



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA**

TEMA:

**Diagnóstico precoz de cáncer digestivo en el Instituto
Oncológico Nacional Solca durante el periodo Enero -
Diciembre 2014.**

AUTOR (A):

**Ceriz Vélez Eduardo Xavier
Ureta Centeno Willy Leonardo**

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Francisco Obando Freire.

**Guayaquil, Ecuador
2016**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Eduardo Xavier Ceriz Vélez**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Médico**

TUTOR

OPONENTE

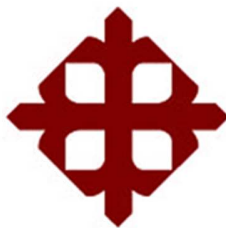
Dr. Francisco Obando Freire.

**DECANO(A)/
DIRECTOR(A) DE CARRERA**

**COORDINADOR(A) DE ÁREA
/DOCENTE DE LA CARRERA**

Dr. Gustavo Ramírez Amat

Guayaquil, Abril del 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Willy Leonardo Ureta Centeno**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR

OPONENTE

Dr. Francisco Obando Freire.

**DECANO(A)/
DIRECTOR(A) DE CARRERA**

**COORDINADOR(A) DE ÁREA
/DOCENTE DE LA CARRERA**

Dr. Gustavo Ramírez Amat

Guayaquil, Abril del 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Eduardo Xavier Ceriz Vélez

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **“Diagnóstico precoz de cáncer digestivo en el Instituto Oncológico Nacional Solca durante el periodo Enero - Diciembre 2014.”** previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, Abril del 2016

EL AUTOR

Eduardo Xavier Ceriz Vélez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Willy Leonardo Ureta Centeno**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación “**Diagnóstico precoz de cáncer digestivo en el Instituto Oncológico Nacional Solca durante el periodo Enero - Diciembre 2014.**” previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, Abril del 2016

EL AUTOR

Willy Leonardo Ureta Centeno



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Eduardo Xavier Ceriz Vélez**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **“Diagnóstico precoz de cáncer digestivo en el Instituto Oncológico Nacional Solca durante el periodo Enero - Diciembre 2014.”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, Abril del 2016

EL AUTOR:

Eduardo Xavier Ceriz Vélez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Willy Leonardo Ureta Centeno**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: “**Diagnóstico precoz de cáncer digestivo en el Instituto Oncológico Nacional Solca durante el periodo Enero - Diciembre 2014.**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, Abril del 2016

EL AUTOR:

Willy Leonardo Ureta Centeno

AGRADECIMIENTO

La gratitud da sentido a nuestro pasado, trae paz al presente y crea una visión para el mañana. Quisiera agradecer este trabajo a mi Familia quien ha estado para mi en los buenos y malos momentos, quienes a pesar de los errores cometidos, me supieron abrigar con cariño y darme las fuerzas necesarias para seguir en el arduo camino de esta noble profesión, sin ellos nada de esto seria posible, estaré por siempre agradecido por la bendición de Dios de darme esta familia espectacular. No se queda atrás la familia que uno escoge, los amigos, quienes han estado para mi desde que juntos empezamos esta carrera, con quienes hemos vivido momentos inolvidables, tal vez cada quien tome su rumbo pero siempre estarán en mi corazón y pensamientos.

Eduardo Xavier Ceriz Vélez

AGRADECIMIENTO

Primero el agradecimiento a Dios por haberme dado fuerzas y sabiduría para llegar a este día especial, segundo a mi papá, mamá y hermanos por haberme brindado siempre su apoyo total en esta dura carrera la cual no termina con esta presentación previa a mi obtención de título como médico general, si no con muchas metas propuestas por realizar, por último el agradecimiento a mis mejores amigos el cual con sus palabras, sus consejos me ayudaron a ser una mejor persona y mejor profesional. Gracias totales.

Willy Leonardo Ureta Centeno

DEDICATORIA

Este trabajo se lo quiero dedicar única y exclusivamente a mi madre por ser mi ejemplo de perseverancia, entrega y apoyo incondicional, quien cuando estuve en problemas con sabias palabras me supo aconsejar, y lo mas importante supo llegar a mi. Una noble persona con un corazón tan grande que no me alcanzan palabras para describirla. Con todo mi cariño este trabajo es para ti mi hermosa madre.

Eduardo Xavier Ceriz Vélez

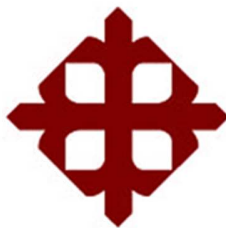
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dr. Francisco Obando Freire.
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

Dr. Gustavo Ramírez Amat
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA**

CALIFICACIÓN

Dr. Francisco Obando Freire.
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

Dr. Gustavo Ramírez Amat
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA**

CALIFICACIÓN

Dr. Francisco Obando Freire.
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

Dr. Gustavo Ramírez Amat
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: Marco Teórico	3
CAPÍTULO 2: Materiales y métodos	8
CAPÍTULO 3: Resultados	10
CAPITULO 4: Discusión y Conclusiones	15
BIBLIOGRAFÍA	18

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Características de la población	10
Tabla 2: Primera demora	13
Tabla 3: Segunda a cuarta demora.....	14
Tabla 4: Primera manifestación clínica de acuerdo al órgano afecto.....	24

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 Box plot de distribución etaria	25
Gráfico 2 Frecuencia según órgano afecto	26
Gráfico 3 Estadío al diagnóstico	27
Gráfico 4 Primera manifestación clínica.....	28
Gráfico 5 Primera demora.....	29
Gráfico 6 Respuesta al tratamiento.....	30
Gráfico 7 Estado actual del paciente	31

RESUMEN

Introducción: las neoplasias malignas de aparato digestivo llegan a constituir casi el 21% del total de la patología; el retraso del diagnóstico es un factor de importancia a considerar ya éste puede ocurrir en diferentes etapas de la enfermedad ya sea en el periodo donde empieza a desarrollar las primeras manifestaciones clínicas, hasta el ingreso al sistema de salud para su evaluación y posterior diagnóstico. **Objetivo:** determinar la prevalencia del diagnóstico precoz de cáncer digestivo. **Materiales y métodos:** estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, realizado en Instituto Oncológico Nacional Solca de la ciudad de Guayaquil del periodo transcurrido desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2014. **Resultados:** se estudiaron 217 pacientes; el tipo de cáncer ordenado de acuerdo a su frecuencia fue: estómago 98 (45,2%), colon 59 (27,2%), unión recto-sigmoidea 39 (18%), el estadio al momento del diagnóstico el 31,8 % se encontraba en el estadio I de la enfermedad; la primera manifestación de la enfermedad en el 35% de los casos fue el dolor abdominal, 22,6% sangrado digestivo. La primera demora se presentó en la mayoría de casos y fue entre 6 meses a 1 año en el 38,2%. **Conclusiones:** la prevalencia en el diagnóstico precoz del cáncer digestivo en el hospital del Instituto Oncológico Nacional Solca de Guayaquil durante el 2014 al tomar en cuenta el estadio de la enfermedad (estadio 0-I) es del 49,8%. **Palabras Claves:** Neoplasias, Neoplasias del Sistema Digestivo, Neoplasias Gastrointestinales, Diagnóstico precoz, Pronóstico, Prevalencia.

ABSTRACT

Introduction: the malignant tumors of digestive system constitute almost 21 % of the total of the pathology; the delay of the diagnosis is a factor of importance when this one considers already can happen in different stages of the disease like the period where it starts developing the first clinical manifestations, up to the revenue to the system of health for his evaluation and later diagnosis.

