



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “ENRIQUE ORTEGA MOREIRA”
ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA DEL CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES CON DISPEPSIA EN EL
HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO ENTRE MAYO DEL 2014 HASTA
ABRIL DEL 2018.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO PARA EL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: SERGIO MANCERO ALVEAR

TUTOR: EDUARDO MARRIOTT

SAMBORONDÓN, SEPTIEMBRE DEL 2019

Guayaquil, 15 de febrero del 2018

Carta de Aceptación de Tutor de Tesis

Yo, Dr. EDUARDO MARRIOTT DIAZ, Médico Gastroenterólogo, tutor de Medicina Interna del internado, de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo, por medio del presente, certifico: Mi compromiso y disposición de ser tutor de tesis de grado del estudiante SERGIO MANCERO ALVEAR, titulado "Prevalencia del Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2014 y abril del 2018".
Testifico que el trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes que requiere los estatutos de la universidad para la otorgación del título médico.

Dr. Eduardo Marriott Diaz
CLINICO GASTROENTEROLOGO
SERVICIO GASTROENTEROLOGIA
300-7 1-73 C.J. ESPESU
HOSPITAL REG. VA. C. W. G.
Eduardo Marriott Diaz
Dr. Eduardo Marriott Diaz

DEDICATORIA

A DIOS POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD Y EL TIEMPO DE PODER
ESTUDIAR MEDICINA.

A MIS PADRES QUE ME HAN APOYADO EN DIVERSOS ASPECTOS
DURANTES ESTOS SEIS AÑOS DE CARRERA, ADEMÁS DE INCULCARME
MUCHOS VALORES DE SUMA UTILIDAD.

RECONOCIMIENTO

Al Hospital Teodoro Maldonado Carbo por permitir y otorgar las facilidades necesarias para la elaboración del trabajo de investigación.

Al servicio de Gastroenterología por facilitar los datos requeridos para la elaboración del trabajo de investigación.

Al Doctor Eduardo Marriott por ser guía y orientador durante todo el proceso de elaboración del trabajo de investigación.

Contenido

RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	1
Capítulo I	2
1.1 Antecedentes Científicos:	2
1.2 Planteamiento del problema:	5
1.3 Justificación:	6
1.4 Objetivos generales y específicos:	7
1.4.1 Objetivos generales:	7
1.4.2 Objetivos específicos:	8
1.4 Formulación de la hipótesis:	8
Capítulo II	9
2.1 Marco teórico:	9
2.1.1 Cáncer Gástrico	9
2.1.2 Síndrome Dispéptico.....	19
2.2 Marco legal:.....	23
Capítulo III	25
3.1 Diseño de investigación: tipo de investigación, lugar, conceptualización y matriz de operalización de las variables.	25
Operalización de las variables.....	25
3.2 Población y muestra. Criterios de inclusión y exclusión.....	27
3.3 Descripción de instrumentos, herramientas y procedimientos:	28
3.4 Aspectos éticos y legales:	28
3.5 Presupuesto y Cronograma.....	28
Capítulo IV	31
4.1. Resultados:.....	31
CAPITULO V	38
5.1. Discusión:.....	38
CAPITULO VI	41
6.1. Conclusión:	41
BIBLIOGRAFÍA:.....	43
ANEXO:	48

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 SÍNTOMAS PRESENTES EN 18.363 PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO	12
TABLA 2 CRITERIOS DE ESTADIFICACIÓN TNM: EL ESQUEMA DE ESTADIFICACIÓN DEL AJCC / UICC SE BASA EN LAS CLASIFICACIONES DE TUMORES, GANGLIOS Y METÁSTASIS (TNM).....	14
TABLA 3 PREVALENCIA DEL CÁNCER GÁSTRICO.....	32
TABLA 4 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO DE CÁNCER GÁSTRICO ADENOCARCINOMA INTESTINAL.....	32
TABLA 5 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO DE CÁNCER GÁSTRICO ADENOCARCINOMA DIFUSO	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO DE CÁNCER GÁSTRICO ADENOCARCINOMA DIFUSO	34
GRÁFICO 2 FRECUENCIA DEL CÁNCER GÁSTRICO DEPENDIENDO DEL INTERVALO DE EDAD.....	34
GRÁFICO 3 SEXO DE LOS PACIENTES DE ACUERDO AL TIPO HISTOLÓGICO DE CÁNCER	35
GRÁFICO 4 NÚMERO DE PACIENTES DE ACUERDO AL NIVEL DE DIFERENCIACIÓN CELULAR DEL CÁNCER GÁSTRICO	36
GRÁFICO 5 NÚMERO DE PACIENTES DE ACUERDO A LA LOCALIZACIÓN DEL CÁNCER GÁSTRICO	36

RESUMEN

Descripción del problema: El Cáncer Gástrico es la cuarta neoplasia maligna más común en el mundo y sigue siendo la segunda causa de muerte, una característica que llama la atención es que muchos de estos individuos debutaron con dispepsia, que es un trastorno que tiende a presentarse con una frecuencia de hasta el 30% en la consulta gastroenterológica hoy en día, pero a pesar de este factor no recibe el seguimiento y atención adecuada.

