicas por el coeficiente de Kuder - Richardson.

### **Técnicas de procesamientos, análisis e interpretación de resultados**

Una vez recolectados los datos, se procedió a la elaboración de la base de datos en formato Excel. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 26.0 y se realizará el análisis estadístico basado en análisis univariado, determinando frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Se utilizarán tablas para explicar los resultados. Se tomaron en consideración los principios éticos para la investigación y los documentos que respaldan dichos procedimientos como el informe Belmont, Código de Nuremberg, Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y Declaración Universal sobre Bioética y derechos Humanos. Además, se obtuvo el permiso institucional y del Comité de Ética para la investigación del Hospital Regional de Ica.

### III. RESULTADOS

Los resultados obtenidos al realizar el análisis de la información obtenida de los 116 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

**Tabla 01. Distribución de pacientes del estudio según sexo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Masculino	67	57.8	57.8
Femenino	49	42.2	42.2
Total	116	100	100.0

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

De los 116 pacientes diagnosticados con cáncer gástrico encontramos que el 57,8% (67) fueron varones y el 42,2% (49) eran mujeres.

**Tabla 02. Distribución de pacientes según edad**

	Edad						Total	%
	20–45 años	%	47–60 años	%	> 70 años	%		
Sexo								
Masculino	11	9.4985	40	34.49	16	18.56	67	57.75
Femenino	11	9.4985	24	20.68	14	7.3	49	42.25
Total	22	18.97	64	55.17	30	25.86	116	100

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

De los 116 pacientes: 22 pacientes tenían entre 20 y 45 años (18,97%), de los cuales 11 eran varones y 11 mujeres. 64 pacientes tenían entre 46 y 70 años (55,17%), de los cuales 40 eran varones y 24 mujeres. Finalmente 30 pacientes tenían más de 70 años (25,86%), de los cuales 16 eran varones y 14 mujeres.

**Tabla 03. Distribución de pacientes según nivel educativo.**

	Educación										Total	
	Analfabeta	%	Primaria Completa	%	Primaria Incompleta	%	Secundaria Completa	%	Secundaria Incompleta	%		
Sexo												
Masculino	1	0.97	18	15.51	1	0.86	44	37.58	3	2.9	67	55.25
Femenino	2	1.93	8	6.89	6	5.17	33	28.18	0	-	49	42.25
Total	3	2.9	26	22.4	7	6.03	77	65.76	3	2.9	116	100

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

De un total de 116 pacientes con cáncer gástrico encontrados; 3 pacientes eran analfabetos (2,9%), de los cuales 1 era varón y 2 mujeres. 26 pacientes tenían grado de instrucción de primaria completa (22,41%), de los cuales 18 eran varones y 8 mujeres. 7 pacientes tenían primaria incompleta (6,03%), de los cuales 1 era varón y 6 mujeres. 77 pacientes contaban con secundaria completa (65,76%), de los cuales 44 eran varones y 33 mujeres. Finalmente 3 pacientes tenían secundaria incompleta todas mujeres (2,9%)

**Tabla 04. Procedencia de pacientes del estudio**

	Procedencia						Total
	Chincha	Ica	Nazca	Palpa	Pisco	Otros	
Sexo							
Masculino	2	30	1	1	5	28	67
Femenino	2	23	4	0	8	12	49
Total	4	53	5	1	13	40	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

De los 116 pacientes con cáncer gástrico 4 pacientes procedían de Chincha (3,45%), 53 pacientes procedían de Ica (45,59%), 5 pacientes de Nasca (4,31%), 1 paciente de Palpa (0,86%), 13 pacientes de Pisco (11,2%) y 40 pacientes de otras provincias o regiones del país (34,2%).