Objective: to determine the prevalence of the early diagnosis of digestive cancer. **Materials and methods:** observational, descriptive, retrospective and transverse study realized in Institute Oncologic National Solca of the city of Guayaquil in the period between January 1 to December 31, 2014. **Results:** 217 patients were studied; the type of cancer was ordained by frequency: Stomach 98 (45,2 %), colon 59 (27,2 %), rectus- sigmoid union 39 (18 %), the stage at the moment of the diagnosis was 31,8 % in the stage I of the disease; the first manifestation of the disease in 35 % of the cases was the abdominal pain, 22,6 % digestive bleeding. The first delay that appeared in the majority of cases was between 6 months to 1 year in 38,2 %. **Conclusions:** the prevalence in the early diagnosis of the digestive cancer in the hospital of the Institute Oncologic National Solca of Guayaquil during 2014 by the stage of the disease (stage 0-I) is 49,8 %. **Key words:** Neoplasm, Digestive neoplasm, Gastrointestinal neoplasm, Prevalence, Early diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas de aparato digestivo llegan a constituir casi el 21% del total de la patología en tanto que el cáncer de colon es la cuarta forma más frecuente de neoplasia maligna en el adulto y representa el 9,4% de todos los tipos de cáncer^{1,2}; el retraso del diagnóstico es un factor de importancia a considerar ya éste puede ocurrir en diferentes etapas de la enfermedad ya sea en el periodo donde empieza a desarrollar las primeras manifestaciones clínicas, hasta el ingreso al sistema de salud para su evaluación y posterior diagnóstico³⁻⁵.

La forma de presentación más común es la asintomática, seguido por el sangrado digestivo y los cambios en el hábito defecatorio, en cuanto a los intervalos de tiempo, entre más cortos éstos se asocian a mejor pronóstico en cáncer colorectal, mas no con su extensión.⁴⁻⁵ El médico de atención primaria es el que ocasiona una mayor demora en el proceso diagnóstico pero en cáncer colorectal no se relaciona con extensión tumoral, debido al lento crecimiento por parte de ellos.⁶⁻⁹

El objetivo general del estudio es determinar la prevalencia del diagnóstico precoz de cáncer digestivo . Como objetivos específicos determinar el tiempo transcurrido entre la primera visita al médico de atención primaria y el diagnóstico de cáncer digestivo, determinar el tipo de cáncer digestivo más prevalente, establecer las causas más comunes de demora en el diagnóstico, enlistar la primera manifestación de cada tipo de cáncer digestivo.

CAPÍTULO 1

Marco teórico

1.1 Neoplasias malignas del aparato digestivo.

Según el grupo GLOBOCAN 2012 la incidencia mundial de cáncer de aparato digestivo fue del 29%, siendo el cáncer colorectal el más frecuente con una incidencia de 1360602 casos, prevalencia a 5 años de 3543582 casos para ambos sexos. Para el grupo de las américas fue de 246000 casos de incidencia y 705000 de prevalencia.²² Mientras que en Guayaquil según el registro nacional de tumores al 2010 se presentaron un total de 140 casos nuevos por año ocupando el 5to lugar en incidencia en esta ciudad.²³ Estos datos se incluyeron al considerarse que el cáncer colorectal es el tumor del aparato digestivo más frecuente en todos los grupos de estudio con una incidencia del 9,7% correspondiente al tercer lugar de todos los tumores diagnosticados.

Como factores de riesgo a diferencia de otros canceres no ha sido detectado algún factor de riesgo al que se pueda atribuir la mayoría de casos de cáncer colorectal, entre algunos de los que ocurren e interactúan se encuentran la historia familiar, consumo excesivo de alcohol, carnes rojas y procesadas, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, tabaquismo y diabetes.²⁴ El cáncer colorectal tiene un componente hereditario importante, de acuerdo a un estudio realizado en una cohorte de gemelos el 35% del riesgo puede ser atribuido a factores hereditarios. Fuera de las formas hereditarias como el síndrome de Lynch o la poliposis adenomatosa familiar.²⁵

En cuanto a las neoplasias gástricas se ha encontrado que el consumo de alimentos con alto contenido de sal y productos conservados en sal es clasificado como riesgo probable para la patología.²⁶

Otros factores asociados que aumentan el riesgo de neoplasias gástricas está el consumo elevado de nitritos y proteínas/carne procesadas (salchichas, tocino, jamón y carnes curadas) junto a una reducción de la ingesta de fibra y vegetales, además la obesidad, el tabaquismo y la infección por *Helicobacter pylori* demostraron asociaciones fuertes en relación a los tumores gástricos. ²⁷⁻

30

Dentro de la clasificación histopatológica es dividida de acuerdo a la extensión, invasión linfática y la presencia de metástasis distantes (TNM) las cuales son la base de las decisiones terapéuticas. ³¹

El estadio T; Tx: sin información sobre infiltración local; Tis: tumor restringido a la mucosa sin infiltración a la lámina muscularis de la mucosa; T1: infiltración a través de la muscularis de la mucosa a la submucosa, sin invadir la muscular propia; T2: invasión hasta la muscular propia; T3: invasión a la subserosa o al pericólon no peritonealizado o tejido perirectal, o ambos sin afectar serosa ni órganos vecinos; T4a: infiltración a la serosa; T4b: invasión a tejidos vecinos u órganos.

El estadio N; Nx: sin datos sobre compromiso de ganglios linfáticos N0 Sin compromiso de ganglios linfáticos; N1a: células cancerígenas detectadas en 1 ganglio regional; N1b: células cancerígenas detectadas en 2-3 ganglios regionales; N1c: satélites tumorales en subserosa o tejido graso pericólico, ganglios linfáticos regionales no comprometidos; N2a: células cancerígenas detectadas en 4–6 ganglios regionales; N2b: células cancerígenas detectadas en 7 o más ganglios regionales.

Estadio M; Mx: sin información sobre metástasis a distancia; M0: sin metástasis a distancia detectables; M1a: metástasis a 1 órgano o ganglios linfáticos distantes; M1b: metástasis a más de 1 órgano distante o conjunto de ganglios linfáticos distantes o metástasis peritoneal.

1.2 Diagnóstico de cáncer digestivo.

El diagnóstico es realizado histológicamente de muestras de biopsia tomadas durante endoscopia, siendo mandatorias una endoscopia completa o una endoscopia-colonografía por tomografía para detectar otras neoplasias, de preferencia debe hacerse preoperatoriamente, de no ser posible se debe realizar dentro de los 6 primeros meses luego de la resección curativa.³² La ultrasonografía endoscópica es un método importante para la determinación del estadio T gracias a su capacidad para diferenciar entre neoplasias invasivas y no invasivas.

En cuanto a estadios T avanzados el mejor método es la resonancia magnética (RMN).^{33,34} Las metástasis a distancia deben ser descartadas lo antes posible, ya que cerca del 20% de pacientes con cáncer colorrectal recientemente diagnosticado presentan alguna metástasis a distancia siendo el hígado su localización más frecuente. Es importante destacar que la RMN presenta una mayor sensibilidad que la tomografía (TC) para lesiones menores a 10mm.^{34, 3}

En cuanto al pronóstico de estos pacientes ha ido mejorando en los últimos años al punto de que la sobrevida relativa a 5 años llega a ser tan alta como 65% en países de ingresos altos, mientras se mantiene por debajo del 50% en países de bajos ingresos. Esta sobrevida es inversamente proporcional a la edad, mientras que el estadio del tumor al momento del diagnóstico es el factor determinante para la sobrevida.²⁴⁻²⁷

Los factores que influyen el retraso en el diagnóstico de los pacientes con cáncer han sido objeto de estudio por diferentes autores.^{6, 7, 9-11} Al acortar el intervalo diagnóstico en pacientes con sospecha de síntomas de un potencial cáncer permite la oportuna referencia al especialista y ruta diagnóstica adecuada aumentando la sobrevida global del sujeto.^{9, 19}

Según la revisión sistemática de Macleod las demoras se pueden agrupar en tres categorías principales:

- Tiempo entre el primer síntoma y primera consulta
- Tiempo entre la primera consulta y referencia al especialista
- Tiempo entre la referencia y el diagnóstico.⁹

Mientras que Tomlinson destaca que los principales factores que condicionan retraso del diagnóstico son:

- Examen físico incompleto
- Demoras en la referencia de pacientes
- Demora para ejecutar procedimientos diagnósticos
- Consejo médico inapropiado
- Diagnóstico errado.¹⁹