Objetivo: El objetivo de este estudio consistió en determinar la prevalencia del Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2014 hasta abril del 2018.

Método: Se obtuvo los datos de 750 pacientes dentro de los cuales 64 presentaron Cáncer Gástrico mediante la revisión de historias clínicas y exámenes anatomopatológicos con lo que se realizó una base de datos y posteriormente se realizó la estadística respectiva.

Resultados: La Prevalencia del Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2014 hasta abril del 2018 es de exactamente 8.53%. Dentro del cual sobresale el tipo Adenocarcinoma Intestinal con un 73% contrastando al tipo Adenocarcinoma Difuso 27%.

Conclusión: La Prevalencia del Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo es similar a la detallada en otros estudios pertenecientes a la región sudamericana, empero es alta en comparación a regiones europeas o asiáticas.

Palabras clave: Cáncer, Gástrico, dispepsia, prevalencia, tipo histológico, nivel de diferenciación celular y localización anatómica.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer Gástrico es la cuarta neoplasia maligna más común en el mundo y sigue siendo la segunda causa de muerte, una característica que llama la atención es que muchos de estos individuos debutaron con dispepsia, que es un trastorno que tiende a presentarse con una frecuencia de hasta el 30% en la consulta gastroenterológica hoy en día, pero a pesar de este factor, ambos trastornos no reciben el diagnóstico, seguimiento y atención adecuada.

El propósito de este trabajo de investigación es determinar la prevalencia del Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2014 hasta abril del 2018. Este estudio es de tipo no experimental, longitudinal, observacional, descriptivo, retrospectivo de enfoque cualitativo.

En el capítulo uno se detalla la importancia del estudio de la dispepsia en pacientes con Cáncer Gástrico y como implica ambos trastornos un problema de salud pública a nivel nacional. Puesto que en ambos casos no existe un correcto diagnóstico precoz como tratamiento oportuno.

En el capítulo dos se describen la definición, epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento tanto del Cáncer Gástrico como dispepsia.

En el capítulo tres, cuatro y cinco se denota los hallazgos encontrados en el estudio, además del respectivo análisis y discusión de los mismos.

En el capítulo seis se refleja las conclusiones y recomendaciones que se realizaron al final del trabajo de investigación.

Capítulo I

1.1 Antecedentes Científicos:

El Cáncer Gástrico es una enfermedad agresiva que continúa teniendo un impacto desalentador en la salud mundial. A pesar de una disminución general en la incidencia en las últimas décadas, el Cáncer Gástrico sigue siendo el cuarto tipo más común de cáncer y es la segunda causa de muerte por cáncer en todo el mundo. Aunque la incidencia y prevalencia está disminuyendo debido a una mejor nutrición, preservación de los alimentos, mejor prevención, diagnóstico y tratamiento más tempranos, la enfermedad todavía tiene un mal pronóstico (1).

El Cáncer Gástrico es la cuarta neoplasia maligna más común en el mundo (989.600 nuevos casos por año en 2008) y sigue siendo la segunda causa de muerte (738.000 muertes por año) de todas las neoplasias malignas del mundo. La enfermedad se vuelve sintomática en una etapa avanzada, esta es la razón de su alta tasa de mortalidad. La tasa de supervivencia a cinco años es relativamente buena solo en Japón, donde alcanza el 90%, mientras que en los países europeos, las tasas de supervivencia varían del 10% al 30% (2).

En un estudio observacional, transversal y descriptivo donde se incluyó 1025 endoscopías digestivas a pacientes con dispepsia con resultados histopatológicos en el área de gastroenterología del Hospital Universitario de Guayaquil, periodo 2014-2015, se encontró que el 80.8 % de los pacientes con dispepsia, ya tenían cambios en la mucosa gástrica representada por signos histológicos crónicos; el 17.3 % presentaron signos preneoplásicos (3).

Se realizó un estudio en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima-Perú, que incluyó a todos los pacientes con diagnóstico histológico de cáncer gástrico (120 pacientes) durante el periodo de enero de 2009 a diciembre de 2011. La edad promedio fue de $65,4 \pm 13,6$ años; 59 (49%) fueron de sexo masculino. Según el tipo histológico se encontró el tipo intestinal en 68 (56%); difuso en 45 (38%), y mixto en 7 (6%)(4).