**Tabla 05. Masa corporal de pacientes del estudio**

	Masa corporal					Total
	Bajo peso < 18.5	Normal (18.5 – 24.9)	Sobrepeso (25 – 29.9)	Obesidad I (30 – 34.9)	Obesidad II (35-39.9)	
Sexo						
Masculino	12	27	24	3	1	67
Femenino	5	21	19	4	0	49
Total	17	48	43	7	1	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

De los 116 pacientes del estudio: 17 (14,66%) presentan IMC menor a 18.5 catalogados como bajo peso, de los cuales 12 eran varones y 5 mujeres. 48 pacientes (41,38%) tenían IMC normal de 18.5 a 24.9, de los cuales 27 eran varones y 21 mujeres. 43 pacientes (37,07%) tenían sobrepeso (IMC de 25 a 29.9), de los cuales 24 eran varones y 19 mujeres. 7 pacientes (6,04%) tenían obesidad grado I (IMC de 30 a 34.9), de los cuales 3 eran varones y 4 mujeres. Finalmente 1 paciente varón (0,85%) con obesidad grado II (IMC de 35 a 39.9)

**Tabla 06. Frecuencia de alcoholismo en pacientes del estudio**

	Alcoholismo		Total
	No	Si	
Sexo			
Masculino	54	13	67
Femenino	46	3	49
Total	100	16	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

Del total de 116 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, 16 pacientes (13,8%) tenían antecedente de ingesta regular de bebidas alcohólicas, de ellos 13 eran varones y 3 mujeres.

**Tabla 07. Herencia familiar de cáncer gástrico dentro de pacientes del estudio**

	Herencia Familiar		Total
	No	Si	
Sexo			
Masculino	66	1	67
Femenino	48	1	49
Total	114	2	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

Del total de 116 pacientes estudiados, solo 2 pacientes (1,72%) tenían antecedentes familiares de cáncer gástrico, de los cuales 1 paciente era varón y 1 mujer.

**Tabla 08. Tipo de alimentación de pacientes del estudio**

	Alimentación		Total
	Carbohidratos	Alimentación variada	
Sexo			
Masculino	2	65	67
Femenino	0	49	49
Total	2	114	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

Encontramos dentro de los 116 pacientes estudiados, 114 pacientes (98,27%) tenían alimentación variada, de los cuales 65 eran varones y 49 mujeres, 2 pacientes (1,73%) tenían alimentación a predominio de carbohidratos y eran varones.

**Tabla 09. Consumo de tabaco en pacientes del estudio**

	Tabaco		Total
	No fuma	Si fuma	
Sexo			
Masculino	66	1	67
Femenino	49	0	49
Total	2	1	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

Sólo se encontró a 1 paciente (0,86%) dentro de los 116 estudiados que presentaba consumo de tabaco como antecedente de importancia, el paciente era de sexo masculino.

**Tabla10. Lugar de lesión cancerosa**

	Lesión				Total
	Antro	Cardias	Cuerpo	Fondo	
Sexo					
Masculino	38	2	24	3	67
Femenino	23	2	17	7	49
Total	61	4	41	10	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

Dentro de los 116 pacientes estudiados. 61 pacientes (52,59%) presentaron lesión en el antro, de los cuales 38 eran varones y 23 mujeres. 4 pacientes (3,45%) tenían lesión en el cardias, de los cuales 2 eran varones y 2 mujeres. 41 (35,34%) pacientes tenían lesión en el cuerpo gástrico, de los cuales 24 eran varones y 17 mujeres. Finalmente 10 pacientes (8,62%) presentaron lesión en el fondo gástrico, de los cuales 3 eran varones y 7 mujeres.

**Tabla11. Tipo de tumor**

	Tipo de tumor					Total
	Adenocarcinoma	Carcinoma	GIST	Linfoma	Otros	
Sexo						
Masculino	62	1	0	2	2	67
Femenino	42	1	1	2	3	49
Total	104	2	1	4	5	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

Luego de la endoscopia digestiva alta de los 116 pacientes se encontró que 104 pacientes presentaron adenocarcinoma (89,66%), de los cuales 62 eran varones y 42 mujeres. 2 pacientes presentaron carcinoma (1,72%), 1 varón y 1 mujer. 1 paciente presentaba tumor tipo GIST (0,86%) y era mujer. 4 pacientes tenían linfoma (3,45%), de los cuales 2 varones y 2 mujeres. Finalmente 5 pacientes (4,31%) presentaron otros tipos de tumor, de los cuales 2 eran varones y 3 mujeres.