1.3 Referentes empíricos

Según el estudio de Ruiz- Torrejón A, su objetivo fue describir los tipos de cáncer encontrados en la atención primaria, su manifestación clínica más frecuente, el proceso de seguimiento hasta su diagnóstico y los tiempos de demora diagnóstica. El médico de AP interviene en el diagnóstico de la mayoría de los casos en la cual su intervención podría mejorar el pronóstico en el cáncer colorectal, de pulmón y de próstata. El síntoma más frecuente fue el dolor, que se presenta en el 33,1% (IC del 95%, 28-38,3). El médico de familia intervino en el 63,0% (IC del 95%, 58,2- 7,8). La demora total fue de 90 días de mediana, mientras que en atención primaria fue de 55 días y la debida al paciente de 26

días. En los casos confirmados en el que intervino el médico de familia, la demora fue menor y se llegó al diagnóstico en estadios menos agresivos para el cáncer colorectal, de pulmón y de próstata, pero no en el resto de las localizaciones. □ ¹⁴

Según Lana A, en su estudio el cual Midió la frecuencia, tendencia y distribución de los cánceres con diagnóstico de sospecha en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) de Asturias durante 2006-12. Caracterizar clínicamente dichos cánceres y determinar si se diferencian de aquellos cuyo diagnóstico es realizado en otros servicios. En los SUH hubo más diagnóstico de sospecha de tumores avanzados (33,0%) y más metástasis (29,5%). Los SUH redujeron a la mitad los tiempos entre el primer síntoma y DS (-64,3 días), y entre diagnóstico definitivo y el inicio del tratamiento (-15,9 días) con respecto al resto de servicios. Los SUH contribuyen de forma importante al diagnóstico de sospecha del cáncer, principalmente avanzado y metastásico, en sistema respiratorio y digestivo, cuyos síntomas escapan al diagnóstico accidental realizado en atención primaria, y debutan abruptamente. ⁸

CAPÍTULO 2

Materiales y Métodos

2.1 Diseño

El diseño del estudio es observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

2.2 Población

Se incluyeron a 496 pacientes con cáncer del aparato digestivo basados en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma edición (CIE-10) descritas entre el C15 al C26 diagnosticados en el periodo transcurrido desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2014 en Instituto Oncológico Nacional Solca de la ciudad de Guayaquil, previa aprobación por parte del departamento de Docencia e investigación del mismo. Del total de 496 historias clínicas, se calculó una muestra con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95% dando un total de 217 registros necesarios para realizar este estudio; además para la selección de los formularios a registrar usamos un generador de números aleatorios online. (Anexos 1 y 2).

Como criterios de inclusión se estudiaron pacientes mayores a 18 años, con diagnóstico confirmado de un tipo de cáncer del aparato digestivo y que hayan sido atendidos por un médico de atención primaria. Fueron excluidos aquellos que presentaban una recurrencia de un cáncer previo a la fecha de estudio o que presenten registros con información incompleta.

2.3 Variables

Se registraron como variables: Edad, sexo, primera manifestación clínica, tiempo en meses transcurridos entre el primer síntoma y la primera visita al

Médico de Atención Primaria (MAP) (primera demora), tiempo en meses desde la primera visita al MAP hasta la primera visita al especialista (Gastroenterólogo, Oncólogo clínico, Cirujano oncólogo) (segunda demora), el tiempo hasta la toma de la primera biopsia (tercera demora) y los meses hasta que se inicia el tratamiento (cuarta demora), primera manifestación clínica, tipo de cáncer digestivo, clasificación TNM al momento del diagnóstico, respuesta al tratamiento, recidiva, y condición actual.

2.4 Instrumentos

Para la recolección de datos de los sujetos previamente seleccionados se revisaron las historias clínicas dentro del sistema informático Intranet Solca. Historias Clínicas del Hospital de Solca, y fichas para la recolección de datos.

2.5 Gestión de datos

Las variables cuantitativas se presentan en forma de promedios y desviaciones estándares, el valor p se obtendrá por medio de la prueba de T-Student. Las variables cualitativas se registrarán como frecuencias y porcentajes, el valor p se obtendrá por medio de la prueba chi cuadrado, considerándose significativo con un valor <0.05 . Los datos recolectados serán ingresados en una hoja de base de datos en Microsoft Excel 2013 para luego ser analizados a través del programa bioestadístico SPSS Statistics v22.0.0.

2.6 Criterios Éticos

Se contó con la autorización del departamento de docencia del Instituto Nacional Solca y el comité de bioética para la realización del protocolo de investigación y la conducción del mismo. Durante todo el proceso fueron protegidas las identidades de los pacientes seleccionados.

CAPÍTULO 3

Resultados

Se obtuvo por muestreo y un generador de números aleatorios un total de 217 registros que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. La edad de la población estudiada se encontró distribuida entre los 25 y 93 años con una media de 59 años y una moda de 71 años; en cuanto al género se obtuvieron 110 registros masculinos (50,7%) y 107 femeninos (49,3%). El tipo de cáncer ordenado de acuerdo a su frecuencia fue: estómago 98 (45,2%), colon 59 (27,2%), unión recto-sigmoidea 39 (18%), esófago 15 (6,9%), intestino delgado 6 (2,8%); no se encontraron casos del resto de tumores de aparato digestivo dentro de la muestra. (Tabla 1)

Tabla 1 Características de la población.

		Recuento	% del N de la columna
GENERO	MASCULINO	110	50,7%
	FEMENINO	107	49,3%
ÓRGANO	ESÓFAGO	15	6,9%
	ESTÓMAGO	98	45,2%
	INTESTINO DELGADO	6	2,8%
	COLON	59	27,2%
	COLON	0	,0%
	UNIÓN RECTO-SIGMOIDEA	39	18,0%

En cuanto al estadio al momento del diagnóstico el 31,8 % se encontraba en el estadio I de la enfermedad mientras que el 22,1% en el II, 18 % en el III, 18%

en el 0 y 10,1% en el IV. La primera manifestación de la enfermedad en el 35% de los casos fue el dolor abdominal, 22,6% sangrado digestivo, 12,9% dispepsia, 10,1% obstrucción, disfagia 8,3%, alteración en la catarsis 5,5%, pérdida ponderal 3,2% y ninguna 2,3%. (Tabla 2)

Tabla 2 Características de la población.

ESTADÍO	0	39	18,0%
	I	69	31,8%
	II	48	22,1%
	III	39	18,0%
	IV	22	10,1%
PRIMERA MANIFESTACION	NINGUNA	5	2,3%
	DISFAGIA	18	8,3%
	DISPEPSIA	28	12,9%
	DOLOR ABDOMINAL	76	35,0%
	SANGRADO DIGESTIVO	49	22,6%
	OBSTRUCCIÓN	22	10,1%
	ANOREXIA	0	,0%
	SENSACIÓN DE PLENITUD	0	,0%
	ICTERICIA	0	,0%
	PÉRDIDA DE PESO	7	3,2%
	ALTERACIÓN DE CATARSIS	12	5,5%

Al valorar la respuesta del paciente al tratamiento encontramos que la mayoría de casos 69,1% progresó la enfermedad, mientras que en el 25,3% la enfermedad se mantiene estable y en 1 de los casos 0,5% se presentó remisión parcial del cuadro.

En cuanto al estado actual de los pacientes encontramos un porcentaje de mortalidad del 31,3% mientras que un 60,8% sigue con vida y 7,9% se encuentran como desaparecidos. (Tabla3)

Tabla 3 Características de la población.

RESPUESTA	REMISIÓN COMPLETA	0	,0%
	REMISIÓN PARCIAL	1	,5%
	ENFERMEDAD ESTABLE	55	25,3%
	PROGRESIÓN	150	69,1%
	NO EVALUABLE	11	5,1%
ESTADO ACTUAL	VIVO	132	60,8%
	MUERTO	68	31,3%
	DESAPARECIDO	17	7,9%

En el 100% de todos los casos la primera demora fue entre 6 meses a 1 año que corresponde el 38,2% seguido por 1 a 3 años con el 36,9% mientras que menos de 6 meses se encontró en el 18,9% y más de 3 años 5,5%. (Tabla 4)

Tabla 4 Primera demora

TIEMPO DESDE PRIMER SINTOMA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	< A 6 meses	41	18,9	19,0	19,0
	6 meses a 1 año	83	38,2	38,4	57,4
	1 a 3 años	80	36,9	37,0	94,4
	>3 años	12	5,5	5,6	100,0
	Total	216	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,5		
Total		217	100,0		

Sólo 214 casos registraron segunda demora la cual se encontró entre 0 a 11 meses con una media y moda de 1 mes. La tercera demora se evidenció en 180 casos con un rango entre 0 y 11 meses de demora, con media de 2,27 meses y una moda de 0 y 2 meses.