En un estudio realizado en la Clínica Diagnóstica Especializada VID de la Congregación Mariana de Medellín se revisaron 2708 biopsias gástricas de pacientes que consultaron por síntomas dispépticos entre el año 2012 y 2013. Los resultados denotaron una prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* del 36,4% (5).

Se realizó un estudio durante el periodo de enero 2007 a diciembre 2010, 460 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma admitidos en el Servicio especializado de Cirugía de Estómago del Hospital Rebagliati para tratamiento quirúrgico. Se llegó a la conclusión que el sexo femenino fue más frecuente en el tipo difuso, mientras que la media de edad en el tipo intestinal es mayor al tipo difuso. Además, los adenocarcinomas de tipo diferenciado de tipo intestinal están asociados con la localización distal. Los pobremente diferenciados y con células en anillo de sello se asocian con la localización proximal y media respectivamente.(6).

El estudio obtenido a partir de las muestras histológicas de estómago, obtenidas de 148 pacientes del Hospital Nacional Cayetano Heredia, atendidos entre enero de 1988 y diciembre de 1994, con diagnóstico de dispepsia y posterior de Cáncer Gástrico. De acuerdo a esta investigación el tipo intestinal fue el más frecuente con 99 pacientes (67%), seguido del tipo difuso con 40 pacientes (27%). Hubo predominio del sexo femenino para el tipo difuso y del sexo masculino para el tipo intestinal. Se demostró con validez estadística que a menor edad el tipo histológico que predomina es el difuso y a mayor edad es el tipo intestinal. (7).

Un estudio realizado en el Hospital Regional de Punta Arenas, Chile, desde Enero del 2010 hasta Enero del 2015, se llegó a la conclusión que el 59.4% de los casos con histología, fueron de tipo intestinal (Lauren) y 27.1% de tipo difuso.(8).

El tipo intestinal, habitualmente es de ubicación distal (no cardial), predomina en países en desarrollo, en personas de raza negra, en grupos de bajo nivel socioeconómico y se ha relacionado además con la infección crónica por *Helicobacter pylori*.(9).Por otro lado el tipo difuso, de ubicación proximal (cardial), predomina en países desarrollados, en personas de raza blanca, estratos socioeconómicos más altos y se ha relacionado con la enfermedad por reflujo

gastroesofágico y con la obesidad, actualmente existe un aumento de la incidencia de este subtipo a nivel mundial(10).

Se ha encontrado que el Cáncer Gástrico está inversamente relacionado con el nivel socioeconómico, por lo que una posición socioeconómica alta se asocia con un riesgo reducido, en particular los subtipos del cardias e intestinales. Las profesiones con mayor riesgo de Cáncer Gástrico son pescadores, operadores de máquinas, enfermeras , cocineros y tintorerías, ya que las principales exposiciones ocupacionales comprenden polvo, óxidos de nitrógeno, compuestos N nitroso y radiación (11).

Un estudio realizado en Corea, denota que 1.000 pacientes fueron evaluados para ingreso a la unidad de Gastroenterología, 867 (43% hombres y 57% mujeres) cumplieron los criterios de ingreso por dispepsia. La prevalencia de úlcera péptica y cáncer gástrico fue del 24% y 7%, respectivamente en los pacientes (13). La asociación de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes dispépticos con diversas patologías gástricas es bastante alta. La erradicación de *Helicobacter pylori* debe hacerse después de la confirmación de su presencia, ya que así se evitar complicaciones malignas a largo plazo (12).

En 1994, los criterios de Roma se desarrollaron en un intento de satisfacer la necesidad clínica de describir sistemáticamente los trastornos gastrointestinales funcionales. Los criterios recientes de Roma III, desarrollados en 2006, se emplean comúnmente. De acuerdo con los criterios ya mencionados anteriormente, se define síndrome dispéptico como la presencia de saciedad temprana, plenitud posprandial, dolor epigástrico o ardor epigástrico en ausencia de una enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que podría explicar los síntomas (11).

La dispepsia funcional es uno de los trastornos gastrointestinales más frecuentes. La dispepsia funcional comprende tres subtipos con supuesta diferente fisiopatología y etiología: síndrome de dificultad posprandial (PDS), síndrome de dolor epigástrico (EPS) y un subtipo con superposición de características PDS y EPS (14). El complejo de síntomas del síndrome dispéptico incluye dolor epigástrico, hinchazón, saciedad precoz, plenitud, ardor epigástrico, eructos,

náuseas y vómitos. Aunque a menudo son crónicos, los síntomas en la dispepsia funcional son frecuentemente intermitentes, incluso durante un período con síntomas marcados (14).

