



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE CÁNCER DE PÁNCREAS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL BELÉN TRUJILLO 2008-2018

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

AUTOR

HEYSEN CAIN EUSTAQUIO MEDINA

(0000-0001-8564-2616)

ASESORA:

DRA. MARÍA ROCÍO DEL PILAR LLAQUÉ SÁNCHEZ

(0000-0002-6764-4068)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TRUJILLO-PERÚ
2019

DEDICATORIA

A MI MADRE

Porque cada día de mi vida ha estado conmigo ayudándome, apoyándome y orando a Dios por mí, porque gracias a ella he llegado hasta aquí, lo mejor de mí, lo mejor de mi vida y lo que más amo en esta tierra es mi madre y gracias a ella logré terminar este gran objetivo que tuve desde niño, llegar a ser un médico algún día y ese día es ahora.

Heysen Cain Eustaquio Medina

AGRADECIMIENTO

A Dios

Porque a pesar de todas las fallas y errores que cometo, sé que siempre él está conmigo, que me ayuda, me protege y me cuida todos los días, gracias a él logre todas mis metas ya que sin el nada podría hacer, muy agradecido a Dios sobre todas las cosas y el en primer lugar sobre lo que pasé, lo que estoy pasando y los retos a los que de aquí en adelante el destino me depare en esta noble carrera de medicina.

A la Doctora María Rocío del Pilar Llaqué Sánchez y a la Doctora Evelyn del Socorro Goicochea, Ríos.

Quienes asesoraron este esfuerzo con preocupación

A mis hermanos

que día a día estuvieron ahí conmigo, quienes me ayudaron en todo momento incondicionalmente, gracias a ellos y a todas las personas que estuvieron conmigo apoyándome como: amigos, algunos conocidos y pareja, todos aquellos que estuvieron siempre ahí, gracias a todos. Por su apoyo incondicional.

A la Universidad Cesar Vallejo

Una institución que me permitió ingresar a sus aulas y poder llegar a tener la formación académica que tengo, muy agradecido por todo.

Heysen Cain Eustaquio Medina



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

PÁGINA DEL JURADO

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICO DE CÁNCER DE PÁNCREAS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL BELÉN TRUJILLO 2008-2018

MG. ROBERT PETER ANGELES REYES

PRESIDENTE DEL JURADO

Dra. MARÍA ROCÍO DEL P. LLAQUE SANCHEZ

SECRETARIA DEL JURADO

MG. JAIME ABELARDO POLO GAMBOA

VOCAL DEL JURADO

FECHA DE SUSTENTACIÓN Y APROBACIÓN: MAYO 2019

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Heysen Cain Eustaquio Medina con DNI 44725065, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias Médicas, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la Tesis titulada: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICO DE CÁNCER DE PÁNCREAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL BELÉN TRUJILLO 2008-2018, son:

1. De mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas; por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, mayo del 2019.

Heysen Cain Eustaquio Medina

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE CÁNCER DE PÁNCREAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL BELÉN TRUJILLO 2008-2018”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Médico Cirujano.

El Autor

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Página del Jurado	iii
Declaratoria de autenticidad	iv
Presentación	v
Índice	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	01
II. METODO	10
2.1. Diseño de investigación.....	10
2.2. Variables, operacionalización.....	10
2.3. Población y muestra	11
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	12
2.5. Métodos de análisis de datos.....	12
2.6. Aspectos éticos.....	13
III. RESULTADOS	14
IV. DISCUSIÓN	17
V. CONCLUSIONES	20
VI. RECOMENDACIONES	21
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
VIII. ANEXOS	

RESUMEN

Se realizó un estudio en pacientes con diagnóstico de cáncer de páncreas atendidos en el Servicio de gastroenterología del Hospital Belén de Trujillo 2008-2018. Objetivo fue Determinar las características clínicas y epidemiológicas del cáncer de páncreas. El estudio fue descriptivo retrospectivo no probabilístico de carácter censal encontramos 37 pacientes que cumplieron con los requisitos de inclusión. Resultados: Se encontró que de un total de 21580 pacientes 37 desarrollaron cáncer de páncreas con una incidencia de 1.71 a nivel global; el sexo masculino presento el 56.8%, la edad más representativa en ambos sexos fue >60 años. Según procedencia Trujillo tuvo un 64.9%; 10.8 % Huamachuco; 29.7% presentaron tabaquismo, hipertensión arterial 27%. El 100% fue dado de alta vivos. 89.2% presentaron dolor abdominal, ictericia 86.5%; tomografía axial computarizada fue usada en 100%, ecografía 94.6%, antígeno carbohidrato 19-9 (89.2%). Conclusiones: Encontramos que las características clínicas de mayor frecuencia fueron dolor abdominal, ictericia y pérdida de peso; la incidencia global fue 1.71/1000 habitantes y los factores de riesgo más frecuentes fueron el tabaquismo, hipertensión arterial y diabetes mellitus

2.

Palabras clave: Características clínicas – Características epidemiológicas – Cáncer de Páncreas

ABSTRACT

A study was conducted in patients with diagnosis of pancreatic cancer served in the gastroenterology service of the Hospital Belén de Trujillo 2008-2018. Objective was to determine the clinical and epidemiological characteristics of pancreatic cancer. The study was descriptive retrospective non-probabilistic census character found 37 patients who met the inclusion requirements. Results: It was found that from a total of 21580 patients 37 developed pancreatic cancer with an incidence of 1.71 at a global level; The male sex presented 56.8%, the most representative age in both sexes was > 60 years. According to Origin Trujillo had a 64.9%; 10.8% Huamachuco; 29.7% showed smoking, high blood pressure 27%. 100% was discharged alive. 89.2% showed abdominal pain, jaundice 86.5%; Computed axial tomography was used in 100%, ultrasound 94.6%, carbohydrate antigen 19-9 (89.2%). Conclusions: We found that the most frequent clinical features were abdominal pain, jaundice and weight loss; The overall incidence was 1.71/1000 inhabitants and the most common risk factors were smoking, hypertension and diabetes mellitus 2.

Key Words: Clinical features – epidemiological characteristics – pancreatic cancer

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de páncreas (CP) en la actualidad es considerado uno de los cánceres más letales. En países desarrollados la supervivencia que se estima para el cáncer de páncreas difícilmente supera el 5 a 7% a 5 años de seguimiento. A pesar de todos los intentos de que se ha hecho para mejorar la supervivencia de los pacientes que tienen esta enfermedad. En Estados Unidos las cifras demuestran que la supervivencia a 5 años, en pacientes que fueron diagnosticados con cáncer pancreático, fue del 3% para los años de 1975 a 1977 y para el 2004 a 2010 estas cifras llegaron a alcanzar el 7% solamente. Por otro lado, la mortalidad e incidencia del carcinoma de páncreas han aumentado sosteniblemente en el tiempo.¹

En Estados Unidos de Norteamérica se estimó para el año 2015 una cifra de 48.960 nuevos casos además de un número de muertes estimadas de 40.560 para el mismo año. El (CP) es común en el mundo siendo este considerado el doceavo entre todos, teniendo una cantidad de 330 000 casos nuevos cada año².

Se considera la quinta causa de muerte en Europa en lo que a cáncer se refiere, por otro lado, en EE.UU se considera la cuarta causa de muerte.³ Los países desarrollados son los que normalmente presentan mayor incidencia con una cifra de 13,6 por 100 000 habitantes del sexo masculino⁴.

En Latinoamérica desafortunadamente no hay estadísticas del todo confiables en cuanto a cifras de incidencia y mortalidad por cáncer. El cáncer de páncreas (CP) es una neoplasia maligna frecuente del tracto gastrointestinal; sin embargo, su diagnóstico implica un pronóstico ominoso. Se estima que la tasa de mortalidad global alcanza un 90% dentro del primer año posterior al diagnóstico⁵.

De igual manera, la agresividad de esta neoplasia caracterizada por su rápido crecimiento, su extensión local a estructuras adyacentes y distantes, junto con la pobre respuesta a los tratamientos sistémicos; ocasiona que menos del 5% de los individuos sobrevivan más de 5 años. En nuestro país (Perú), de acuerdo al registro de Ca. De todo lo que concierne a Lima Metropolitana, tiene valores considerables de una incidencia que bordea el 3.9/100000 habitantes⁶.