**Tabla12. Histopatología del tumor canceroso**

	Tipo histológico					Total
	Células en anillo de sello	Difuso	Intestinal	Tubular	Otros	
Sexo						
Masculino	7	6	41	13	0	67
Femenino	11	7	24	6	1	49
Total	18	13	65	19	1	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

Luego del análisis histopatológico de las muestras de los 116 pacientes del estudio, se encontró que 18 pacientes (15,52%) tenían patrón de células en anillo de sello, de los cuales 7 eran varones y 11 mujeres. 13 pacientes (11,20%) presentaron patrón tipo difuso, de los cuales 6 eran varones y 7 mujeres. 65 pacientes (56,03%) tenían patrón tipo intestinal, de los cuales 41 eran varones y 24 mujeres. 19 pacientes (16,38%) tenían patrón tubular, de los cuales 13 eran varones y 6 mujeres. Finalmente 1 paciente mujer (0,87%) tenía otro patrón histológico.

**Tabla 13. Diferenciación histopatológica del tumor**

	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
DIFERENCIACION			
Bien diferenciada	12	11	23
Diferenciada	2	0	2
Indiferenciada	10	4	14
Medianamente diferenciada	14	13	27
Pobrementemente diferenciada	29	21	50
Total	67	49	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

De los 116 pacientes del estudio. 23 pacientes (19,83%) tenían patrón bien diferenciado, de los cuales 12 eran varones y 11 mujeres. 2 pacientes (1,72%) tenían patrón diferenciado y eran varones. 14 pacientes (12,07%) tenían patrón indiferenciado, de los cuales 10 eran varones y 4 mujeres. 27 pacientes (23,27%) tenían patrón medianamente diferenciado, de los cuales 14 eran varones y 13 mujeres. Finalmente 50 pacientes (43,11%) tenían patrón pobrementemente diferenciado, de los cuales 29 eran varones y 21 mujeres.

**Tabla 14. Tipo endoscópico de tumor (Bormann)**

	Bormann I	Bormann II	Bormann III	Bormann IV	Bormann V	Total
	(Polipoide)	(Circunscrita Ulcerada)	(Ulcerada Infiltrante)	(Infiltrante)	(TipoV)	
Sexo						
Masculino	18	23	16	9	1	67
Femenino	17	16	8	7	1	49
Total	35	39	24	16	2	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional De Ica.

Los 116 pacientes que fueron estudiados. 16 (13,79%) presentaban lesión tipo Bormann IV, de los cuales 9 eran varones y 7 mujeres. 35 pacientes (30,17%) tenían lesión tipo Bormann I, de los cuales 18 eran varones y 17 mujeres. 39 pacientes (33,62%) tenían lesión tipo Bormann II, de los cuales 23 eran varones y 16 mujeres. 24 pacientes (20,69%) tenían lesión Bormann tipo III, de los cuales 16 eran varones y 8 mujeres. Finalmente 2 pacientes (1,73%) tenían lesión tipo Bormann V, 1 varón y 1 mujer.

**Tabla 15. Frecuencia de dolor abdominal en pacientes del estudio**

	Dolor Abdominal		Total
	No	Si	
Sexo			
Masculino	17	50	67
Femenino	6	43	49
Total	23	93	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

De los 116 pacientes del estudio. 93 pacientes (80,17%) presentaron dolor abdominal como síntoma asociado al cáncer gástrico, de los cuales 50 eran varones y 43 mujeres. 23 pacientes no manifestaron dolor gástrico como síntoma.

**Tabla 16. Frecuencia de plenitud precoz en pacientes del estudio**

	Plenitud Precoz		Total
	No	Si	
Sexo			
Masculino	33	34	67
Femenino	28	21	49
Total	61	55	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

De los 116 pacientes. 55 pacientes (47,41%) presentaron plenitud precoz como síntoma de cáncer gástrico, de los cuales 34 eran varones y 21 mujeres. 61 pacientes no presentaron plenitud precoz como síntoma.