1.2 Planteamiento del problema:

El Cáncer Gástrico es una enfermedad maligna caracterizada por el crecimiento celular excesivo, además de presentar la capacidad de invadir y destruir diversos tejidos y órganos anexos, en particular el esófago y el intestino delgado (15).

Es la tercera y cuarta causa más frecuente de muerte por cáncer en el mundo respectivamente tanto en hombres como mujeres, debido a que su diagnóstico correspondiente tiende a realizarse de forma tardía, lo que desencadena en una tasa de supervivencia muy baja, haciendo de este trastorno un problema muy grave en la sociedad actual, especialmente en países en vías de desarrollo (16).

La dispepsia se define como dolor o malestar general localizado en la parte central del abdomen superior y es uno de los principales problemas más comunes tanto en las consultas de atención primaria como especializada, presentándose con una frecuencia de hasta el 30% en la consulta gastroenterológica(17).

Al ser una manifestación clínica de constante aparición tiende a no recibir la debida atención y seguimiento, lo cual puede desencadenar graves consecuencias a largo plazo, ya que esta por su fisiopatología tiende a producir alteraciones a nivel histológico en el estómago, afectando así la funcionalidad usual del mismo.

Por lo cual, se busca encontrar la frecuencia de aparición del Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia de forma recurrente, para así poder establecer una línea constante que permita la orientación diagnóstica temprana del Cáncer Gástrico y así poder evitar todas las complicaciones a corto como largo plazo que se tienden a generarse, y poder disminuir la tasa de mortalidad perteneciente al Cáncer Gástrico, a partir de un correcto y oportuno diagnóstico temprano.

La dispepsia es una enfermedad gastrointestinal de aparición muy frecuente y además representa un problema de alto costo para el sistema de salud, debido a sus múltiples complicaciones que puede generar, producto de que el trastorno no es correctamente estudiado y tratado, lo que a largo plazo existe como consecuencia la aparición del Cáncer Gástrico, lo cual refleja la necesidad de crear estrategias de prevención y diagnóstico temprano del trastorno maligno a partir de un signo de alarma primordial como lo es la dispepsia.

Además, el conocer la frecuencia del tipo histológico, nivel de diferenciación celular y localización del Cáncer Gástrico, aporta datos estadísticos importantes acerca de la epidemiología de la enfermedad en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, lo cual permite focalizar los grupos de pacientes que deberán ser estudiados a mayor detalle, para así dar una mejor estrategia diagnóstica como terapéutica al paciente.

1.3 Justificación:

El Cáncer Gástrico es la cuarta neoplasia maligna más común en el mundo (989.600 nuevos casos por año en 2008) y sigue siendo la segunda causa de muerte (738.000 muertes por año) de todas las neoplasias malignas del mundo, lo cual resulta en un serio problema de salud, debido a sus altas tasas de mortalidad y carencias médicas en su diagnóstico precoz. Por otro lado, la dispepsia es una manifestación clínica muy frecuente dentro de la consulta gastroenterológica, que tiende a ser infravalorada, lo que desencadena en un mal control y tratamiento, tanto por parte del médico como del paciente, lo cual puede repercutir a largo plazo de forma muy seria sobre la salud del individuo.

La dispepsia tiende a provocar fisiopatológicamente alteraciones a nivel de las capas histológicas del estómago producto de la anormal secreción y funcionalidad del ácido clorhídrico, lo que influye en el posible desarrollo de Cáncer Gástrico, ya que este se ve producido por la falta de alerta a un síntoma constante durante largos periodos de tiempo como lo fue la dispepsia.

Es importante dentro de la práctica médica presentar un conocimiento preciso y certero acerca de la importancia diagnóstica temprana del Cáncer Gástrico, a partir de la presencia de síntomas de alerta como lo es la dispepsia, en caso de presentarse por periodos prolongados de tiempo y sin un correcto tratamiento. Puesto, a partir de un diagnóstico temprano se disminuirá las tasas de morbilidad y mortalidad.

Se busca determinar la prevalencia del Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia para así poder tener una variable que ayude a una orientación temprana de este trastorno maligno y así evitar complicaciones que afecten la salud del individuo y a su vez disminuir costos de atención a partir de la prevención primaria y detección temprana. Además de conocer la frecuencia del tipo histológico, nivel de diferenciación celular y localización del Cáncer Gástrico, para así poder tener datos estadísticos de referencia acerca de la epidemiología de esta enfermedad de alta mortalidad, las cuales en un futuro nos ayudará a conocer la evolución de la enfermedad en el transcurso de los años, como nos permitirá la creación de estrategias de diagnóstico precoz y tratamiento, ya que se conocerá los grupos que con mayor frecuencia que son afectados por esta neoplasia maligna, lo que desencadenará en una mejor administración tanto económica como médica.