En cuanto a la cuarta demora, fue reportada en 195 registros con un mínimo de 0 meses y un máximo de espera de 11 meses, en este caso la media fue de 1,35 meses con una moda de 0 meses. (Tabla 5)

Tabla 5 Segunda a cuarta demora

Estadísticos				
		SEGUNDA DEMORA	TERCERA DEMORA	CUARTA DEMORA
N	Válidos	214	180	195
	Perdidos	3	37	22
Media		1,07	2,27	1,35
Mediana		1,00	2,00	,00
Moda		1	0ª	0
Rango		11	11	11
Mínimo		0	0	0
Máximo		11	11	11
a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.				

CAPITULO 4

4.1 Discusión

En el estudio en cuanto al género masculino se encontro 110 casos y genero femenino se obtuvo 107 casos el cual no se demostró diferencia significativa , mientras que el tipo de cáncer del aparato digestivo más frecuente fue el gástrico con el 45,2% de todos los casos seguido por el de colon y unión recto sigmoidea con 59% y 39% respectivamente lo cual se contrapone a los resultados de otros estudios consultados que ubican en primer lugar al cáncer de colon^{1-3,22, 23} cabe destacar que al unir la patología de colon con la recto sigmoidea se obtiene un porcentaje similar al del cáncer gástrico.

La primera manifestación clínica que demostró ser la más frecuente fue el dolor abdominal con el 35% (76 casos) seguida por el sangrado digestivo 22,6% (22 casos) y la dispepsia 12,9% (28 casos) los cuales podemos bien relacionar con la patología gástrica neoplásica la cual se puede corroborar con la literatura,²⁵⁻²⁸ sin embargo llama la atención que la forma de presentación más común del cáncer de colon es la asintomática seguida del cambio en la catarsis y el sangrado digestivo³⁻⁵ y éstas no se presenten dentro de las más frecuentes por ese motivo se decidió estratificar las manifestaciones clínicas de acuerdo al sitio primario de la enfermedad con lo que se pudo observar que para el cáncer de esófago fue la disfagia la más frecuente 73,3%, para estómago, intestino delgado y colon el dolor abdominal con el 38,7%, 83,3% y el 50,8% respectivamente; para la unión recto sigmoidea fue el sangrado digestivo 51,3%.

Al hablar del estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico se encontró que en la mayoría de casos son detectados en estadio I o II 31,8% y 22,1%, siendo éstos etapas iniciales de la enfermedad la cual se relaciona con un mejor pronóstico para el paciente ³⁰⁻³²La demora más frecuente encontrada en la muestra fue la primera al presentarse en el 99,5% de los casos siendo el mayor porcentaje el dado por el retardo menor a 1 año (57,1%) en acudir al MAP; en tanto que la segunda demora con el 98,6% la presenta con una media y moda de 1 mes lo que semeja a la bibliografía consultada. ^{6,7,9-11}

Llama la atención la pobre respuesta al tratamiento observada en la muestra al observarse la progresión de la enfermedad en el 69,2% de los casos lo cual posiblemente podemos atribuirlo a que el 50,2% de los casos son diagnosticados en estadio II o superior, además de los factores sociales, económicos y familiares que pueden comprometer la efectividad y el acceso a la terapéutica.

Las principales limitantes fueron al momento de la recolección de los datos ya que no todos se encontraban registrados dentro del sistema informático lo que derivó en la consulta manual de los formularios. Otros formularios tuvieron que ser eliminados ya que tras la primera consulta no tenían seguimiento, ni registro del estado actual del paciente.

En cuanto a las líneas de investigación se puede estudiar acerca del efecto del estadio al momento del diagnóstico sobre la respuesta al tratamiento, efecto del retraso del diagnóstico en la sobrevivencia de los pacientes, efecto de las diferentes clases de demoras en el diagnóstico sobre el estadio y respuesta en el tratamiento.

Conclusiones

La prevalencia en el diagnóstico precoz del cáncer digestivo en el hospital del Instituto Oncológico Nacional Solca de Guayaquil durante el 2014 al tomar en cuenta el estadio de la enfermedad (estadio 0-I) es del 49,8%.

Mientras que el tiempo transcurrido entre el primer síntoma y el diagnóstico fue menor de 1 año en el 57,1 % de los casos. El cáncer gástrico demostró ser el más frecuente en la muestra estudiada, la causa más común de retraso en el diagnóstico fue la primera demora la cual consiste del tiempo que transcurre entre el primer síntoma y la visita al MAP.

En cuanto a la manifestación mas frecuente por tipo de cáncer fue esófago con el síntoma de disfagia; estomago, intestino delgado y colon con síntoma de dolor abdominal; unión recto sigmoidea: sangrado digestivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bevis PM, Donaldson OW, Card M, Durdey P, Thomas MG, Sylvester P a, et al. The association between referral source and stage of disease in patients with colorectal cancer. *Colorectal Dis.* 2008;10(1):58–62.
2. Bosch X, Moreno P, Ros M, Jordn A, Lpez-Soto A. Comparison of quick diagnosis units and conventional hospitalization for the diagnosis of cancer in Spain: A descriptive cohort study. *Oncol.* 2012;83(5):283–91.
3. Chen YL, Chang WC, Hsu HH, Hsu CW, Lin YY, Tsai SH. An evolutionary role of the ED: Outcomes of patients with colorectal cancers presenting to the ED were not compromised. *Am J Emerg Med [Internet]. Elsevier Inc.;* 2013;31(4):646–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2012.11.004>
4. Currie a. C, Evans J, Smith NJ, Brown G, Abulafi a. M, Swift RI. The impact of the two-week wait referral pathway on rectal cancer survival. *Color Dis.* 2012;14(7):848–53.
5. Elliss-Brookes L, McPhail S, Ives a, Greenslade M, Shelton J, Hiom S, et al. Routes to diagnosis for cancer - determining the patient journey using multiple routine data sets. *Br J Cancer [Internet]. Nature Publishing Group;* 2012;107(8):1220–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22996611>
6. Forbes LJL, Warburton F, Richards M a, Ramirez a J. Risk factors for delay in symptomatic presentation: a survey of cancer patients. *Br J Cancer [Internet]. Nature Publishing Group;* 2014;111(January):1–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24918824>

7. Hosseini SN, Mousavinasab SN, Moghimi MH, Fallah R. Delay in diagnosis and treatment of gastric cancer: from the beginning of symptoms to surgery--an Iranian study. *Turk J Gastroenterol*. 2007;18(2):77–81.
8. Lana A, Álvarez-Guerrero S, Herrero-Puente P, Folgueras MV, López ML. Diagnóstico de sospecha del cáncer en los servicios de urgencia hospitalarios. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2014;37(1):59–67. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
9. Macleod U, Mitchell ED, Burgess C, Macdonald S, Ramirez AJ. Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers. *Br J Cancer* [Internet]. Cancer Research UK; 2009 Dec 3 [cited 2015 Feb 3];101 Suppl (S2):S92–101. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6605398>
10. Mitchell E, Macdonald S, Campbell NC, Weller D, Macleod U. Influences on pre-hospital delay in the diagnosis of colorectal cancer: a systematic review. *Br J Cancer*. 2008;98(1):60–70.
11. Neal RD, Tharmanathan P, France B, Din NU, Cotton S, Fallon-Ferguson J, et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. *Br J Cancer* [Internet]. 2015; Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1038/bjc.2015.48>
12. Park SH, Song CW, Kim YB, Kim YS, Chun HR, Lee JH, et al. Clinicopathological Characteristics of Colon Cancer Diagnosed at Primary Health Care Institutions. *Intest Res* [Internet]. 2014;12(2):131. Available from: <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.5217/ir.2014.12.2.131>

13. Pruitt SL, Harzke a J, Davidson NO, Schootman M. Do diagnostic and treatment delays for colorectal cancer increase risk of death? *Cancer Causes Control* [Internet]. 2013;24(5):961–77. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=prem&AN=23446843>
14. Ruiz-Torrejón A, Ramos-Monserrat M, Llobera-Cánaves J. El médico de atención primaria y el diagnóstico de los pacientes con cáncer [Internet]. *Atención Primaria*. Elsevier; 2006. p. 16–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13083935>
15. Siminoff L a., Rogers HL, Thomson MD, Dumenci L, Harris-Haywood S. Doctor, what's wrong with me? Factors that delay the diagnosis of colorectal cancer. *Patient Educ Couns* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2011;84(3):352–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.05.002>
16. Singh H, Giardina TD, Petersen LA, Smith MW, Paul LW, Dismukes K, et al. Exploring situational awareness in diagnostic errors in primary care. *BMJ Quality & Safety*. 2012. p. 30–8.
17. Singh H, Giardina TD, Meyer AND, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2013;173(6):418–25. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1656540>
18. Singh H, Shu E, Demers A, Bernstein CN, Griffith J, Mph KF, et al. Trends in time to diagnosis of colon cancer and impact on clinical outcomes. *Can J Gastroenterol*. 2012;26(12):877–80.