**Tabla17. Frecuencia de palidez en pacientes del estudio**

	Palidez		Total
	No	Si	
Sexo			
Masculino	44	23	67
Femenino	32	17	49
Total	76	40	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

De los 116 pacientes del estudio. 40 pacientes (34,48%) presentaron palidez como síntoma/signo relacionado al cáncer gástrico, de los cuales 23 eran varones y 17 mujeres. 76 pacientes no presentaron palidez como síntoma o signo de cáncer gástrico.

**Tabla18. Frecuencia de vómitos en pacientes del estudio**

	Vómitos		Total
	No	Si	
Sexo			
Masculino	49	18	67
Femenino	34	15	49
Total	83	33	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

De los 116 pacientes del estudio. 33 pacientes (28,45%) presentaron vómitos como síntomas de cáncer gástrico, de los cuales 18 eran varones y 15 eran mujeres. 83 pacientes no presentaron vómitos como síntoma relacionado a cáncer gástrico.

**Tabla19. Frecuencia de pérdida de peso en pacientes del estudio**

	Pérdida de peso		Total
	No	Si	
Sexo			
Masculino	46	21	67
Femenino	38	11	49
Total	84	32	116

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital Regional Ica

De los 116 pacientes en el estudio. 32 pacientes (27,59%) presentaron pérdida de peso relacionada al cáncer gástrico, de los cuales 21 eran varones y 11 mujeres. 84 pacientes no presentaron pérdida de peso como síntoma.

#### **IV. DISCUSIÓN**

- El adenocarcinoma es el tipo histológico primario más frecuente en nuestro estudio (89,66%). El subtipo más frecuente es el intestinal con el 56,03% del total de pacientes. El patrón pobremente diferenciado es el más frecuente con el 43,11% del total de pacientes con cáncer gástrico estudiados. José Portillo y col (12) en su estudio sobre características histopatológicas del cáncer gástrico coincidió con nuestro estudio ya que el subtipo más frecuente también era el intestinal (80%). Christian Saavedra D. (6) en su estudio encontró también que el adenocarcinoma también es el tipo más frecuente de cáncer gástrico con un 85,5%, aunque encontró el patrón de anillo se sello como el más frecuente (60,5%), finalmente encontró patrón moderadamente diferenciado en un 35,5% como el más frecuente de su serie y pobremente diferenciado en un 31,2%. Finalmente Yarlequé Rubio P.(13) en su estudio también encontró que el subtipo intestinal es el más frecuente con 94,9% y el patrón pobremente diferenciado es el más frecuente con un 89,1%.