Se realizará la investigación en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo por la gran confluencia de pacientes ya que este da cobertura y atención especializada a una gran masa poblacional por ser el seguro de salud pública del país. Lo que significa que la muestra del estudio es significativa y permitirá conocer datos epidemiológicos certeros de la enfermedad, los cuales podrán ser usados en estrategias de prevención primaria y diagnóstico precoz, significando una mejora en el campo de la salud del país.

1.4 Objetivos generales y específicos:

1.4.1 Objetivos generales:

Determinar la prevalencia del Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2014 hasta abril del 2018.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Identificar el número de pacientes con dispepsia.
- Identificar la frecuencia de aparición en edad y género del Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia.
- Determinar el tipo histológico y nivel de diferenciación celular del Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia
- Determinar la ubicación anatómica (fundus, cuerpo, antro) más frecuente del Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia

1.4 Formulación de la hipótesis:

El 8% de los pacientes con dispepsia atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo entre mayo del 2014 y abril del 2018 presentan Cáncer Gástrico.

Capítulo II

2.1 Marco teórico:

2.1.1 Cáncer Gástrico

2.1.1.1 Definición:

Es el crecimiento incontrolado de células malignas con ubicación en el estómago, las cuales van a generar un tumor maligno que podrá albergarse en cualquiera de las tres capas: mucosa, muscular y serosa. Siendo el de mayor frecuencia el adenocarcinoma en el 95% de los casos, mientras que en menor grado se encuentran los linfomas, sarcomas y melanomas(18).

2.1.1.2 Incidencia y epidemiología:

En el año 2012 de forma global se diagnosticaron aproximadamente 951.000 nuevos casos de Cáncer Gástrico, de los cuales existió un total de 723.100 muertes de los mismos(2), lo cual nos da a conocer la alta tasa de mortalidad que posee este trastorno. La incidencia del Cáncer Gástrico presenta una variación global significativa, las cuales son representadas por tasas más altas en Asia Oriental, Europa Oriental y América del Sur, mientras que su contraparte con tasas más bajas se observan en América del Norte y Europa Occidental, esto llama la atención, puesto se ha observado un declive notorio en las regiones anteriormente mencionadas en los últimos 60 años sumado a que también se encuentran en un manifestado descenso las regiones que poseen una prevalencia elevada(19).

2.1.1.3 Factores de riesgo:

Encontramos como factores de riesgo para el Cáncer Gástrico los siguientes: sexo masculino donde se aprecia que la incidencia es el doble, infección por *Helicobacter Pylori*, consumo de tabaco, gastritis atrófica, gastrectomía parcial y enfermedad de Ménétrier o gastropatía hipersecretora hiperplásica (20). Cada factor de riesgo influye de forma específica en la formación del Cáncer Gástrico en un

subsitio anatómico en especial, aquellos que se localizan en las regiones distales o antrales tienden a estar más asociados a infección por *Helicobacter Pylori*, el consumo de alcohol, dieta rica en sal, carne procesada, baja ingesta de frutas y verduras. Caso contrario los tumores de localización en cardias, es decir, estómago proximal tienden a estar mayormente asociados con la obesidad, mientras aquellos que se ubican en la unión gastroesofágica están asociados con el reflujo y el esófago de Barret(21).

El Cáncer Gástrico posee un carácter de agregación familiar en el 10% de los casos aproximadamente y una predisposición genética hereditaria del 1% al 3%; dentro los cuales resaltan síndromes importantes como: cáncer colorrectal hereditario no polipósico, cáncer colorrectal de poliposis adenomatosa familiar, cáncer gástrico difuso hereditario (HDGC), adenocarcinoma gástrico y poliposis proximal del estómago (GAPPS) y síndrome de Peutz Jegher(22).

2.1.1.4 Etiología:

Resaltan trastornos asociados como: *Helicobacter Pylori*, cáncer colorrectal hereditario no polipósico, cáncer colorrectal de poliposis adenomatosa familiar, cáncer gástrico difuso hereditario (HDGC), adenocarcinoma gástrico y poliposis proximal del estómago (GAPPS) y síndrome de Peutz Jegher (22).

2.1.1.5 Patogénesis:

La patogénesis del Cáncer Gástrico todavía se mantiene controversial, puesto inicialmente se había propuesto que el adenocarcinoma gástrico se desarrollaba primero como una gastritis atrófica, para luego dar paso a una metaplasia intestinal y por último generar un carcinoma, aunque todavía no existe un alto grado de certeza en que el Cáncer Gástrico sea producto de una lesión precursora.