Valencia A. et al. (Colombia, 2016), describieron una cohorte retrospectiva de pacientes operados de tumores de páncreas, con el fin de determinar los factores vinculados con la supervivencia, encontrándose que de 70 pacientes el 51,4 % eran mujeres, el 50,0 % mayor o igual a 65 años siendo 66 años la edad con más representación. El 47% tenían neoplasia ubicada en la cabeza del páncreas de carácter maligno, el 46% en ampolla de váter. Además, el 7% se encontró en el cuerpo de esta glándula, el 50% de los pacientes recibió quimioterapia luego de la cirugía y casi a la mayoría se le hizo duodeno pancreatectomía. El síntoma que tuvo mayor frecuencia fue la ictericia (74%), disminución de peso (73 %); en cuanto a los factores de riesgo la HTA (40 %), consumo de tabaco (36%). La sobrevida fue 83% a los 30 días de la cirugía, el 78 % al séptimo mes, el 66 % faltando un mes para el año, la supervivencia al año fue 63%.⁷

Fox C. et al. (Venezuela, 2015), realizaron un análisis con el fin de establecer datos de la frecuencia de Ca. de páncreas y su asociación con DM2, registrándose un total de 97 casos encontrándose los siguientes resultados: 52 eran mujeres y representaban la cifra de 53,6% y por otro lado 45 hombres que representaban el 46.4%. La edad promedio 66 ±11años. Entre las causas de riesgo más encontradas; glucosa de la mañana en un 66% (64 casos) cifras menores de 110 mg/dl. Manifestaban HTA el 23%. El consumo de alcohol estuvo representado por el 54,6% y 38,1% de los casos pertenecían a personas fumadoras. Existen estrechas relaciones entre la obesidad y algunas neoplasias del sistema gastrointestinal; Colangiocarcinomas extra hepáticos 22%, C. Páncreas 10,3%.⁸

Berger Z. (Chile, 2014), señala que realizó un estudio a 34 pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas, encontrándose que la lesión focal que compromete mayormente a estos tipos de pacientes es la cabeza de esta glándula que se registra en el séptimo y octavo caso de los operados y estos presentaban como clínica principal ictericia obstructiva consecutiva 5 de ellos. Las ayudas diagnosticas empleadas en estos pacientes fueron la TAC y R.M, lamentablemente no se obtuvo un diagnostico fidedigno de capa. En cuanto al pronóstico se determinó que es mejor mientras el tumor sea mucho más menor, porque podría permitir la cirugía curativa completa

oncológicamente. El diagnóstico en fase de inicio fue difícil por lo que se tomó en cuenta la serología, IgG4 con valores extremos entre 15-76%.⁹

Rick J. et al. (Alemania, 2013), realizaron un estudio a 384 casos y 983 controles con el fin de poder identificar la función de los factores alimentarios que participan en el riesgo de cáncer de páncreas encontrándose que los nutrientes obtenidos al seguir una dieta basada en frutas diversas y verduras se asocian a una disminución del riesgo de cáncer de páncreas. Contenidos como; magnesio, potasio, selenio, α -caroteno, el β -caroteno, la β - el niacina, vitamina A, vitamina B y la vitamina C juegan un papel muy importante en la disminución del riesgo de esta enfermedad.¹⁰

Vaquero E. (España, 2012), realizó un estudio descriptivo para identificar los grupos de riesgo, perfil clínico y factores de riesgo de pacientes con diagnóstico de cáncer de páncreas (CP), encontrándose que el CP representa la cuarta causa de muerte y su incidencia se puede determinar que 45 años aumenta, siendo con mayor frecuencia en varones con respecto a las mujeres (1,3-1), se encontró que la incidencia a nivel mundial ascendió a 217.000 casos nuevos y una mortalidad preocupante de 213.000. entre los factores considerados de riesgo destacan, el tabaco, menor cantidad de frutas en el consumo, obesidad y actividad física reducida. 5-10% existe un factor hereditario, el 15 al 20% presentaron diabetes tipo 2 al ser diagnosticados y el 80% desarrollaron esta enfermedad a medida que se daba la evolución.¹¹

Idoris D. et al. (Cuba, 2011), realizaron un estudio donde analizaron 906 autopsias de personas que presentaron como causa básica de muerte cáncer de páncreas, los datos se obtuvieron del registro nacional de autopsias. Encontrándose que cuyas edades van de 19 hasta 101 años, el intervalo donde más se represento fue entre 65-74 años con 25,7 % y aproximadamente la quinta parte que fallecieron tenían edad militar. El cáncer de páncreas tuvo una razón de 1-3 masculina/femenino respectivamente, bronconeumonía y trombo embolismo resultaron ser las causas que directamente conducen a la muerte.¹²

Franssen B, et al. (México, 2011), realizaron una revisión de la literatura médica de importantes fuentes médicas de estados unidos, analizando un gran número de información en inglés. Encontrándose factores de riesgo asociados a CP como; la edad avanzada y el fumar tabaco, menos asociación con pancreatitis crónica y Dm2 y. El

componente hereditario 10% de los casos, mutaciones del BRCA-1 y BRCA-2. Estudios epidemiológicos sugieren disminución del riesgo con ingesta de frutas y verduras, por efecto antioxidante. El antígeno CA 19-9 es el único de útil clínicamente.¹³

DiMagno E. (EE. UU, 2009), señala que el diagnóstico de cáncer de páncreas generalmente depende de los síntomas; en consecuencia, es tarde cuando no hay posibilidad de curación. En este punto, hay dolor, anorexia, saciedad temprana, problemas para dormir y pérdida de peso. los síndromes hereditarios también se asocian con un mayor riesgo de cáncer pancreático, incluido el cáncer pancreático familiar, la pancreatitis hereditaria, el síndrome de poliposis adenomatosa edemas señala que de estas afecciones, la aparición reciente de diabetes puede ser la mejor pista y debe incluirse en el perfil clínico de los pacientes antes de la aparición de los síntomas para identificar un grupo de alto riesgo para aplicar estrategias de detección precoz de la patología. El 40% por ciento tenía el diagnóstico de diabetes en el momento del diagnóstico de cáncer de páncreas.¹⁴

Lang K. (Estonia, 2009), realizó un estudio donde el objetivo fue examinar las diferencias étnicas en la incidencia del cáncer. Se realizaron dos análisis de incidencia de cáncer de corte transversal no vinculados basados en el censo. En las mujeres, las diferencias fueron menores que en los hombres, y la incidencia total de cáncer no mostró diferencias relacionadas con ninguno de los períodos de tiempo estudiados. Con respecto a los sitios específicos, se observó un exceso de incidencia de cáncer de estómago en mujeres rusas (SRR = 1.45, 95% CI = 1.15–1.81). Encontraron probablemente algunas diferencias en las cifras de tasas de cáncer de páncreas entre los estonios y los rusos en Estonia sean atribuibles a la variación en la exposición a factores etiológicos específicos causados por diferencias en hábitos y en la forma de vida, como la higiene, el tabaquismo y el consumo de alcohol.¹⁵

Torres M. et al. (España, 2008), realizó un estudio epidemiológico tipo descriptivo donde incluyeron todos los pacientes que habían sido diagnosticados de cáncer pancreático, información se obtuvo de base de datos y documentación, recogiendo un total de 137 casos. Se encontraron que los factores de riesgo que tenían los pacientes con más frecuencia fueron: antecedente de Dm2 (32,8%), tabaquismo (32,1%) y enfermedad biliar (15,3%). La clínica más frecuente: dolor abdominal (59,1%), disminución de peso (54%) más ictericia (50%). Las ayudas diagnósticas fueron: Analítica en (96,4%) y Tomografía computarizada (94,2%). El estadio con mayor

frecuencia fue el 4 (49%), en cuanto al tratamiento; paliativo (73%). La supervivencia media tuvo lugar unos 5 meses.¹⁶

Pannala R. et al. (EE. UU, 2008), Realizo un estudio donde señala que la información sobre el perfil clínico de la diabetes asociada con el cáncer de páncreas es limitada. Y sus resultados fueron: La DM fue más prevalente (47% versus 7%; $P < .001$) y predominantemente de inicio nuevo (<2 años de duración) (74% vs 53%; $P = .002$) entre los casos en comparación con los controles. Entre los casos de cáncer de páncreas, los pacientes con DM ($n = 243$) eran mayores (68 ± 10 versus 64 ± 12 años; $p < .001$), informaron un índice de masa corporal adulto mayor habitual (30 ± 6 vs 27 ± 5 kg / m²; $P < .001$), y tenía una mayor frecuencia de antecedentes familiares de DM (47% frente a 31%; $P < .001$) en comparación con aquellos sin DM ($n = 269$). Luego de realizar la pancreaticoduodenectomía, mientras que la Diabetes mellitus se resolvió en 17 de 30 personas (57%) con diabetes mellitus de inicio reciente, en los pacientes con diabetes mellitus de duración larga la prevalencia no sufrió cambios.¹⁷

Pila R. et al. (Cuba, 2005), realizaron un estudio con 119 casos de cáncer de páncreas, donde se evaluó el factor clínico epidemiológico, encontrándose que el grupo de mayor frecuencia estaba entre los 61 – 70 años. El sexo de mayor que predominó fue el masculino con 86 casos (72,26 %). Del total de pacientes, 113 (94, 96 %) tuvieron factores predisponentes, tabaquismo en 61 pacientes (53, 98 %), y litiasis vesicular en 29 (25, 65) entre los principales síntomas y signos se encontró: ictericia en 70, 59 %, luego la coluria (53, 78 %) y el prurito en el 45, 38 %.¹⁸