19. Tomlinson C, Wong C, Au H-J, Schiller D. Factors associated with delays to medical assessment and diagnosis for patients with colorectal cancer. *Can Fam Physician*. 2012;58(9):e495–501.
20. Underwood JM, Townsend JS, Stewart SL, Buchannan N, Ekwueme DU, Hawkins N a, et al. Surveillance of demographic characteristics and health behaviors among adult cancer survivors--Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2009. *MMWR Surveill Summ* [Internet]. 2012;61(1):1–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22258477>
21. Vandyk AD, Harrison MB, MacArtney G, Ross-White A, Stacey D. Emergency department visits for symptoms experienced by oncology patients: A systematic review. *Support Care Cancer*. 2012;20(8):1589–9
22. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet].
23. Registro nacional de Tumores Ecuador data 2010
24. Brenner H, Kloor M, Peter-Pox C. Colorectal cancer. *Lancet* 2014; 383:1490–502
25. Lichtenstein P, Holm NV, Verkasalo PK, et al. Environmental and heritable factors in the causation of cancer—analyses of cohorts of twins from Sweden, Denmark, and Finland. *N Engl J Med* 2000; 343: 78–85
26. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A*

Global Perspective. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research: Washington DC.

27. Peleteiro B, Lopes C, Figueiredo C, Lunet N. Salt intake and gastric cancer risk according to *Helicobacter pylori* infection, smoking, tumour site and histological type. *Br J Cancer* 2011; 104:198.

28. Zhu H, Yang X, Zhang C, et al. Red and processed meat intake is associated with higher gastric cancer risk: a meta-analysis of epidemiological observational studies. *PLoS One* 2013; 8:e70955.

29. Larsson SC, Orsini N, Wolk A. Processed meat consumption and stomach cancer risk: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98:1078.

30. Bouvard V, Loomis D, Guyton KZ, et al. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. *Lancet Oncol* 2015

31. Sankaranarayanan R, Swaminathan R, Brenner H, et al. Cancer survival in Africa, Asia, and Central America: a population-based study. *Lancet Oncol* 2010; 11: 165–73

32. Sonnenberg A, Genta RM. *Helicobacter pylori* is a risk factor for colonic neoplasms. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 208–15.

33. Park SH, Lee JH, Lee SS, et al. CT colonography for detection and characterisation of synchronous proximal colonic lesions in patients with stenosing colorectal cancer. *Gut* 2012; 61: 1716–22.

34. Puli SR, Bechtold ML, Reddy JB, Choudhary A, Antillon MR, Brugge WR. How good is endoscopic ultrasound in differentiating various T stages of rectal cancer? Meta-analysis and systematic review. *Ann Surg Oncol* 2009; 16: 254–65.

35. Kaur H, Choi H, You YN, et al. MR imaging for preoperative evaluation of primary rectal cancer: practical considerations. *Radiographics* 2012; 32: 389–409.

36. Leufkens AM, van den Bosch MA, van Leeuwen MS, Siersema PD. Diagnostic accuracy of computed tomography for colon cancer staging: a systematic review. *Scand J Gastroenterol* 2011; 46: 887–94.

TABLAS

Tabla 4 Primera manifestación clínica de acuerdo al órgano afecto

		ÓRGANO									
		ESÓFAGO		ESTÓMAGO		INTESTINO DELGADO		COLON		UNIÓN RECTO-SIGMOIDEA	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
PRIMERA MANIFESTACION	NINGUNA	0	,0%	4	4,1%	0	,0%	1	1,7%	0	,0%
	DISFAGIA	11	73,3%	7	7,1%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	DISPEPSIA	3	20,0%	24	24,5%	1	16,7%	0	,0%	0	,0%
	DOLOR ABDOMINAL	0	,0%	37	37,8%	5	83,3%	30	50,8%	4	10,3%
	SANGRADO DIGESTIVO	0	,0%	17	17,3%	0	,0%	12	20,3%	20	51,3%
	OBSTRUCCIÓN	0	,0%	6	6,1%	0	,0%	13	22,0%	3	7,7%
	ANOREXIA	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	SENSACIÓN DE PLENITUD	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	ICTERICIA	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	PÉRDIDA DE PESO	1	6,7%	2	2,0%	0	,0%	2	3,4%	2	5,1%
	ALTERACIÓN DE CATARSIS	0	,0%	1	1,0%	0	,0%	1	1,7%	10	25,6%