Una forma hereditaria de Cáncer Gástrico difuso ha sido asociado al gen alterado de la E-cadherin, el cual posee la función de codificar las moléculas de adhesión. A pesar de que la genética del carcinoma gástrico no se comprende en

su totalidad, se conoce que el gen supresor p53 se ve afectado de forma muy frecuente en la génesis tumoral gástrica, al igual que el inhibidor del cdk2 (p21), puesto ambos actúan como protectores gástricos naturales, especialmente cuando permiten la conversión del factor de crecimiento beta(23).

2.2.1.6 Manifestaciones Clínicas:

La presentación del Cáncer Gástrico varía de acuerdo a la región. Un claro ejemplo es que en Japón la tasa de incidencia del carcinoma gástrico es alta y de acuerdo a un programa de control aproximadamente el 50% de los casos son asintomáticos en los primeros estadios, además de estar asociado frecuentemente a la mucosa o submucosa. Por otro lado, en los Estados Unidos el Cáncer Gástrico no alcanza ni el 20% de individuos asintomáticos(23).

Este trastorno usualmente se presenta con pérdida de peso, dolor abdominal, anorexia, sangre oculta en heces, saciedad temprana, entre otras manifestaciones más.

La pérdida de peso generalmente es consecuencia de una ingesta calórica insuficiente en lugar de un catabolismo aumentado y puede ser atribuible a anorexia, náuseas, dolor abdominal, saciedad precoz y disfagia. Cuando está presente, el dolor abdominal tiende a ser epigástrico, vago y leve, pero más grave y constante a medida que la enfermedad progresa. La disfagia es un síntoma frecuente de presentación en pacientes con cánceres que se originan en el estómago proximal o en la unión esofagogástrica(24).

Además, existen condiciones paraneoplásicas asociadas con el Cáncer Gástrico como el síndrome de Trousseau (múltiples trombos venosos profundos), queratosis seborreica difusas (signo de Leser Trélat), acantosis nigricans (parches aterciopelados y pigmentación oscura en los pliegues cutáneos) y dermatomiositis. Con menor frecuencia se puede encontrar anemia hemolítica microangiopática, nefropatía membranosa. Mientras que la poliarteritis nodosa es la única manifestación paraneoplásica de Cáncer Gástrico precoz y curable quirúrgicamente en la actualidad(25).

Tabla 1 Síntomas presentes en 18.363 pacientes con Cáncer Gástrico

Síntomas	Porcentaje
Pérdida de peso	62
Dolor Abdominal	52
Nauseas	34
Disfagia	26
Melena	20
Saciedad temprana	18
Dolor del tipo ulceral	17

(26)

2.1.1.7 Diagnóstico:

El diagnóstico más fiable radica en realizar una biopsia gastroscópica o quirúrgica, la cual debe ser revisada por un patólogo, y la histología debe informarse basados en los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los pacientes en los países asiáticos con frecuencia son diagnosticados con cáncer gástrico en una etapa más temprana que en los países no asiáticos, puesto que, en Japón y Corea, donde la incidencia de cáncer gástrico es mucho más alta que en los países occidentales, la detección del cáncer gástrico es rutinaria. Además de que los pacientes con este tipo de trastorno tienden a presentar manifestaciones como: pérdida de peso, disfagia, dispepsia, vómitos, saciedad temprana y anemia por deficiencia de hierro(27).

El 95% de los Cánceres Gástricos son adenocarcinomas y se subdividen de acuerdo a su apariencia histológica o Clasificación de Lauren:

Intestinal:

- Zona de alta incidencia de Cáncer Gástrico.
- Mayores de 60 años.

- Hombres ancianos
- Diferenciado
- Diseminación hematológica
- Antro
- Asociado a gastritis atrófica y metaplasia intestinal grave.
- Se forman glándulas con células similares a las intestinales.

Difusa:

- Frecuencia similar en regiones de alto y bajo riesgo.
- Afecta pacientes jóvenes: Edad aproximada de 50 años.
- Mujeres jóvenes.
- Indiferenciado
- Diseminación peritoneal
- Localización en fondo y cuerpo
- Pobremente diferenciado, células infiltrantes (células en anillo de sello)
- Linitis plástica
- Peor pronóstico

(28)

Dentro de los principales métodos de diagnóstico encontramos los siguientes:

Endoscopia: el diagnóstico tisular y la localización anatómica del tumor primario se obtienen mejor mediante endoscopia gastrointestinal alta. Además, sirve para diagnosticar una variedad de lesiones gástricas, esofágicas y duodenales, en comparación de las estrategias de diagnóstico alternativas (como los estudios con bario). El uso temprano de la endoscopia superior en pacientes que presentan molestias gastrointestinales puede asociarse con una mayor tasa de detección de cánceres gástricos precoces. La capacidad de realizar una biopsia durante la endoscopia aumenta su utilidad clínica. Puesto que sin un correcto estudio anatómico patológico hasta el 5% de las úlceras malignas parecen benignas, por lo cual es imperativo analizar histológicamente la biopsia. Excepto en el caso de linitis plástica,

un tipo de Cáncer Gástrico del tipo difuso, donde su diagnóstico es complicado por vía endoscópica, ya que los tumores tienden a infiltrarse en la submucosa y muscular propia, debido a esto se usan pinzas de tira y mordida en estos casos(25).