Rebaza S. (Perú 2016), realizó un estudio sobre pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas encontrándose, en diagnósticos recientes de cáncer de páncreas el consumo de tabaco es el más asociado 25% además de la edad, enfermedades metabólicas como diabetes mellitus tipo 2, pancreatitis de larga evolución y la obesidad. Al momento de realizar definitivamente el diagnóstico de cáncer de páncreas lamentablemente solo el 20% tiene la probabilidad de tener una cirugía con un buen pronóstico, el 30% se encuentra ya en un estadio más avanzado de manera local y la mitad de todos los casos presentan metástasis de manera que evolucionan con un mal

pronóstico; debido a esta problemática el diagnóstico es muy importante que sea lo más temprano posible.¹⁹

Los perfiles clínicos tienen como objetivo estimular una práctica clínica reflexiva y facilitar mejoras en la atención de los pacientes, haciendo un buen uso de los conjuntos de datos existentes en los servicios médicos. Los datos son más comúnmente presentados por los hospitales de tratamiento. Las autoridades de salud son responsables de revisar y, cuando sea necesario, actuar sobre sus propios datos. Se debe aprovechar el conocimiento local y experto para interpretar de manera significativa los datos y el perfil clínico debe complementar otras fuentes de inteligencia local.²⁰

Se considera que perfil epidemiológico representa el estado de salud que una comunidad o un número de habitantes va a sufrir de acuerdo al estilo de vida, y de manera que para poder describirla hay que identificar primero lo que puede definirlas. La mortalidad, morbilidad, letalidad y calidad de vida son normalmente los ítems que lo definen. El Bienestar o no, la morbilidad se puede medir indirectamente tomando en cuenta los diversos problemas de salud que interfieren en la salud de los habitantes.²¹

Los perfiles clínicos epidemiológicos son fundamentales porque dan a conocer las características de un pueblo que atienden los profesionales en salud, para lograr un mejor enfoque del paciente y planificar la atención, la docencia y la investigación. Los datos obtenidos proporcionarán información básica para reorganizar estrategias de atención en varios ámbitos del hospital y promover políticas para mejorar el mecanismo de atención hospitalaria y así adecuar los servicios según las necesidades de la población más demandante.²²

El cáncer de páncreas (CP) es común en el mundo siendo este considerado el doceavo entre todos, teniendo una cantidad de 330000 casos nuevos cada año. Se considera la quinta causa de muerte en Europa en lo que a cáncer se refiere, por otro lado, en Estados Unidos, se considera en el cuarto lugar como causa de muerte por cáncer. Los países desarrollados son los que normalmente presentan mayor incidencia con una

cifra de 13,6/ 100000 habitantes del sexo masculino en Estados Unidos. En nuestro país (Perú), de acuerdo al registro de Ca. De todo lo que concierne a Lima Metropolitana, tienen valores considerables de una incidencia que bordea el 3.9/100000 habitantes. Además, las cifras estadísticas publicadas por OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo), reportan que la enfermedad silenciosa como esta es considerada como la segunda causa que produce mortalidad en planeta.¹⁸

El cáncer de páncreas es el responsable del 5% de todas las defunciones por cáncer en los países desarrollados y tiene una incidencia que bordea el 10 por 100.000 personas. Tomando en cuenta los datos de la American Cancer Society (Sociedad Americana de Cáncer), se llegó a estimar que 28,300 personas en Estados Unidos de América serían diagnosticadas de cáncer de páncreas en el año 2,000 y que en ese mismo año morirían 28,200 personas, ocupando así el cuarto lugar de causas de mortalidad por cáncer en dicha población que además incluía a habitantes hispanos. Epidemiológicamente el cáncer de páncreas ha llegado a relacionarse con el sexo, raza y la edad como también se han descrito factores causales entre ellos: pancreatitis crónica, alcoholismo, tabaquismo, obesidad, diabetes, antecedentes de cáncer familiar, una dieta inadecuada y hasta se han considerado factores de riesgo ocupacionales.²³

El CP es una enfermedad de carácter maligno frecuente del tracto gastrointestinal; por ello, llegar a su diagnóstico pues implica un pronóstico ominoso. La tasa de mortalidad global bordea el 90% en el primer año luego del diagnóstico. La agresividad de este cáncer caracterizada por tener un rápido crecimiento, la capacidad de extenderse a estructuras contiguas y distantes, juntamente con la respuesta deficiente a los tratamientos sistémicos introducidos; lleva a una difícil realidad que menos del 5% de los pacientes diagnosticados con esta enfermedad sobrevivan más allá de los 5 años. Se ha llegado a estimar que en USA el CP se encuentra como segunda causa de muerte de todos los cánceres gastrointestinales; Por otro lado, en México según la OMS el CP representa la novena causa relacionada con muertes por cáncer. Es pues la resección quirúrgica la única alternativa terapéutica potencialmente curativa.¹⁹

Dado que se desconoce la etiología del cáncer de páncreas, poco se puede decir acerca de las medidas profilácticas. Se cree que tiene una mayor frecuencia en pacientes con pancreatitis crónica preexistente que en la población general. El cáncer puede surgir en cualquier porción del páncreas y es histológicamente consistente en toda la

glándula. Sin embargo, el cáncer que surge en la cabeza del páncreas afecta de manera característica al conducto biliar común y produce ictericia obstructiva, por lo que, desde un punto de vista diagnóstico, terapéutico y pronóstico, el cáncer de la cabeza del páncreas presenta una entidad clínica bastante diferente a los de otras partes de la glándula.²⁴

El desarrollo de ictericia en un individuo previamente libre de molestias digestivas siempre debe plantear la sospecha de que puede haber cáncer de páncreas (o vías biliares extra hepáticas). El hecho de que la ictericia del cáncer de páncreas es "indoloro", a pesar de que su concepto es de larga data, ha sido cuidadosamente analizado por muchos médicos. En la actualidad, generalmente se acepta cierto grado de dolor abdominal o malestar asociado con la ictericia del cáncer de páncreas. Se encontrará una vesícula biliar agrandada, palpable y no dolorosa solo en aproximadamente el 60 % de los pacientes que posteriormente se detecta cáncer de la cabeza del páncreas.²⁵

Los estudios radiológicos más sofisticados incluyen duodenografía hipotónica²⁶, angiografía por cateterización de la arteria hepática o celíaca, ecografía pancreática y colangiografía transhepática percutánea.^{27, 28} Se puede usar cualquiera o todas estas técnicas para perfeccionar la precisión del diagnóstico. Sin embargo, son académicos en un paciente con ictericia obstructiva que puede soportar la cirugía. La laparotomía debe realizarse sin demora innecesaria. Sólo la biopsia puede probar la presencia de cáncer. La aspiración duodenal después de la administración de un secretogogo pancreático puede proporcionar una confirmación citológica de la sospecha de CP, pero incluso con manos expertas pues la citología duodenal no es infalible^{29, 30}.

El problema formulado en el siguiente estudio fue:

¿Cuál es el perfil clínico - epidemiológico del cáncer de páncreas en los pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, año 2008-2018?

La relevancia del estudio radica en que el cáncer de páncreas es una patología potencialmente mortal y que lamentablemente se llega al diagnóstico cuando ya es demasiado tarde, de ahí que es muy importante conocer el perfil clínico y epidemiológico de esta enfermedad.

El Cáncer de páncreas (CP) es una patología que afecta en su mayoría a mayores de edad (>60 – 65 años), y el manejo está orientado a esta población, pero a medida que pasa el tiempo se han reportado casos de cáncer de páncreas en pacientes de menos edad y que cada vez está en mayor aumento.²³

El manejo de esta entidad patológica es paliativo en algunos casos y en muchos otros todavía es posible la cirugía (duodeno pancreatometomía), en efecto después de esta cirugía los pacientes tienen un pronóstico de vida de 3-5 años en algunos casos hasta 8 años.¹⁹

Identificar la clínica en estos pacientes tempranamente conjuntamente con la morbimortalidad, ayudaría a poder actuar mucho más temprano y poder ofrecer un mejor pronóstico de vida para estos pacientes y poder prevenir la aparición de cáncer de páncreas dejando la puerta abierta a futuros estudios que puedan identificar la etiología para poder contribuir de manera idónea a la población.³¹

Desde el criterio práctico se justifica en por cuanto el cáncer de páncreas tiene pocos signos y síntomas y pocos factores de riesgo específicos por lo que un perfil clínico y epidemiológico local es completamente necesario.

Desde el criterio teórico, el presente estudio realizó una revisión del estado de conocimiento sobre las variables, las mismas que evolucionan con las circunstancias sociales, económicas y los descubrimientos en el campo oncológico.

Tomando en cuenta el campo metodológico, permitió desarrollar instrumentos de medición y contrastarla con la realidad para actualizar la relación entre las variables y en particular en el lugar de estudio.

El estudio por ser de naturaleza descriptiva simple no se requiere plantear hipótesis.