- La localización del tumor gástrico más frecuente es el antro gástrico con el 52,59% seguido por el cuerpo gástrico con el 35,34% del total de pacientes diagnosticados. José Portillo y col en su estudio también encontraron la localización antropilórica en el 52% como la más frecuente. Saavedra Domenack C. coincidió al encontrar el antro como localización preferencial en un 47,8%. Finalmente, Yarlequé Rubio también coincide con la región antropilórica como la más frecuente, encontrando una frecuencia del 60,4% en píloro y 39,6% en antro.
- El 57,8% de los pacientes estudiados con cáncer gástrico eran varones. El grupo de edad con mayor frecuencia de cáncer gástrico era el comprendido entre 46 a 70 años con el 55,17%, seguido por el grupo de mayores de 70 años con el 25,86%. En el estudio de Portillo y col se encontró una prevalencia en varones del 70,6%. Yarlequé Rubio en su estudio encontró preferencia en varones en un 71,6% y un promedio de edad de 58 años. Saavedra Domenack en su estudio encontró mayor frecuencia en mujeres (50,7%) y una edad entre 66,9 +- 15.1 años. Finalmente Valdivia Cabrera R.(17) en su estudio encontró que el cáncer gástrico es más frecuente en varones con un 58,68% y a predominio de mayores de 50 años en un 52,94%.
- El 65,76% de los pacientes estudiados contaban con secundaria completa. El 45,5) % de los pacientes procedían del a provincia de Ica y el 34,2% de otras provincias fuera de la región. Portillo en su estudio encontró que la mayoría de pacientes con cáncer gástrico (36,4%) tenían secundaria completa. Marroquín Santa Cruz J. en su estudio (11) también encontró una mayor tasa de pacientes con estudios secundarios (32,58%).
- El 41,38% de los pacientes con cáncer gástrico presentaban un IMC normal y el 14,66% presentaban bajo peso. Valdivia Cabrera encontró en su estudio que el 64,7% de los pacientes con cáncer gástrico tenían IMC mayor a 25.
- Dentro de los antecedentes de los pacientes, 13,8% presentaba antecedente de consumo de bebidas alcohólicas, 1,72% tenía antecedentes familiares, 98,27% tenía alimentación variada y el 0,87% consumía tabaco. Valdivia en su estudio también encontró asociación con antecedente familiar sólo en 3,92%, aunque alimentación variada en un 27,45%. Marroquín Santa Cruz encontró antecedente familiar en un 30%, Ingesta de alcohol en un 44,67% y consumo de tabaco sólo en un 38,67%.
- Dentro de los síntomas relacionados con el cáncer gástrico, el 80,17% presentaron dolor abdominal; 47,41% presentaron sensación de plenitud gástrica; 34,48% tuvieron palidez; 28,45% manifestaron que habían tenido vómitos y el 27,59% refirieron pérdida de peso previo al diagnóstico de cáncer gástrico.

## **V. CONCLUSIONES**

- El adenocarcinoma es el tipo de cáncer gástrico más común, y el tipo intestinal es el subtipo más frecuente.
- El síntoma más común relacionado con el cáncer gástrico es el dolor abdominal.
- Al momento del diagnóstico, el grado de diferenciación más común es el pobremente diferenciado.
- El cáncer gástrico es más común en los varones, se diagnostica a mediana edad, y no se encontró relación directa con la alimentación, tabaco, alcohol ni presencia de antecedente familiar de cáncer gástrico.
- El grado de instrucción que predomina entre los pacientes con cáncer gástrico es el de secundaria completa.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Se debe elaborar un programa de identificación de factores de riesgo y selección de pacientes para estudios endoscópicos diagnósticos de manera precoz.
- Realizar estudios complementarios en todo paciente que presente dolor abdominal crónico de etiología no esclarecida.
- Realizar campañas de prevención y screening sobre cáncer gástrico en poblaciones a predominio de sexo masculino y de mediana edad (45 a 70 años)
- Propiciar nuevas investigaciones sobre tratamiento de cáncer gástrico, estadiaje e intervención en factores de riesgo como la infección por *Helicobacter pylori*, que no fue considerado en el presente estudio.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Agencia Internacional de Investigación sobre el cáncer. “Estadísticas de incidencia y mortalidad por cáncer gástrico en todo el mundo y por región. Incidencia Mortalidad en ambos sexos”. 2020(1): 1-2.
2. Ramos W. Guerrero N. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. “Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2018”. Ministerio de Salud. 2020.
3. Ramos W, De La Cruz J. Presentación del documento técnico “Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018”. Rev. Fac. Med. Hum. 2020; 20(1):10-11.
4. Morales Díaz M, Corrales Alonso S, Vanterpoll HM, Avalos R, Salabert I, Hernández O. Cáncer gástrico: algunas consideraciones sobre factores de riesgo y Helicobacter pylori. Rev Med Electrón.2018; 40(2):434-444. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000200018&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200018&lng=es).
5. Delgado-Figueroa N, et al. Factores de riesgo asociados a adenocarcinoma gástrico de patrones histológicos de tipo intestinal y difuso en población adulta del occidente de México. Gac Med Mex. 2017; 153(2): 174-176. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72307>
6. Saavedra C. Perfil Epidemiológico y Anatomopatológico del Cáncer Gástrico en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura, 2015 – 2018. Piura. Universidad Cesar Vallejo; 2020.
7. Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. Cáncer Gástrico. 2019. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/estomago?start=13>.
8. Venturelli L. A, Butte J, Venturelli M. F, Werner F. Cáncer gástrico: Características clínicas, histopatológicas y terapéuticas. Cuad cir. 2018; 15 (1): 14–8.
9. Hierro GA, De Uime F, González L. Comportamiento clínico, epidemiológico, endoscópico e histológico del cáncer gástrico de tipo epitelial. Rev Cubana Invest Bioméd. 2016; 35(1):49-64.
10. Pontillo Walerovsky M, Rappa J. Cáncer Gástrico. Clin Quir Fac Med UdelaR. 2018; 01(01): 02-06.
11. Marroquín J. Características Epidemiológicas, Endoscópicas e Histopatológicas de pacientes diagnosticados con Adenocarcinoma Gástrico Avanzado en dos Hospitales de La Ciudad De Cusco, 2016-2018. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad; 2019.