Trago de Bario: la presencia de Cáncer Gástrico se denota a partir de una mala distensibilidad del estómago, además de su apariencia clásica que consiste en una forma de frasco de cuero. Además, ayuda a identificar tanto úlceras gástricas malignas como infiltrantes, a parte de algunos Cánceres Gástricos tempranos, sin embargo, los falsos positivos pueden ocurrir hasta en un 50% de los casos. Debido a esto, el único escenario en el que un estudio de bario puede ser superior a la endoscopia alta es en pacientes con linitis plástica, ya que la disminución de la distensibilidad del estómago rígido que aparece como un frasco de cuero es más obvia en el estudio radiográfico comparándola con la apariencia endoscópica, donde puede ser relativamente normal(25).

Citología con pincel: aumenta la sensibilidad de biopsias únicas. Si el sangrado por biopsia origina un problema en la endoscopia, se aconseja cepillar la base de la úlcera, puesto que el riesgo de la hemorragia por esta técnica es insignificante(29).

2.1.1.8 Etapas y evaluación preoperatoria:

Dentro del sistemas de clasificación por etapas existen dos sistemas principalmente: primero la clasificación japonesa, la cual se basa en la ubicación anatómica refinada, particularmente de las estaciones de ganglios linfáticos. Por otro lado, se encuentra el sistema de estadificación desarrollado conjuntamente por el Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer (AJCC) y la Unión Internacional para el Control del Cáncer (UICC).

Tabla 2 Criterios de estadificación TNM: el esquema de estadificación del AJCC / UICC se basa en las clasificaciones de tumores, ganglios y metástasis (TNM).

Tumor Primario	Nódulo regional linfoide	Metástasis
----------------	--------------------------	------------

TX- Tumor primario que no puede ser juzgado

NX- No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.

Mx- No se puede evaluar la metástasis distante.

T0- No evidencia de tumor primario

N0- El cáncer no se diseminó a los ganglios linfáticos regionales.

M0- El cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

T1- El tumor ha crecido en la lámina propia, la lámina muscular de la mucosa o la submucosa, que son las capas internas de la pared del estómago.

N1- El cáncer se diseminó a 1 o 2 ganglios linfáticos regionales.

M1- El cáncer se ha diseminado a otra u otras partes del cuerpo.

T2- El tumor ha crecido en la lámina muscular propia.

N2- El cáncer se diseminó a entre 3 y 6 ganglios linfáticos regionales.

T3- El tumor ha crecido a través de todas las capas musculares hasta el tejido conectivo fuera del estómago.

N3- El cáncer se diseminó a 7 o más ganglios linfáticos regionales.

T4- El tumor ha crecido a través de todas las capas musculares hasta el tejido conectivo fuera del estómago y ha crecido en la membrana peritoneal o serosa, o los

órganos que rodean al estómago.

(30)

2.1.1.9 Evaluación preoperatoria:

El objetivo de la evaluación preoperatoria es estratificar inicialmente a los pacientes en dos grupos clínicos:

- Aquellos con afectación local regional, potencialmente resecables (etapas I a III).
- Aquellos con afectación sistémica (etapa IV).

2.1.1.10 Estadificación clínica y selección del tratamiento:

- Los pacientes que parecen tener enfermedad local regional (estadio I a III) después de la prueba preoperatoria son potencialmente curables; todos los pacientes con un tumor primario que invada a través de la submucosa (T2 o superior) o con una alta sospecha de afectación ganglionar en los estudios de estadificación previos al tratamiento deben remitirse a una evaluación multidisciplinaria para identificar la mejor estrategia de tratamiento.
- Los pacientes con enfermedad avanzada en estadio IV generalmente se derivan para terapia paliativa dependiendo de sus síntomas y estado funcional. Múltiples estudios indican una mayor supervivencia y una mejor calidad de vida con el tratamiento sistémico.