Los objetivos considerados en el presente estudio fueron:

GENERAL

Determinar las características clínicas y epidemiológicas del cáncer de páncreas en los pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, año 2008-2018

ESPECIFICOS:

- Identificar las características clínicas de mayor frecuencia
- Identificar las características epidemiológicas: incidencia
- Identificar los factores de riesgo

II. MÉTODO

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Aplicativo

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo

2.2 VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN

Variable: Perfil clínico-epidemiológico

Sub variable: A) perfil clínico

B) Perfil epidemiológico

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO DE CANCER DE PANCREAS	Conjunto de cifras de carácter estadístico, factores considerados de riesgo, demográficos, signos y síntomas que nos puedan permitir evaluar las características de una patología. ³²	Datos obtenidos de las historias clínicas del HBT de pacientes diagnosticados con cáncer de páncreas FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES EDAD EN AÑOS < 40 40 – 50 51 – 60 > 60	1 2 3 4	Cuantitativa intervalo
	SUB VARIABLES:	SEXO HOMBRE MUJER	1 2	Cualitativa nominal
	PERFIL EPIDEMIOLOGICO es el estudio de la morbilidad, la mortalidad, la letalidad y los factores considerados de riesgo,	ANTECEDENTES FAMILIARES DIAGNOSTICADOS CON CANCER DE PANCREAS Si No	1 2	Cualitativa Nominal
		FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES OBESIDAD	1	Cualitativa

considerando los datos geográficos, el tiempo y la población. ³³	HTA	2	Nominal
	DIABETES MELLITUS 2	3	
	TABAQUISMO	4	
	CONDICION AL ALTA		
	Vivo	1	Cualitativa
	Fallecido	2	Nominal
PERFIL CLÍNICO Es el grupo de características clínicas que permiten caracterizar una Patología. ³³	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:		
	-Dolor Abdominal	1	Cualitativa Nominal
-Ictericia	2		
-Pérdida de peso	3		
-Otros	4		
	CRITERIO DE DIAGNÓSTICO		
	Biopsia	1	Cualitativa Ordinal
	Antígeno carbohidrato 19-9	2	
	Colangiopancreatografía	3	
	TAC	4	
	Ecografía	5	

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN:

Fue constituida por todos los pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, año 2008-2018

MUESTRA:

Tamaño muestra:

No Probabilístico

Unidad de análisis:

Cada paciente con diagnóstico de cáncer de páncreas

Unidad de muestra:

El registro de cada paciente en la base de datos y la historia clínica de cada paciente.

Muestreo:

De carácter censal.

CRITERIOS DE SELECCIÓN: Se consideró los siguientes criterios

Criterios de inclusión:

Todos los pacientes con cáncer de páncreas de ambos sexos, atendidos durante el periodo 2008 - 2018

Criterios de exclusión:

Se excluyeron los:

Pacientes cuya información no estuvo completa en la base de datos o en las historias clínicas

Pacientes que presentaron comorbilidad

Pacientes que presentaron patologías con clínica similar.

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

LA TÉCNICA

Fue la revisión de bases de datos y de las historias clínicas de los pacientes.

PROCEDIMIENTO:

Se solicitó la autorización en la oficina de docencia e investigación del Hospital Belén de Trujillo, tras la revisión del proyecto se concedió el permiso correspondiente para la realización del estudio. Una vez obtenido el permiso se tuvo acceso a la base de datos y las historias clínicas de los pacientes, se procedió a recoger la información en una ficha de recolección de datos, teniendo en cuenta la técnica de muestreo descrita anteriormente y los criterios de inclusión y exclusión en el estudio.

INSTRUMENTOS

La información fue recolectada en la ficha de recolección de datos que consta de dos partes la primera comprenderá datos relacionados a los aspectos epidemiológicos como: edad, sexo, procedencia y hábitos alimenticios y estilos de vida. La segunda parte datos sobre los aspectos clínicos como: dolor abdominal, ictericia, pérdida de peso, cefalea. (ver anexo 1)

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La ficha de recolección de datos fue validada por 3 profesionales de salud (médicos) que evaluaron si el instrumento y la técnica de ensayo en laboratorio eran adecuados para el presente estudio.

2.5 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron analizados en el programa SPSS versión 24, para Windows. la información fue presentada en las tablas de frecuencias simples y porcentajes. Para el análisis de la información se aplicaron las estadísticas descriptivas: como promedios, media, desviación estándar en los casos que correspondientes.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS.

En el presente estudio se respetaron los criterios de las normas de ética en la investigación considerados en la Declaración de Helsinki⁽³⁴⁾. Se obtuvo también la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias Médica de la Universidad César Vallejo de Trujillo.

III. RESULTADOS

Tabla 1: Incidencia en pacientes con cáncer de páncreas en Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)

AÑO	Nº PACIENTES ATENDIDOS EN GASTROENTEROLOGIA	Nº CASOS CON CANCER DE PANCREAS	INCIDENCIA
2008	2282	7	3.07
2009	2344	6	2.56
2010	2297	4	1.74
2011	2223	2	0.90
2012	1620	3	1.85
2013	1772	3	1.69
2014	1372	6	4.37
2015	1904	2	1.05
2016	1919	0	0.00
2017	1821	0	0.00
2018	2026	4	1.97
TOTAL	21580	37	1.71

Fuente: Área Estadística Hospital Belén Trujillo

Tabla 2: Edad y Sexo de los pacientes con cáncer de páncreas atendidos en el Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)

Edad/Años	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FAMENINO			
<40	0	0.00%	1	2.7%	1	2.7%
40-50	7	18.9%	3	8.1%	10	27.0%
51-60	6	16.2%	4	10.8%	10	27.0%
>60	8	21.6%	8	21.6%	16	43.2%
TOTAL	21	56.8%	16	43.2%	37	100.0%

Fuente: Historias clínicas Gastroenterología Hospital Belén – Trujillo

Tabla 3: Procedencia y antecedentes familiares en pacientes con cáncer de páncreas atendidos en el Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)

Factor de riesgo	Cantidad	%
Procedencia		
Trujillo	24	64.9
Huamachuco	4	10.8
Otuzco	2	5.4
San Martín	2	5.4
Chimbote	2	5.4
Salpo	1	2.7
Sanchez Carrion	1	2.7
Cajamarca	1	2.7
Antecedentes		
NO	29	78.4
SI	8	21.6
TOTAL	37	100.0

Fuente: Historias clínicas Gastroenterología Hospital Belén – Trujillo

Tabla 4: Factores de riesgo Modificables en pacientes con cáncer de páncreas atendidos en el Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)

F. RIESGO	SI		NO		TOTAL	
Obesidad	4	10.8%	33	89.2%	37	100.0%
Hipertensión	10	27.0%	27	73.0%	37	100.0%
Diabetes	8	21.6%	29	78.4%	37	100.0%
Tabaquismo	11	29.7%	26	70.3%	37	100.0%

Fuente: Historias clínicas Gastroenterología Hospital Belén – Trujillo

Tabla 5: Signos y síntomas en pacientes con cáncer de páncreas atendidos en Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)

Signos y Síntomas	SI		No		TOTAL	
Dolor Abdominal	33	89.2%	4	10.8%	37	100%
Ictericia	32	86.5%	5	13.5%	37	100%
Pérdida de Peso	26	70.3%	11	29.7%	37	100%
Otros	3	8.1%	34	91.9%	37	100%

Fuente: Historias clínicas Gastroenterología Hospital Belén – Trujillo

Tabla 6: Criterios diagnósticos de los pacientes con cáncer de páncreas

CRITERIO	SI		NO		TOTAL	
Tomografía Axial Computarizada	37	100.00%	0	0.00%	37	100%
Ecografía	35	94.60%	2	5.40%	37	100%
CA 19.9	33	89.20%	4	10.80%	37	100%
Colangiopancreatografía	13	35.10%	24	64.90%	37	100%
Biopsia	0	0.00%	37	100.00%	37	100%

Fuente: Historias clínicas Gastroenterología Hospital Belén – Trujillo

IV. DISCUSIÓN

Se hizo un estudio descriptivo retrospectivo no probabilístico de carácter censal, en el servicio de gastroenterología en las áreas de emergencia, consulta externa y hospitalización del Hospital Belén de Trujillo, a pacientes con diagnóstico de cáncer de páncreas que fueron atendidos entre los años 2008 y 2018, con el objetivo de determinar las características clínicas y epidemiológicas del cáncer de páncreas. Los resultados que obtuvimos fueron:

En la tabla 1. se aprecia la Incidencia entre el periodo 2008 - 2018 de cáncer de páncreas, el número de pacientes atendidos en gastroenterología fue 21580, de los cuales 37 pacientes desarrollaron cáncer de páncreas, con una incidencia general de 1.71/1000 pacientes, así mismo se aprecia que la tasa de mayor incidencia fue en el año 2014 (4.37) seguido del 2008 (3.07), por otro lado, la incidencia más baja lo tenemos en el 2016 y del 2017 donde no encontramos a ningún paciente debido a que todo paciente con sospecha de cáncer de páncreas fue derivado al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN NORTE para descarte y manejo especializado.