GRÁFICOS

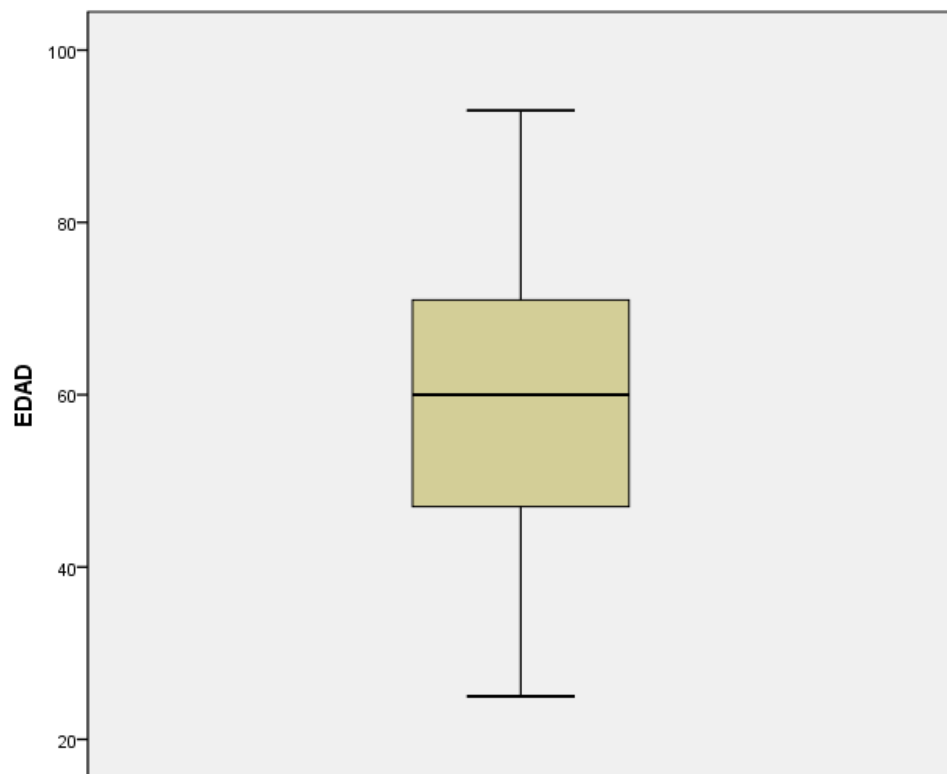


Gráfico 1 Box plot de distribución etaria

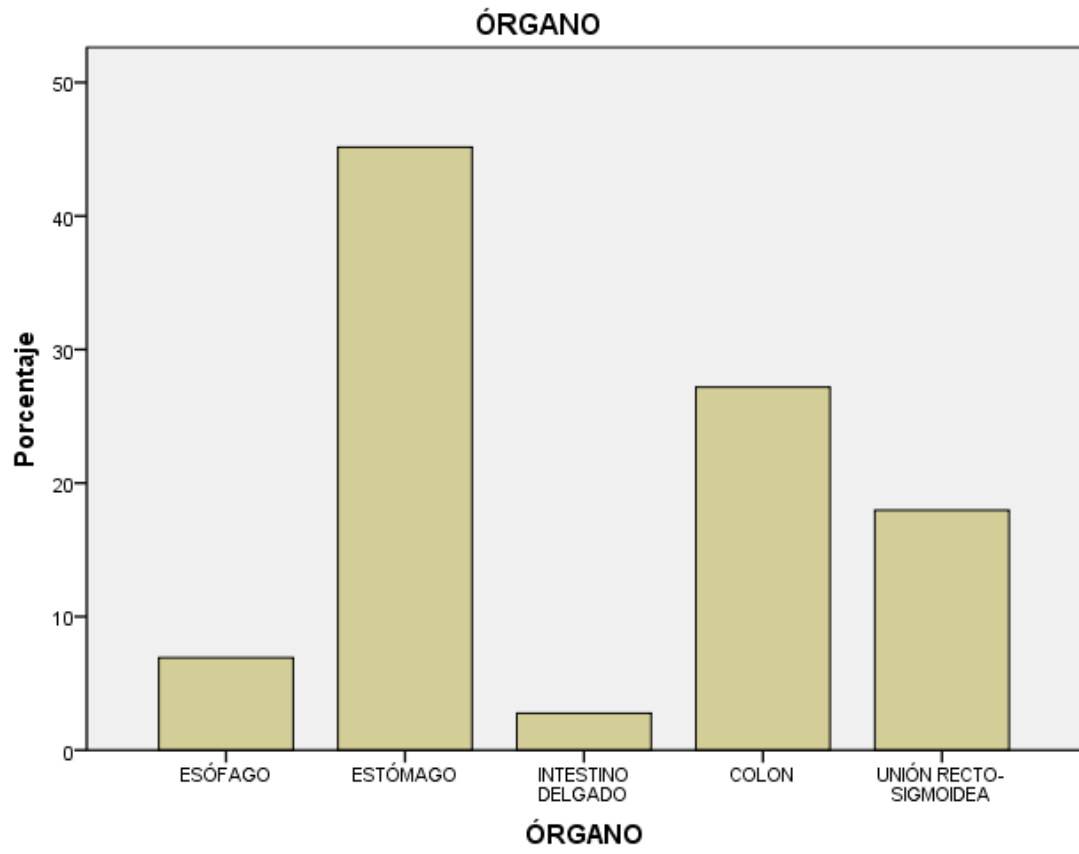


Gráfico 2 Frecuencia según órgano afecto

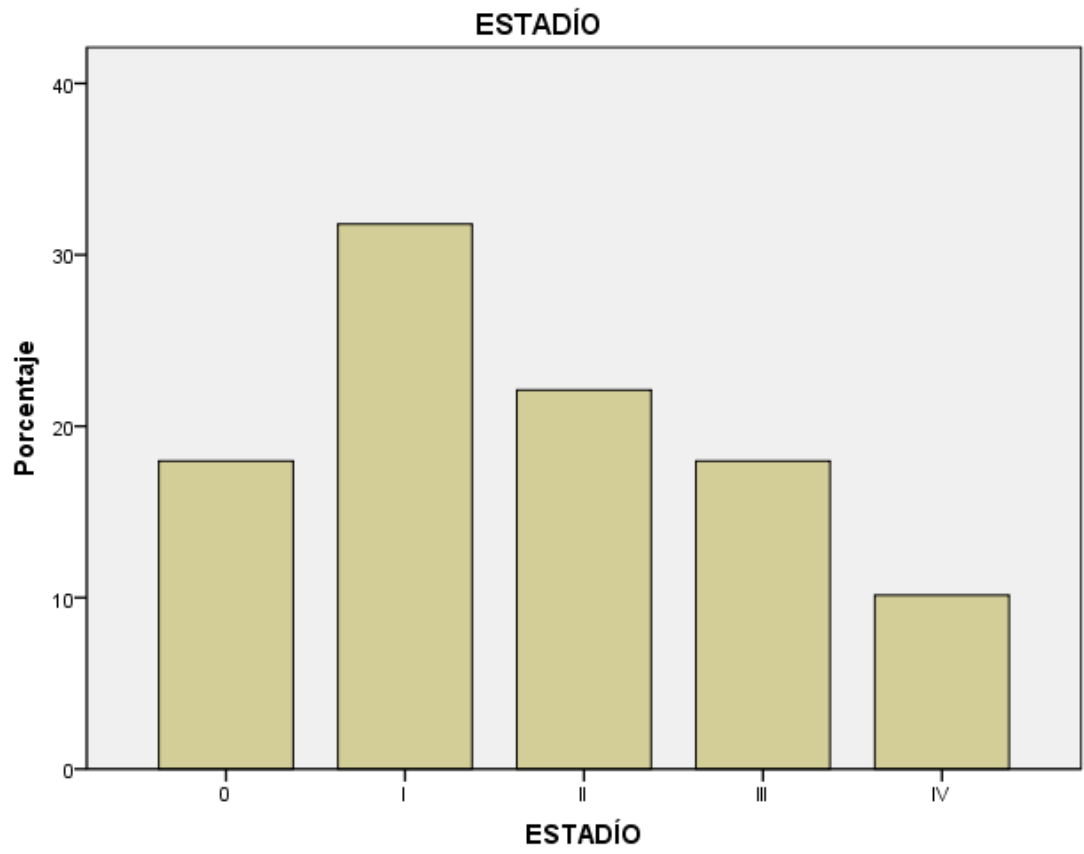


Gráfico 3 Estadío al diagnóstico

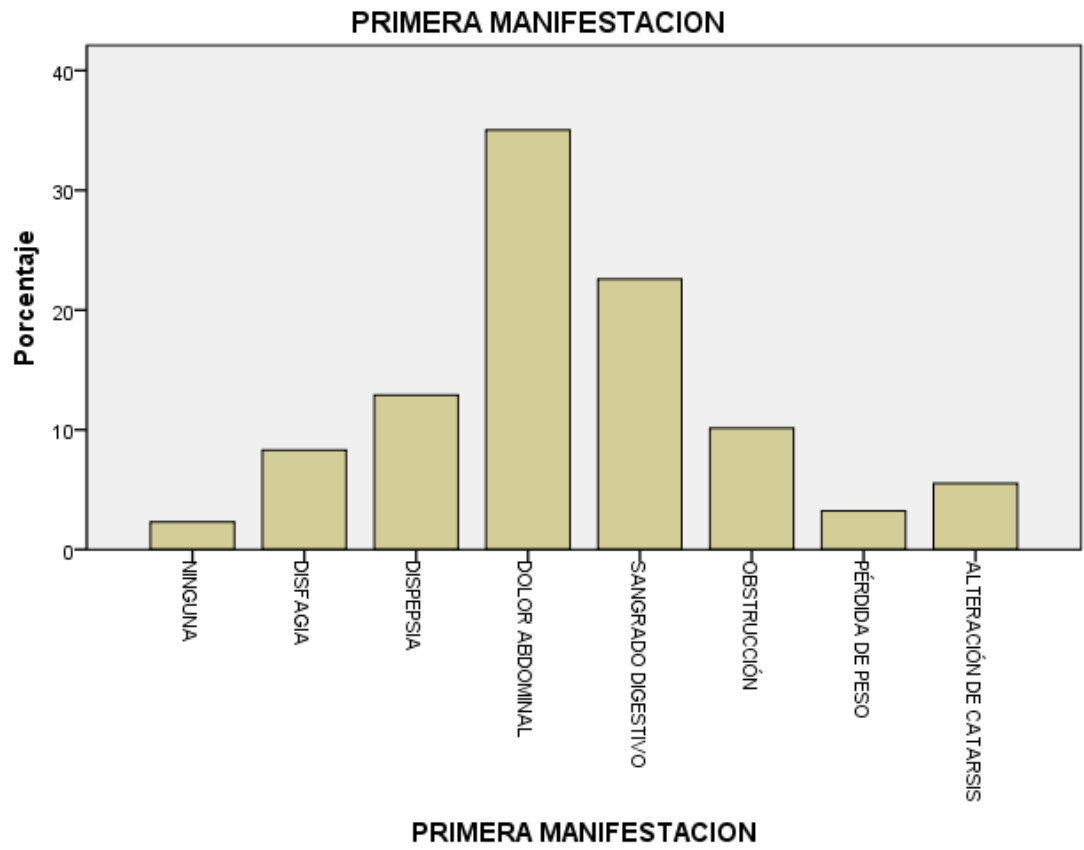


Gráfico 4 Primera manifestación clínica

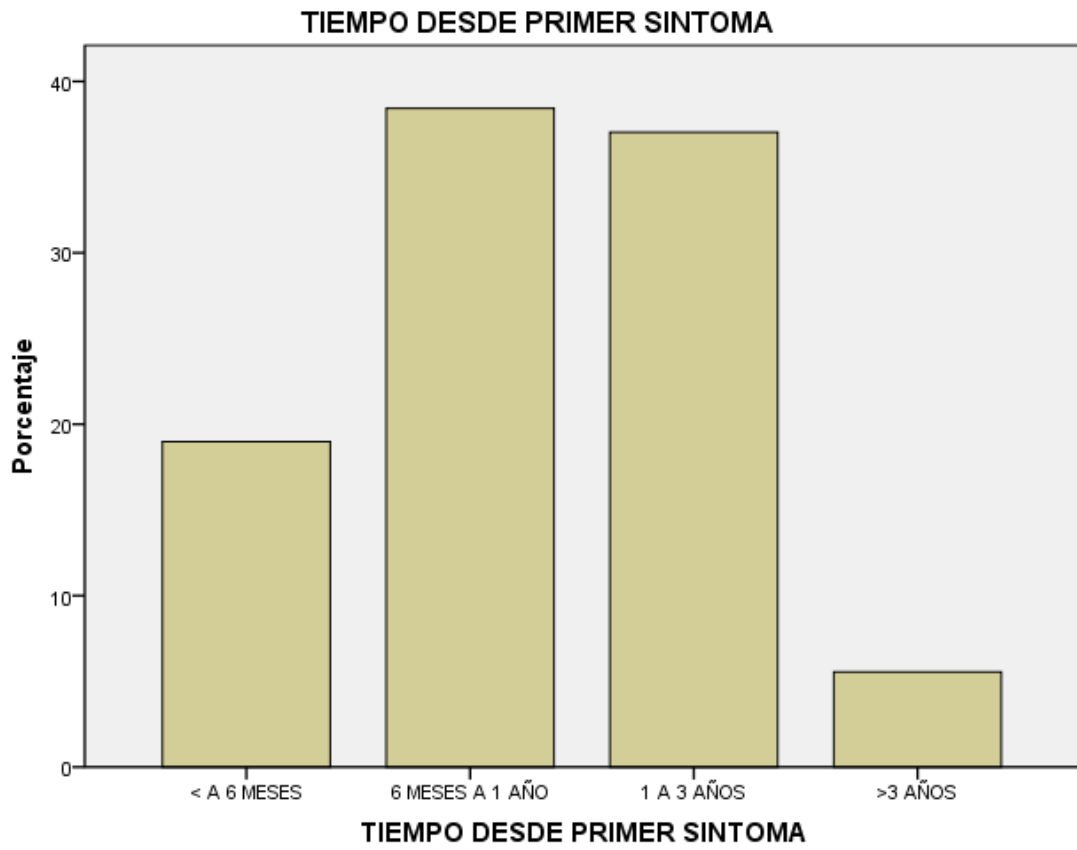


Gráfico 5 Primera demora

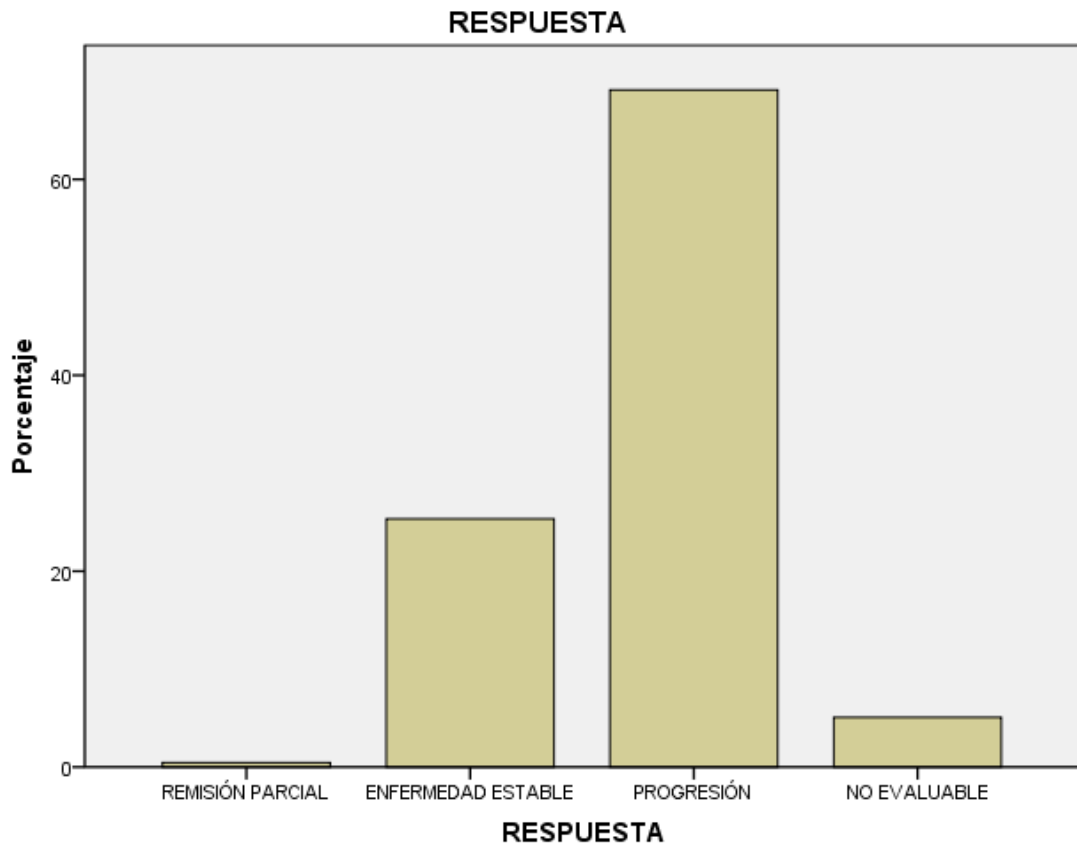


Gráfico 6 Respuesta al tratamiento

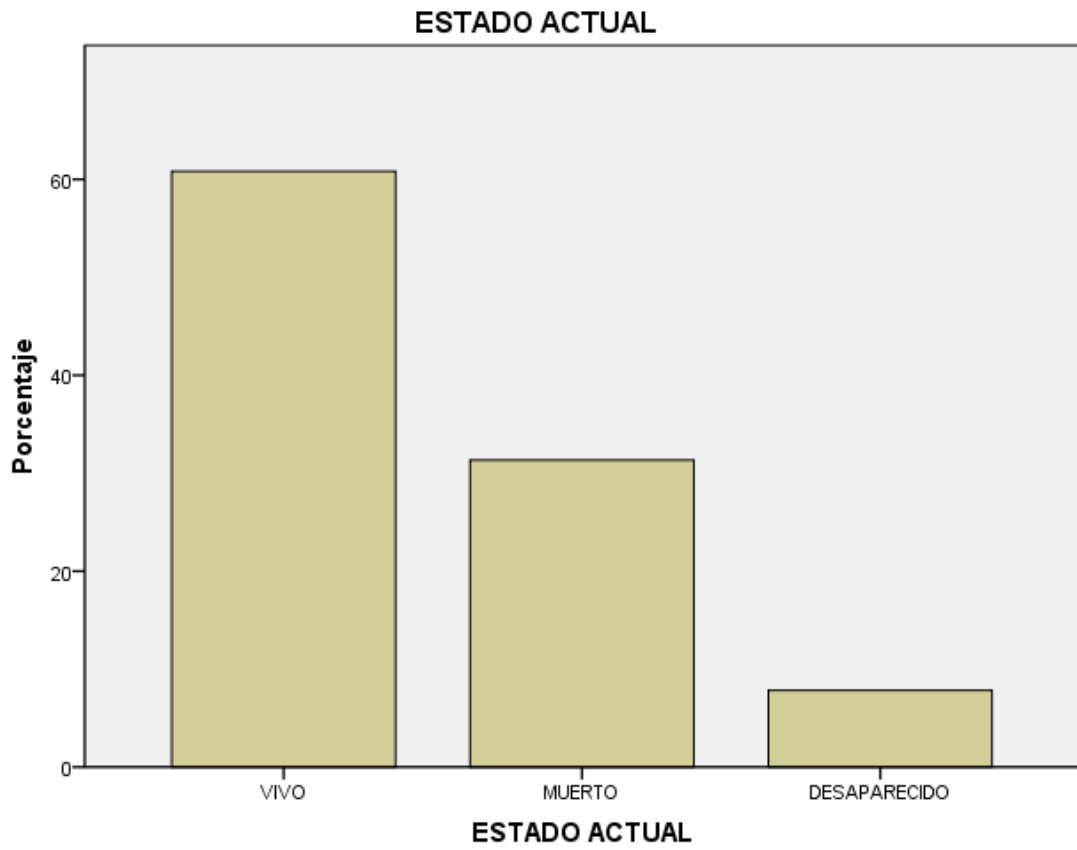


Gráfico 7 Estado actual del paciente

ANEXOS

Anexo 1 Cálculo del tamaño muestral

NETQUEST.COM

PANEL SOFTWARE SERVICIOS COMPAÑÍA BLOG CONTACTO

Buscar...

- Indica el tamaño del universo y qué grado de heterogeneidad hay en la población.
- Indica 2 de los 3 parámetros restantes. Por ejemplo, si indicas la muestra y el nivel de confianza, podrás calcular el margen de error.
- Pulsa en CALCULAR. El valor calculado quedará destacado.

496

TAMAÑO DEL UNIVERSO

Número de personas que componen la población a estudiar.

50

HETEROGENEIDAD %

Es la diversidad del universo. Lo habitual es usar 50%, el peor caso.

5

MARGEN DE ERROR %

Menor margen de error requiere mayor muestra.

95

NIVEL DE CONFIANZA %

Mayor nivel de confianza requiere mayor muestra. Lo habitual es entre 95% y 99%

217

MUESTRA

Personas a encuestar

CALCULAR

Indica 2 de 3

Anexo 2 Generador de números aleatorios

Generador de números aleatorios, sin repetición

Los números aleatorios, sin repetición y ordenados, son:

2, 7, 15, 16, 17, 19, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 36, 37, 45, 47, 49, 50, 51, 53, 56, 57, 58, 60, 66, 67, 70, 71, 73, 74, 75, 79, 83, 88, 89, 94, 97, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 114, 115, 117, 119, 121, 123, 125, 128, 130, 135, 139, 141, 142, 145, 146, 152, 153, 157, 160, 161, 162, 166, 169, 170, 172, 173, 174, 176, 181, 183, 184, 186, 188, 198, 201, 202, 204, 207, 209, 214, 216, 219, 220, 222, 226, 227, 231, 238, 239, 241, 242, 244, 246, 248, 249, 250, 254, 255, 259, 260, 262, 263, 267, 268, 269, 272, 282, 287, 288, 290, 291, 292, 295, 296, 302, 307, 309, 311, 312, 313, 314, 315, 318, 319, 320, 323, 330, 331, 332, 334, 335, 336, 338, 341, 342, 343, 344, 347, 350, 351, 