12. Portillo JD, Araujo LM, Melo JM, Carlosama Y. Características sociodemográficas e histopatológicas en pacientes con cáncer gástrico en una población con alto riesgo en Colombia. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2021; 36 (1): 18–23.
13. Yarlequé P. Prevalencia y características endoscópicas - histológicas de cáncer gástrico en Hospital Santa Rosa, 2014- 2015. Piura. Universidad Cesar Vallejo; 2017.
14. Claros J, Tocino RV, Fonseca E, Cigarral B, Barrios B, Casado D, et al. Cáncer gástrico. *Medicamento*. 2021; 13 (24): 1324–33.
15. Oliveros R, Pinilla Morales RE, Facundo Navia H, Sánchez Pedraza R. Cáncer Gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2019; 34(2):177-88.
16. Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. *Prz Gastroenterol*. 2019;14(1):26–38.
17. Valdivia R. Factores clínicos y epidemiológicos asociados a cáncer gástrico en pacientes del servicio de Gastroenterología en Hospital Militar Central en 2015- 2016. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018.

## VIII. ANEXOS

### ANEXO 01: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA N°:		HISTORIA CLINICA N°		
<b><u>DATOS EPIDEMIOLÓGICOS</u></b>				
<b>SEXO:</b>	MASCULINO ( )		FEMENINO ( )	
<b>EDAD:</b>	20-45 AÑOS ( )		46-70 AÑOS ( )	>70 AÑOS ( )
<b>EDUCACIÓN:</b>	ANALFABETA ( )	PRIMARIA ( )	SECUNDARIA ( )	SUPERIOR ( )
<b>PROCEDENCIA</b>	ICA ( )	CHINCHA ( )		PALPA ( )
	NAZCA ( )	PISCO ( )		FUERA DE ICA( )
<b>INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)</b>	BAJO PESO < 18.5 ( )	NORMAL 18.5 – 24.9 ( )	SOBREPESO 25 – 29.9 ( )	OBESIDAD • GRADO I 30 – 34.9 ( )  • GRADO II 35 - 39.9 ( )
<b>ALCOHOLISMO</b>	SÍ ( )		NO ( )	
<b>HERENCIA FAMILIAR</b>	SÍ ( )		NO ( )	
<b>ALIMENTACIÓN</b>	VERDURA ( )		CARNES ( )	
	CARBOHIDRATOS ( )		GRASAS ( )	
<b>TABACO</b>	SI FUMA ( )		NO FUMA ( )	

<b><u>MANIFESTACIONES CLÍNICAS</u></b>		
<b>DOLOR ABDOMINAL</b>	PRESENTE ( )	NO PRESENTE ( )
<b>PLENITUD PRECOZ</b>	PRESENTE ( )	NO PRESENTE ( )
<b>PALIDEZ</b>	PRESENTE ( )	NO PRESENTE ( )
<b>VÓMITOS</b>	SÍ ( )	NO ( )