Estos resultados coinciden con Vaquero E.¹¹ quien encontró una incidencia de 2.3/1000 habitantes, Lang K.¹⁵ encontró una incidencia similar de 1.81/1000 pacientes, cabe recalcar que en nuestro estudio no se pudo determinar la prevalencia ni letalidad debido a que los pacientes en su totalidad fueron derivados al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN NORTE Para manejo y seguimiento especializado.

En la tabla 2 Se aprecia que el sexo masculino representa el 56.8% (21 casos) contra el 43.2% (16 casos) del sexo femenino, apreciamos además que la edad más representativa en ambos sexos es >60 años en un 43.2% (16 casos) en segundo lugar tenemos a las edades de 40-50 años y de 51-60 años, ambas con un 27% haciendo un total de 54% (20 casos), en último lugar tenemos un 2.7% (1 caso) de sexo femenino. El factor sexo tuvo ligera más incidencia en los varones estos resultados coinciden con Pila R. et al¹⁸ quien en su estudio encontró cifras parecidas siendo el sexo masculino sobresaliente con un 72.26%. Esto explicaría el hecho de que el sexo masculino está expuesto a un estilo de vida diferente y a exponerse a factores de riesgo mayores como el consumo de tabaco; otros estudios difieren del nuestro como el de Valencia A et al.⁷ quienes encontraron mayor distribución en mujeres (51.4%), Fox C et al⁸ también encontraron 53.6% sexo femenino y 46.4% para el sexo masculino. Estos resultados se explican debido a que la exposición a factores de riesgo como la diabetes mellitus fue mayor en mujeres.⁸

Respecto a la edad, Estos resultados coinciden con los de Fox C et al.⁸ quien señala el rango de edad de incidencia en 66 +/- 11 años. Coinciden además con Valencia A. et al.⁷ donde se menciona que la edad con más representación es de 66 años; con respecto a este tema no hay discusión ya que en todos los autores coinciden con el hecho de que la incidencia aumenta con la edad como lo señala explícitamente Vaquero E.¹¹ siendo esta mayor de 60 años.

Cabe recalcar además que en la actualidad es más común encontrar patologías malignas cada vez más en menor edad, particularmente en nuestro estudio se encontró un caso de sexo femenino de 17 años de edad con cáncer de páncreas, caso que nos lleva a tomar en cuenta otros factores agregados y no solo considerar la edad.

En la tabla 3 con respecto a la procedencia, 64.9% (24 casos) fueron de Trujillo, representando el primer lugar, seguido de Huamachuco con 10.8% (4 casos). Con respecto a los antecedentes, vemos que el 78.4% (29 casos) no presentaron antecedentes de cáncer de páncreas y el 21.6 (8 casos) si presentaron antecedentes. Trujillo es más destacable, esto indicaría que el hábitat y el estilo de vida predisponen más a los factores de riesgo para el cáncer de páncreas; un estudio realizado por Lang K.¹⁵ señala que estas diferencias son atribuibles a la variación en la exposición de factores de etiología específicos causados por diferencias en el estilo de vida y los hábitos, como la higiene, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

En cuanto a los antecedentes familiares de la enfermedad, no tuvo mayor impacto ya que solo el 21.6% de los casos presentaron antecedentes. Estudios como el de Franssen B et al¹³ encontraron antecedentes genéticos en un 10%, Vaquero A¹¹ encontró un 5-10% del factor hereditario para esta enfermedad, coincidiendo así con nuestro estudio. Esto es debido a que mucho de estos casos de vinculación familiar no es por factores genéticos, sino por tenencia de hábitos que conducen al cáncer, es decir, no se hereda los genes, se hereda las costumbres y formas de vida que predisponen a la enfermedad tal como lo menciona Lang K.¹⁵

En la tabla 4 podemos ver que el 29.7% (11 casos) presentaron tabaquismo como principal factor de riesgo, en segundo lugar, encontramos la Hipertensión Arterial con 27.0% (10 casos), seguidos por la diabetes mellitus 21.6% (8 casos). Estudios como de Vaquero E.¹¹ coincide con nuestro estudio al señalar que el factor más destacable fue el consumo de tabaco, Franssen B. et al¹³ señalan mayor asociación de cáncer de páncreas con consumo de tabaco; Además otro estudio como el de Pila R. et al¹⁸ encontró que el factor más predisponente fue tabaquismo 53.98% coincidiendo así con nuestro estudio. Como ya mencionamos en la tabla 2 la mayor predisposición lo tiene el sexo masculino esto explica porque mayor consumo de tabaco.

Otros estudios difieren del nuestro como el de Fox C. et al⁸ quienes encontraron glucosa en ayunas alterada en un 66%, Torres M et al.¹⁶ también difieren del nuestro, encontrando mayor riesgo a DM2 32.8% seguido de tabaquismo 32.1%. debido a que coincidentemente estos autores también encuentran mayor predisposición al sexo femenino, haciendo notar que la diabetes mellitus 2 es un factor de riesgo para cáncer de páncreas mayormente en mujeres posiblemente por el estilo de vida que lleva la población femenina.

*De importancia es mencionar que, en cuanto a la condición al alta, el 100% de los pacientes fueron derivados al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - IREN NORTE. Para manejo y seguimiento especializado motivo por el cual la condición de alta fue en su totalidad (100%) vivos.

En la tabla 5 se puede señalar que el síntoma más predominante es el dolor abdominal 89.2% (33 casos), seguido por ictericia 86.5% (32 casos), en tercer lugar, tenemos a la pérdida de peso 70.3% (26 casos). Estudios como el de Torres M et al.¹⁶ coincide con nuestro estudio al encontrar que la clínica más frecuente fue el dolor abdominal 59.1%, otros estudios difieren como los hallados por Pila R. et al¹⁸ quienes señalan que la ictericia es el signo más destacable en 70.59%. Berger Z⁹ menciona que la clínica de mayor frecuencia fue la ictericia, Valencia A et al⁷ también encuentra ictericia 74% como signo más destacable, las diferencias clínicas se dan por la presentación de la enfermedad dado por la ubicación del tumor, la ictericia se presenta más en pacientes con neoplasia en la cabeza del páncreas como menciona Valencia A et al.⁷

En la tabla 6 encontramos que el criterio diagnóstico más utilizado es la Tomografía axial computarizada siendo esta usada al 100% (todos los casos) seguido por ecografía 94.6% (35 casos) en tercer lugar encontramos el antígeno carbohidrato 19-9. Estos resultados coinciden con los resultados hallados por Berger Z.⁹ quien señala que la tomografía axilar computarizada fue la ayuda diagnóstica más utilizada, debido a que es una técnica no invasiva y proporciona mejores resultados que la ecografía; por otro lado, Torres M et al.¹⁶ difiere de nuestro estudio al encontrar ayuda diagnóstica de mayor uso a pruebas sanguíneas 96.4% seguido por tomografía computarizada 94.2%. además Franssen B et al¹³ encontró que el antígeno carbohidrato 19-9 es el único criterio diagnóstico de utilidad clínica. Esto podría explicarse ya que en países desarrollados existen protocolos de manejo del cáncer de páncreas que incluyen marcadores específicos que en nuestro medio no se utilizan de rutina.

V. CONCLUSIONES

- Las características clínicas de mayor frecuencia fueron el dolor abdominal, ictericia y pérdida de peso siendo la Tomografía axilar computarizada, la ecografía y el antígeno carbohidrato 19-9 los criterios diagnósticos más utilizados.
- La incidencia global fue de 1.71/1000 pacientes.
- Los factores de riesgo más frecuentes fueron: La edad mayor de 60 años, el sexo masculino, la mayoría no tuvo antecedentes familiares con cáncer de páncreas; el tabaquismo, hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 fueron los principales factores de riesgo modificables.

VI. RECOMENDACIONES

Debido al mal pronóstico del cáncer de páncreas es necesario la vigilancia multidisciplinaria a los pacientes que presentan factores de riesgo y que todavía no han desarrollado la enfermedad tratando no solo de prevenir el cáncer sino de brindarle una mejor calidad de vida a cada paciente en su lucha por vivir.

Los resultados de este estudio despiertan el interés de desarrollar estrategias de prevención primaria que nos permitan disminuir la incidencia del cáncer de páncreas asociado a factores de riesgo evitables, como desarrollar políticas para el abandono del consumo de tabaco.

Se debe concientizar a la población en general que haga un empoderamiento de su salud y evitar los factores de riesgo modificables mencionados en nuestro estudio además de consumir frutas y verduras ya que estos se asocian a una disminución del riesgo de cáncer de páncreas tal como lo menciona Rick J. et al¹⁰.

Hacer estudios de seguimiento posteriores para poder determinar lo concerniente a estadiaje, manejo, prevalencia y letalidad del cáncer de páncreas.