352, 354, 356, 361, 365, 367, 368, 369, 371, 373, 374, 378, 382, 385, 390, 391, 392, 393, 396, 397, 398, 399, 400, 402, 403, 404, 409, 411, 412, 415, 417, 419, 422, 424, 425, 426, 427, 430, 431, 432, 434, 435, 436, 437, 440, 441, 443, 444, 445, 446, 448, 449, 451, 452, 454, 455, 459, 460, 461, 466, 468, 469, 473, 476, 477, 478, 484, 490, 491, 492, 493

Indique el rango (ambos inclusive) para generar un número aleatorio, sin repetición, y el número de veces que quiera realizar la operación.

Ejemplos de uso

- *baraja española*, poner en Inicio 1, en Final 10 y en Número de veces las deseadas. Después cada vez que salga un 8 sería una sota, un 9 un caballo y un 10 sería el rey.
- *baraja americana*, poner en Inicio 1, en Final 13 y en Número de veces las deseadas. Después cada vez que salga un 11 sería una jota, un 12 una reina y un 13 sería el rey.
- *bonoloto*, poner en Inicio 1, en Final 49 y en Número de veces 6.

Inicio:

Final:

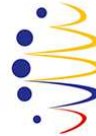
Número de veces:



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, CERIZ VELEZ EDUARDO XAVIER, con C.C: # 1308783040 autor del trabajo de titulación: **Diagnóstico precoz de cáncer digestivo en el Instituto Oncológico Nacional Solca durante el periodo Enero - Diciembre 2014.** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 de abril de 2016

f. _____

Nombre: CERIZ VELEZ EDUARDO XAVIER

C.C: 1308783040



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, URETA CENTENO WILLY LEONARDO, con C.C: # 0926635913 autora del trabajo de titulación: **Diagnóstico precoz de cáncer digestivo en el Instituto Oncológico Nacional Solca durante el periodo Enero - Diciembre 2014.** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 de abril de 2016

f. _____

Nombre: URETA CENTENO WILLY LEONARDO

C.C:0926635913



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Diagnóstico precoz de cáncer digestivo en el Instituto Oncológico Nacional Solca durante el periodo Enero - Diciembre 2014.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	CERIZ VELEZ EDUARDO XAVIER URETA CENTENO WILLY LEONARDO		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	OBANDO FREIRE FRANCISCO		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	28 de abril del 2016	No. DE PÁGINAS:	54