<b>REDUCCIÓN EN EL PESO</b>	SÍ ( )	NO ( )	
<b><u>CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLOGICAS</u></b>			
<b>ENDOSCOPIA - BIOPSIA</b>	REALIZADA ( )	NO REALIZADA ( )	
<b>LUGAR LESIÓN</b>	CARDIAS ( )	FONDO ( )	
	CUERPO ( )	ANTRO ( )	
	PILORO ( )		
<b>TIPOS TUMOR GÁSTRICO</b>	ADENOCARCINOMA ( )	LINFOMA ( )	
	GIST ( )	OTROS:	
<b>TIPO HISTOLÓGICO</b>	<b>LAUREN</b>	INTESTINAL( )	DIFUSO ( )
	<b>OMS</b>	PAPILAR ( )	MUCINOSO ( )
		TUBULAR ( )	CEL ANILLO SELLO ( )
<b>DIFERENCIACIÓN</b>	BIEN DIFERENCIADA ( )	MEDIANAMENTE DIFERENCIADA ( )	
	POBREMENTE DIFERENCIADA ( )	INDIFERENCIADO ( )	
<b>TIPO ENDOSCÓPICO (BORMANN)</b>	Bormann I POLIPOIDE ( )	Bormann II (Circunscrita) ULCERADA ( )	
	Bormann III ULCERADA- INFILTRANTE ( )	Borman IV INFILTRANTE ( )	
	Bormann V NO CLASIFICABLE		

## INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

### I.- DATOS GENERALES:

### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Díaz Monge Juan Carlos*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Hospital Regional de Ica*  
 1.3 Tipo de Experto:  Especialista  Estadístico  Metodólogo  
 1.4 Nombre del instrumento: *Hoja de recolección de datos*  
 1.5 Autor (a) del instrumento: *Cuba Ramos Cynthia Fiorela*

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					✓
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances sobre cáncer gástrico					✓
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					✓
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer frecuencia histopatológica					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					✓
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva					✓

### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....  
 (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Ica, 04 Octubre 2021

100

*Juan Carlos Díaz Monge*  
**Dr. Juan Carlos Díaz Monge**  
 Medicina Interna - Infectología  
 C.M.P. 15230 - R.N.E. 32022

D.N.I. *40065091*

Teléfono *967992987*

## INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

### I.- DATOS GENERALES:

### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Gaavedra Escobar Sonia*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Hospital Regional de Ica*  
 1.3 Tipo de Experto:  Especialista  Estadístico  Metodólogo  
 1.4 Nombre del instrumento: *Hoja de recolección de datos*  
 1.5 Autor (a) del instrumento: *Cuba Ramos Cynthia Fiorela*

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					✓
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances sobre cáncer gástrico					✓
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					✓
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer frecuencia histopatológica					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					✓
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva					✓

### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

(Comentario del juez experto respecto al instrumento)

### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Ica, 04 Octubre 2021

100

  
 .....  
**SONIA GAAVEDRA ESCOBAR**  
 FIRMADA POR  
 GASTROENTERÓLOGA  
 C.R. 14057 RNE 14077  
 D.N.I. 06798982  
 Teléfono 956161633

## INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

### I.- DATOS GENERALES:

### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Berrocal Tenorio Karina Fiorella  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional de Ica  
 1.3 Tipo de Experto:  Especialista  Estadístico  Metodólogo  
 1.4 Nombre del instrumento: Hoja de recolección de datos  
 1.5 Autor (a) del instrumento: Cuba Ramos Cynthia Fiorella

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					✓
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances sobre cáncer gástrico					✓
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					✓
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer frecuencia histopatológica					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					✓
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva					✓

### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....  
 (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Ica, 04 Octubre 2021

100

Karina Fiorella Berrocal Tenorio  
 MEDICO GASTROENTEROLOGO  
 ENDOSCOPISTA

Firma del Experto

D.N.I 99956221...

Teléfono 986 118343

HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
GOBIERNO REGIONAL ICA  
Hospital Regional de Ica

N° 1130-2021-HRI/DE.



HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
CERTIFICADO: Que el presente documento  
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Al que me remito para los fines pertinentes  
26 NOV. 2021

## Resolución Directoral

SP. LEONOR CARMEN PEREYRA ZEA  
FEDATARIO HRI

Ica, 26 de Octubre del 2021



### VISTO:

El Expediente N° 21-016016-001, que contiene el Memorando N° 714-2021-HRI/DE, de fecha 14 de Octubre del 2021, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional, donde se autoriza emitir acto resolutivo aprobando los **PROYECTOS DE INVESTIGACION**, revisados por el Comité de Ética e Investigación; Oficio N° 096-2021-HRI/JOADI;

### CONSIDERANDO:



Que, el artículo XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de los recursos humanos para el cuidado de la salud.



Que, la Oficina de Apoyo a la Docencia e investigación es la unidad orgánica encargada de prestar apoyo a la docencia e investigación según los convenios con las universidades y/o instituciones educativas teniendo como función entre otras la de proponer los planes y programas de perfeccionamiento y formación de los recursos humanos según corresponda a los convenios suscritos con universidades y/o instituciones educativas.



Que, con Oficio N° 096-2021-HRI/JOADI, el Mag. Victor Hugo Barrientos Ramos, Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el Acto Resolutivo de aprobación de los Proyectos de Investigación, el cual han sido revisados y aprobados por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Ica, adjuntando el Acta de Evaluación y Aprobación de fecha 07 de Octubre del 2021.



Que, mediante Memorando N° 714-2021-HRI/DE, de fecha 14 de Octubre del 2021, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el Acto Resolutivo de aprobación de los PROYECTOS DE INVESTIGACION, detallados en el documento citado en la referencia, los cuales han sido revisados, evaluados y aprobados por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Ica.

...///

HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
CERTIFICO Que el presente documento  
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Al que me remito para los fines pertinentes

26 NOV. 2021

SP. LEONOR CARMEN PEREYRA ZEA  
FEDATARIO HRI

///...

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR** los **PROYECTOS DE INVESTIGACION**, revisados por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Ica, proyectos que se detallan a continuación:

HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
VºBº  
JEFE DE LA OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN  
CESAR A. BURGOS B.

HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
VºBº  
ASESORÍA JURÍDICA  
Lourdes Meléndez Torres

HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
VºBº  
JEFE OFICINA DE ASesoría JURÍDICA  
Lourdes Meléndez Torres

HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
VºBº

Nº	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADOR
01	"FRECUENCIA HISTOPATOLÓGICA DEL CANCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2016-2018".	-CYNTHIA FIORELA CUBA RAMOS.
02	"TRANSTORNO DEL SUEÑO Y BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE MARZO- AGOSTO 2021".	-JULIA ISABEL LOPEZ RAMOS.
03	"FRECUENCIA DEL SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN JOVENES DE 20 A 30 AÑOS EN UN HOSPITAL DE ICA, ABRIL-DICIEMBRE 2020".	-ANALI BRIGITT PACHECO CAÑEDO.
04	"INFLUENCIA DE LAS TELECONSULTAS EN EL TRATAMIENTO DE JOVENES CON DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL PERIODO DE JULIO – DICIEMBRE 2021".	-KRIST IRAYDA MERINO VENTOCILLA.
05	"FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS DEL RECIEN NACIDO RELACIONADOS A LA MACROSOMIA FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2019".	-NIEVES ANABEL MAYURI ESPINOZA.
06	"ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2021".	-DIANA CAROLINA CORDERO VARGAS.
07	"INFLUENCIA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA".	-LOURDES LIZETH MUCHAYPIÑA SUAREZ.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-NOTIFICAR** la presente Resolución Directoral a las partes interesadas, y a las instancias competentes.-----

**Regístrese y Comuníquese.**

JAGI/D.E.HRI.  
CABB/D.E.ADM.  
EBEH/J.ORRHH.  
10004500-11978

HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
M.C. JAVIER ALFREDO GRADOS TELLO  
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI  
C.M.P. N° 62101