Realizar estudios posteriores tomando en cuenta además de los nuestros otros factores de riesgo como, consumo de alcohol y exposición a sustancias tóxicas entre otros. Que ayuden a determinar un diagnóstico más temprano y darle un mejor pronóstico de vida a cada paciente.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Christian C, Jorge G, Marcela T, Mauricio M, Bettina M, Sebastian S et. al. Recomendaciones sobre el manejo del cáncer de páncreas tipo adenocarcinoma en Latinoamérica. Rev. Med Chile 2016; 144(13):1305–1318. (Citado: 02/05/2017). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n10/art10.pdf>
2. Siegel R, Miller K, Jemal A. Cáncer statistics. CA Cáncer J Clin 2015; 65(1):5–29. (Citado 02/05/2017). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25559415>
3. Freitas D, Fernandez S, Hoff P. Medical management of pancreatic adenocarcinoma. Pancreatology 2009; 9(2):223–232. (Citado: 06/05/2017). Disponible en: <http://www.joplink.net/prev/201003/ref/16-012.html>
4. Loos M, Kleeff J, Friess H. Surgical treatment of pancreatic cancer. Ann N Acad Sci 2008; 113(8):169–80. (Citado 06/05/2017). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18837898>
5. World Cancer Research Fund International. Pancreatic Cancer Statistics. London WCRF International 2012. (Citado 07/05/2017). Disponible en: <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/pancreatic-cancer-statistics>
6. Paget E, Pérez P, Poquioma E, Ubillús M. Registro de cáncer de Lima Metropolitana: Incidencia y mortalidad 2010 - 2012. INEN Lima 2016; 5(1): 181. (Citado 07/05/2017). Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20de%20C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012_02092016.pdf
7. Valencia A, Alejandra H, Sergio I, Tespalcacios V, Elsa M. Factores asociados con la supervivencia al año de pacientes operados con cáncer ampular o de páncreas. Salud Pública ISSN 2016; 18(6):913–925. (Citado 07/05/2017). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/42435/62539>
8. Fox C, Prado Z, Frecuencia de cáncer hepatobiliopancreático y su relación con diabetes mellitus en pacientes del Hospital Universitario de Maracaibo. Gastrointestinales LDI 2015; 68(3):94–98. (Citado 07/05/2017). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032014000300005
9. Berger Z. Un desafío clínico: Diagnóstico diferencial de pancreatitis autoinmune y cáncer de páncreas. Rev Med Chile 2014; 142(4):413–417. (Citado 07/05/2017). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n4/art01.pdf>
10. Rick J, Jansen, Dennis P, Robinson, Rachael Z, Stoizenberg S et. al. Los nutrientes obtenidos al consumir frutas y verduras reducen el riesgo de cáncer de páncreas. J Gastrointest Cáncer 2013; 44(2): 152–161. (Citado 07/05/2017). Disponible en: <http://www.oncologiaintegrativa.org/wp-content/uploads/2015/06/Consumo-habitual-de-verduras-y-frutas.pdf>
11. Vaquero E, Antoni C. Tumores malignos del páncreas. Club Español biliopancreático (CEBP) 2012; 5(1): 657–666. (Citado 08/05/2017). Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/44_Tumores_malignos_del_pancreas.pdf

12. Iboris D, Escobar C. La anestesiología en la historia un acercamiento a la realidad. Rev Cuba Anestesiol Reanim 2011; 10(3):173–175. (Citado 08/05/2017) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v10n3/ane01311.pdf>
13. Franssen B, Chan C. El punto de vista del cirujano. Revista gastroenterología México 2011; 76(4): 353–361. Citado (08/05/2017). Disponible es: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-cancer-pancreas-el-punto-vista-articulo-X0375090611838987>
14. DiMugno E. Pancreatic cancer: Clinical presentation, pitfalls and early clues. Ann Oncol 2009; 10(4): 140–142. (Citado 08/05/2017). Disponible en: https://academic.oup.com/annonc/article/10/suppl_4/S140/166681
15. Lang K. Ethnic differences in cancer incidence in Estonia: two cross-sectional unlinked census-based cancer incidence analyses. Popul Health Metr 2009; 7(10): 1-5. (Citado 10/05/2017). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2711961/>
16. Torres M, Tárraga L, Rodríguez J, Pedro J. Incidencia del Cáncer de Páncreas en la provincia de Albacete. Rev. Clínica Med Fam 2008; 2(3): 111–116. (Citado 08/05/17). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n3/original3.pdf>
17. Pannala R, Leirness J, Bamlet W, Basu A, Petersen G, Chari S. Prevalence and Clinical Profile of Pancreatic Cancer–Associated Diabetes Mellitus. Gastroenterology 2008;134(4): 981–987. (Citado 08/05/2017). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016508508001133>
18. Pila R, Vázquez R, Pila R, Morales M, Holguín V. Cáncer de páncreas en Camagüey. Rev Arch Méd Camagüey 2005; 9(2): 60–73. (Citado 08/05/2017). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v9n2/amc060205.pdf>
19. Rebaza S. Cáncer de páncreas. Rev Gastroenterol Perú 2016; 36 (2): 105-106. (Citado 10/05/2017). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v36n2/a01v36n2.pdf>
20. Iglesias G, Domínguez M. Cáncer de páncreas. Med - Programa Form Médica Contin Acredit 2012; 11(8):473–480. (Citado 10/05/2017). [Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(12\)70333-5](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(12)70333-5)
21. Information Services Division. Clinical Profiles. Quality Indicators 2010; 56(1): 1. (Citado 11/05/2017). Disponible en: <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Quality-Indicators/Profiles/>
22. Whittembury A. El perfil epidemiológico y el análisis de situación del país 2016; 5(1): 23-27. (Citado 11/05/2017). [Disponible en: http://www.esperantra.org/biblioteca/peaepweb.pdf](http://www.esperantra.org/biblioteca/peaepweb.pdf)
23. Del Solar B. Perfil clínico y epidemiológico del paciente que acude a consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo de octubre a diciembre del 2011. Rev. Neuro - Psiquiatr 2012; 75(1): 56–85. (Citado 12/05/2017). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1538/1566>
24. Chan C, Render A. Cáncer de páncreas. Rev. Gastroenterol 2011; 76(1): 12. (Citado 12/05/2017). Disponible en:

[http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/avances-enfermedades-del-pancreas/articulo/X0375090611252860/.](http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/avances-enfermedades-del-pancreas/articulo/X0375090611252860/)

25. European Society for Medical Oncology. Cáncer de páncreas. ¿Qué es el cáncer de páncreas?. European Society for Medical Oncology 2013; 1(3): 78. (Citado 12/05/2017). Disponible en: <https://www.esmo.org/content/download/6623/115163/file/ESMO-ACF-Cancer-de-Pancreas-Guia-para-Pacientes.pdf>
26. Siegel R, Miller K, Jemal A. Cancer statistics, 2015. CA Cancer J Clin. 2015; 65(1): 5-29. (Citado 12/05/2017). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21254>
27. Alguacil J, Kauppinen T, Porta M, Partanen T, Malats N, Kogevinas M, et al. Risk of pancreatic cancer and occupational exposures in Spain. PANKRAS II Study Group. Ann Occup Hyg. 2000; 44(5): 391-403. (Citado 12/05/2017). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10930502>
28. Yamada K, Miura M, Miyayama H, Sakashita N, Kochi M, Ushio Y. Brain metastases from asymptomatic adenocarcinoma of the pancreas: an autopsy case report. Surg Neurol 2002; 58(5): 332-6;336-337. (Citado 12/05/2017). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v29n2/v29n2a09.pdf>
29. Bourlon R, Martinez M, Moreira W, Salcido P, Vázquez P. Diabetes mellitus y su asociación con cáncer de páncreas en el anciano. Med Int Mex 2010; 26(5): 512-515. (Citado 12/05/2017). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim105n.pdf>
30. Chari S, Leibson C, Rabe K. Pancreatic cancer associated Diabetes Mellitus: Prevalence and temporal association with diagnosis of cancer. Gastroenterology 2008; 134(1): 95-101. (Citado 12/05/2017). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2271041/pdf/nihms-36899.pdf>
31. Andreotti G, Silverman D. Occupational risk factors and pancreatic cancer: a review of recent findings. Mol Carcinog 2012; 51(1): 98-108. (Citado 12/05/2017). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6394840/pdf/nihms-1010796.pdf>
32. Sharma C, Eltawil K, Reufrew P, Walsh M, Molinari M. Advances in diagnosis, treatment and palliation of pancreatic carcinoma 1990-2010. World J Gastroenterol. 2011; 17(7): 867-897. (Citado 12/05/2017). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3051138/pdf/WJG-17-867.pdf>
33. COOMEVA EPS. Perfil Epidemiológico, coomeva 2010; 220. (Citado 12/05/2017). Disponible en: <https://www.coomeva.com.co/disenno/elearning/SitePerfilEpidemiologicoEPSFinal/download/resumen-ejecutivo-coomeva2008.pdf>
34. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMN - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

ANEXOS

Anexo 01:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE

I. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Factores de riesgo

No modificables

Edad en años:

1. < 40 ()
2. 40 – 50 ()
3. 51 – 60 ()
4. > 60 ()

Sexo:

1. Hombre ()
2. Mujer ()

Antecedentes familiares con cáncer de páncreas

1. Si ()
2. No ()

Modificables

1. *Obesidad* ()
Peso...Talla... IMC...Kg/m²
2. *Hta* ()
PAS/PAD.....mmHg
3. *Diabetes mellitus* ()
4. *Tabaquismo* ()

Condición al alta:

1. vivo ()
2. fallecido ()

II. DATOS CLÍNICOS:

A. Signos y síntomas

1. *Dolor Abdominal* ()
2. *Ictericia* ()
3. *Pérdida de peso* ()
4. *Otros* ()

B. CRITERIO DE DIAGNÓSTICO

1. *Biopsia* ()
2. *CA19.9* ()
3. *Colangiopancreatografía* ()
4. *TAC* ()
5. *Ecografía* ()

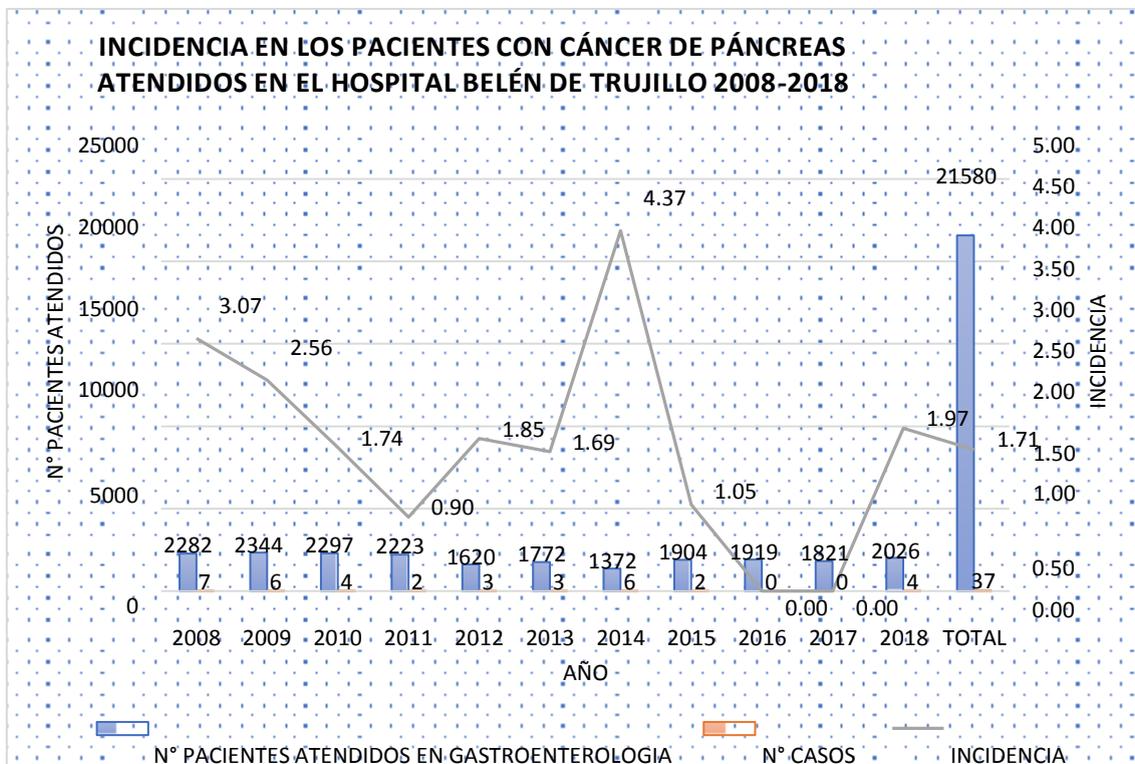
N° de HC:.....

Procedencia:.....

Año de Dx:.....

Anexo 02:

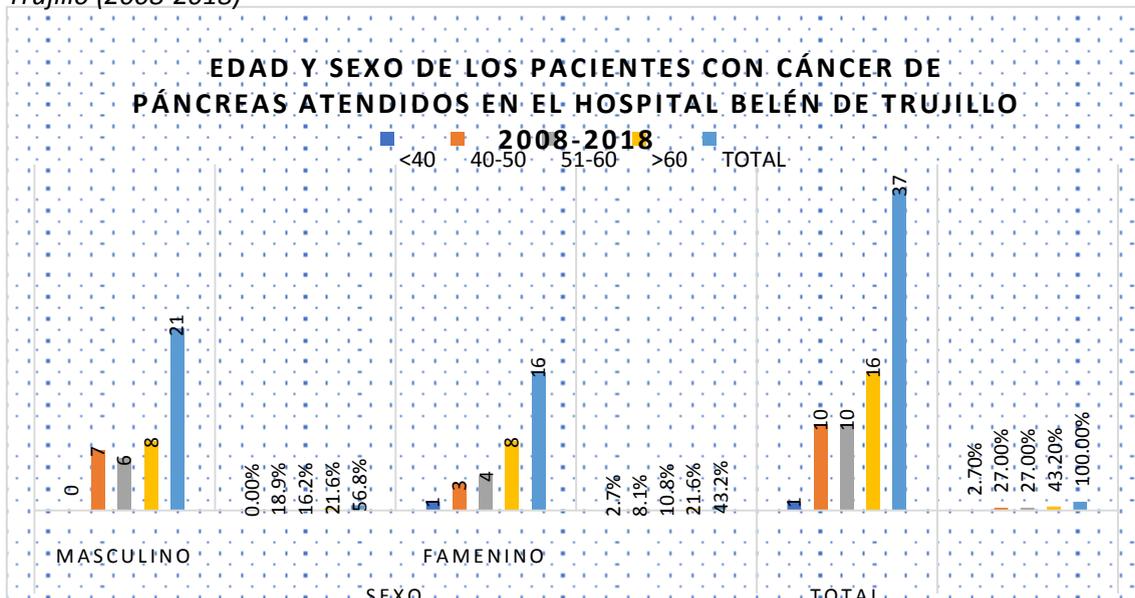
Gráfico1: Incidencia en pacientes con cáncer de páncreas en Hospital Belén de Trujillo 2008-2018



Fuente: Tabla 1

Anexo 03

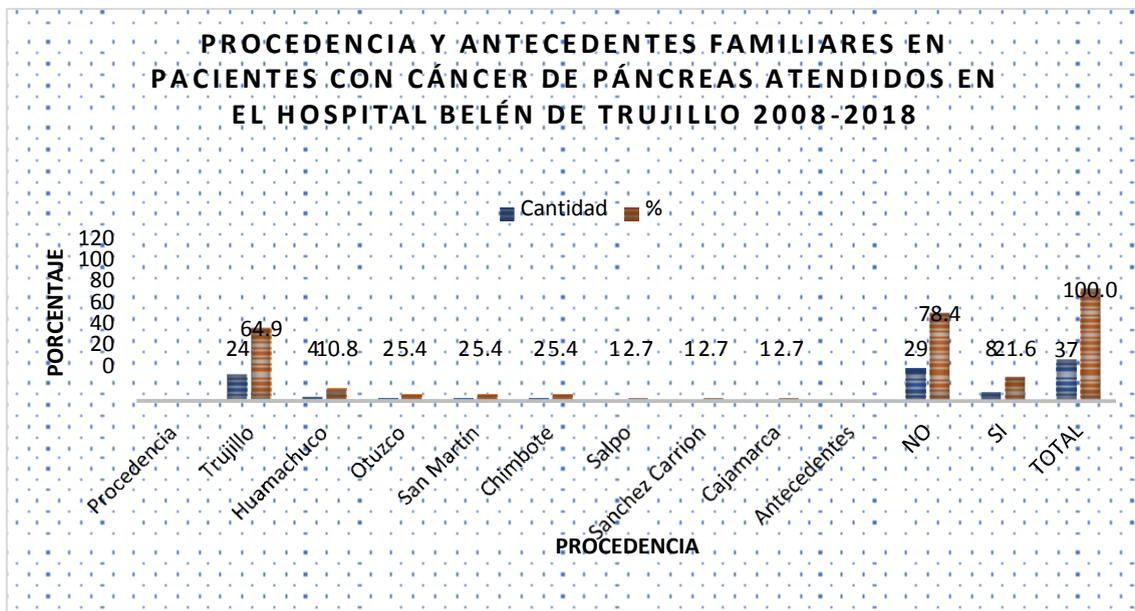
Tabla 2: Edad y Sexo de los pacientes con cáncer de páncreas atendidos en el Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)



Fuente: cuadro 2

Anexo 04:

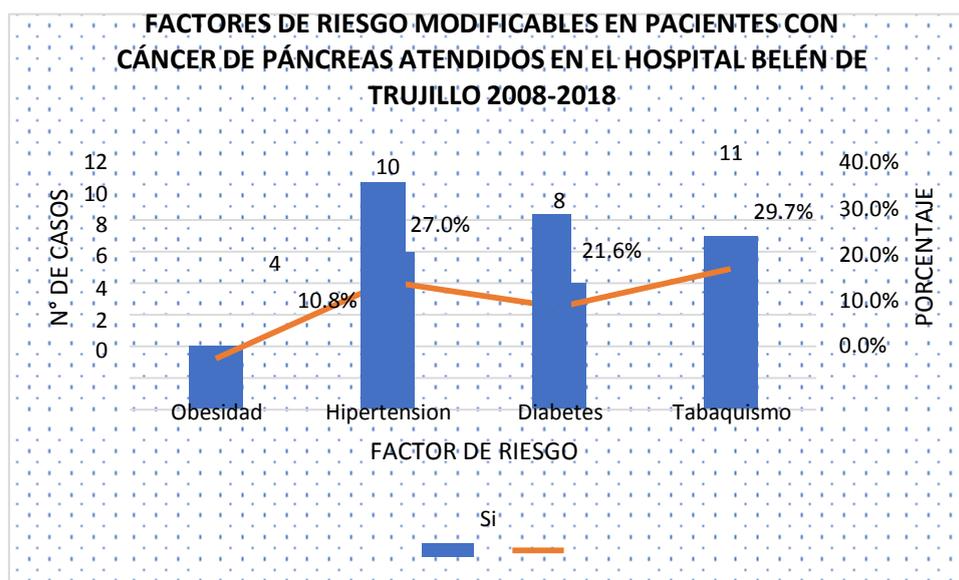
Tabla 3: Procedencia y antecedentes familiares en pacientes con cáncer de páncreas atendidos en el Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)



Fuente: Tabla 3

Anexo 05:

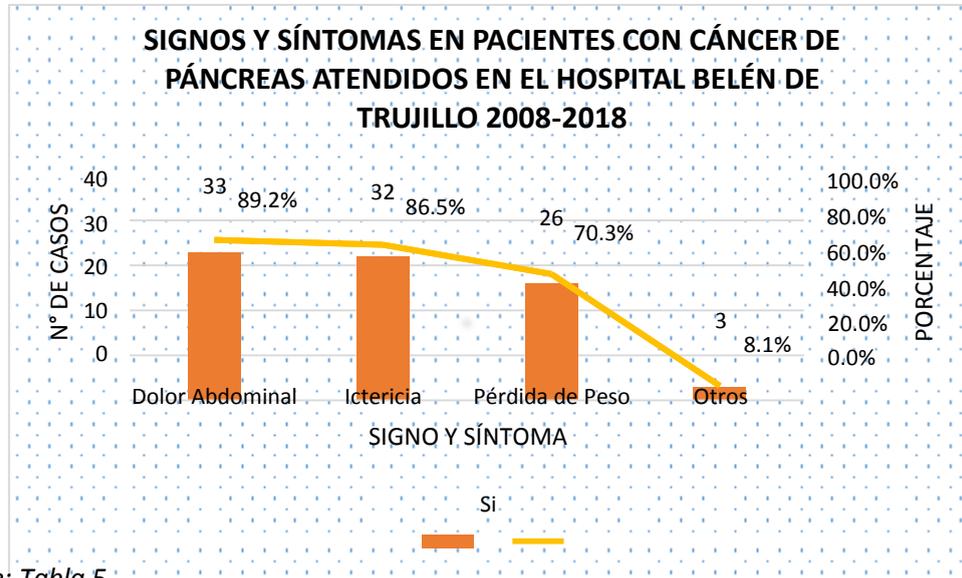
Tabla 4: Factores de riesgo Modificables en pacientes con cáncer de páncreas atendidos en el Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)



Fuente: Tabla 4

Anexo 06:

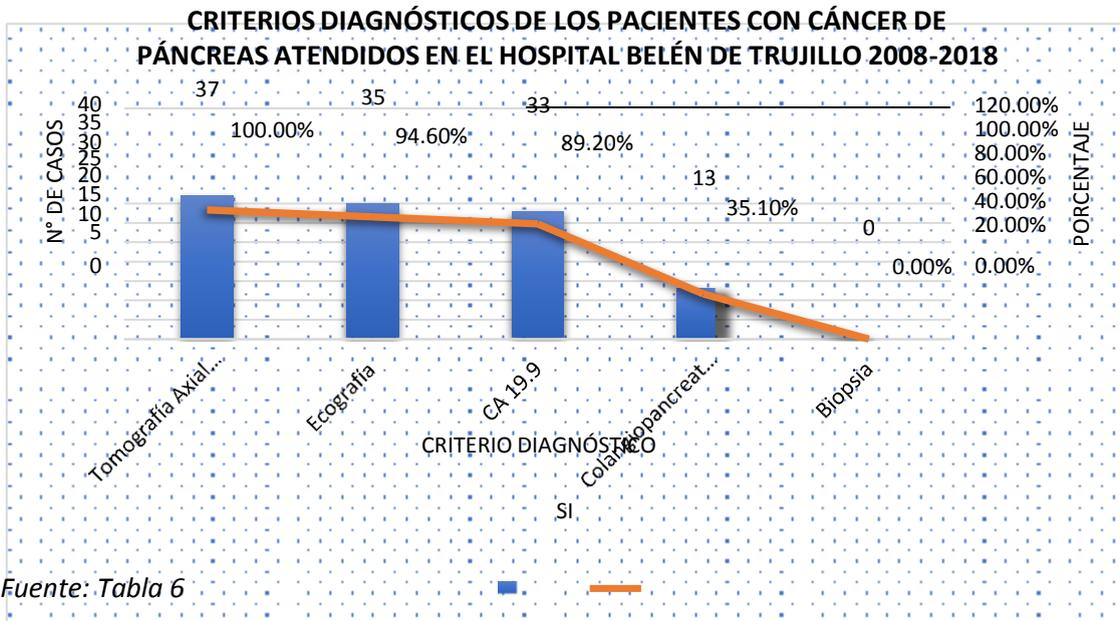
Tabla 5: Signos y síntomas en pacientes con cáncer de páncreas atendidos en Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)



Fuente: Tabla 5

Anexo 07:

Tabla 6: Criterios diagnósticos de los pacientes con cáncer de páncreas atendidos en el Hospital Belén de Trujillo 2008-2018



Fuente: Tabla 6

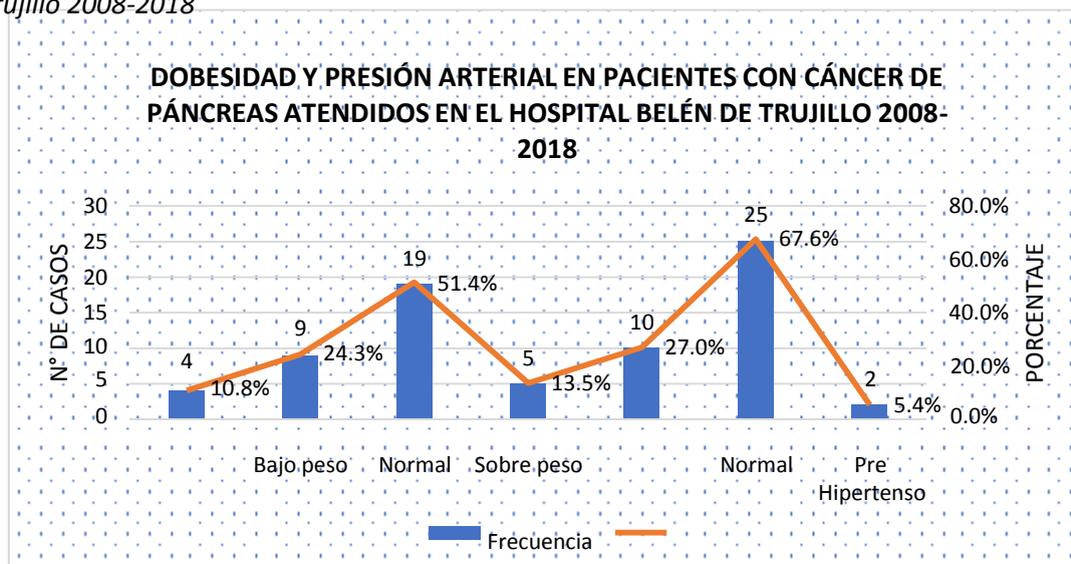
Anexo 08:

Tabla 4.1: Obesidad e hipertensión arterial en pacientes con cáncer de páncreas atendidos en Hospital Belén de Trujillo 2008-2018

F. RIESGO		Frecuencia		Total	
Obesidad	Si		4 10.8%	4	10.8%
	No	Bajo peso	9 24.3%		
		Normal	19 51.4%	33	89.2%
		Sobre peso	5 13.5%		
Hipertensión Arterial	Si		10 27.0%	4	27.0%
	No	Normal	25 67.6%	33	73.0%
		Pre Hipertenso	2 5.4%		

Fuente: historia clínica de cada paciente con cáncer de páncreas atendidos en gastroenterología de Hospital Belén Trujillo 2008-2018

Obesidad y presión arterial en pacientes con cáncer de páncreas atendidos en hospital Belén de Trujillo 2008-2018



Fuente: Tabla 4.1