ÁREAS TEMÁTICAS:			
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Neoplasias, Neoplasias del Sistema Digestivo, Neoplasias Gastrointestinales, Diagnóstico precoz, Pronóstico, Prevalencia		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):

Introducción: las neoplasias malignas de aparato digestivo llegan a constituir casi el 21% del total de la patología; el retraso del diagnóstico es un factor de importancia a considerar ya éste puede ocurrir en diferentes etapas de la enfermedad ya sea en el periodo donde empieza a desarrollar las primeras manifestaciones clínicas, hasta el ingreso al sistema de salud para su evaluación y posterior diagnóstico.

Objetivo: determinar la prevalencia del diagnóstico precoz de cáncer digestivo. **Materiales y métodos:**

estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, realizado en Instituto Oncológico Nacional Solca de la ciudad de Guayaquil del periodo transcurrido desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2014. **Resultados:** se estudiaron 217 pacientes; el tipo de cáncer ordenado de acuerdo a su frecuencia fue: estómago 98 (45,2%), colon 59 (27,2%), unión recto-sigmoidea 39 (18%), el estadio al momento del diagnóstico el 31,8 % se encontraba en el estadio I de la enfermedad; la primera manifestación de la enfermedad en el 35% de los casos fue el dolor abdominal, 22,6% sangrado digestivo. La primera demora se presentó en la mayoría de casos y fue entre 6 meses a 1 año en el 38,2%. **Conclusiones:** la prevalencia en el diagnóstico precoz del cáncer digestivo en el hospital del Instituto Oncológico Nacional Solca de Guayaquil durante el 2014 al tomar en cuenta el estadio de la enfermedad (estadio 0-I) es del 49,8%.

Palabras Claves: Neoplasias, Neoplasias del Sistema Digestivo, Neoplasias Gastrointestinales, Diagnóstico precoz, Pronóstico, Prevalencia

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0991539227 0980904841	E-mail: XAVIERCERIZ26@HOTMAIL.COM WILLY URETAC@HOTMAIL.COM
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Vásquez Cedeño , Diego Antonio	
COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Teléfono: 0982742221	
	E-mail: diegoavasquez@gmail.com	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	