(31)

2.1.1.11 Indicadores de tumores irresecables:

Los únicos criterios ampliamente aceptados de irresecabilidad para el cáncer gástrico son la presencia de metástasis a distancia y la invasión de una estructura vascular importante, como la aorta, oclusión de la arteria hepática o el eje celiaco o

arteria esplénica proximal. La afectación de la arteria esplénica distal no es un indicador de irresecabilidad. En alrededor del 5% de los cánceres gástricos primarios, una amplia región de la pared gástrica o incluso todo el estómago está ampliamente infiltrado por malignidad, lo que resulta en un estómago engrosado rígido, denominado linitis plástica, la cual tiene un pronóstico extremadamente pobre, y muchos cirujanos consideran que la presencia de linitis plástica es una contraindicación para la resección potencialmente curativa(32).

Tomografía computarizada abdominal-pélvica:

La tomografía computarizada dinámica (TC) generalmente se realiza al principio de la evaluación preoperatoria después de que se realiza un diagnóstico de cáncer gástrico. La TC está ampliamente disponible y no es invasiva. Es el más adecuado para evaluar enfermedades ampliamente metastásicas, especialmente metástasis hepáticas, ascitis o diseminación ganglionar a distancia. Los pacientes con enfermedad metastásica visceral definida por CT pueden evitar una cirugía innecesaria, aunque se recomienda la confirmación de la biopsia debido al riesgo de hallazgos falsos positivos. Las metástasis peritoneales y las metástasis hematógenas menores de 5 mm con frecuencia se pasan por alto por CT, incluso utilizando técnicas de TC modernas. Otra limitación de la TC es su incapacidad para evaluar con precisión la profundidad de la invasión del tumor primario (particularmente con tumores pequeños) y la presencia de afectación de los ganglios linfáticos. La TC evalúa con precisión la etapa T del tumor primario en solo alrededor del 50 al 70 por ciento de los casos(33).

La clasificación del estado ganglionar generalmente se basa en el tamaño del ganglio linfático, y la sensibilidad de la TC para detectar metástasis ganglionares regionales está limitada para los ganglios afectados que son menores de 0,8 cm. Además, los hallazgos falsos positivos pueden atribuirse a linfadenopatía inflamatoria. En series de pacientes sometidos a TC de estadificación por cáncer gástrico o cáncer gástrico y esofágico, las tasas de sensibilidad y especificidad para metástasis ganglionares regionales varían de 65% a 97% y de 49% a 90%, respectivamente(34).

Ecografía endoscópica:

Se considera que la ecografía endoscópica es el método no quirúrgico más confiable disponible para evaluar la profundidad de la invasión de cánceres gástricos primarios, particularmente para las lesiones tempranas, como es el caso de T1. En una revisión sistemática de estudios que compararon la estadificación de la ecografía endoscópica frente a la histopatología como patrón de referencia, las tasas de sensibilidad y especificidad de resumen para distinguir T1 de cánceres T2 con ecografía endoscópica fueron del 85% y 90% por ciento, respectivamente. La sensibilidad y especificidad para distinguir tumores T1 y T2 versus T3 y T4 fueron del 86% y 90%, respectivamente. El rendimiento diagnóstico de la ecografía endoscópica no fue favorable ni para la exclusión ni para la confirmación de la positividad ganglionar, por lo tanto, no se puede considerar óptima para distinguir el estado de los ganglios linfáticos positivos frente a los negativos(34).

La ecografía endoscópica también es valiosa para los pacientes con cáncer gástrico precoz porque la evaluación precisa de la invasión en la submucosa es esencial antes de considerar la opción de la resección endoscópica de la mucosa. A la luz de estas consideraciones, ahora se recomienda la ecografía endoscópica para la evaluación previa al tratamiento del cáncer gástrico en pacientes que no presentan evidencia de enfermedad metastásica (M1) en las guías de la Red Nacional Integral contra el Cáncer (NCCN)(35).

Tomografía por emisión de positrones (PET):

El papel de la tomografía de emisión de positrones (PET) con 18-fluorodesoxiglucosa (FDG) en la estadificación preoperatoria del adenocarcinoma gástrico cuando está evolucionando. Desde el punto de vista de la estadificación locorregional, las imágenes PET / CT integradas pueden ser útiles para confirmar la afectación maligna de la linfadenopatía detectada por TC. El principal beneficio de la PET es que es más sensible que la TC para la detección de metástasis a distancia, Por lo tanto, la PET no es un reemplazo adecuado para la laparoscopia de estadificación(36).

Imagen de tórax:

Se recomienda una radiografía de tórax preoperatoria en pacientes con cáncer gástrico. Sin embargo, la sensibilidad para metástasis es limitada, y se prefiere una tomografía computarizada de tórax, particularmente para pacientes con cáncer gástrico proximal, puesto la detección de una enfermedad intratorácica podría alterar el plan de tratamiento.

2.1.1.12 Marcadores serológicos:

Los niveles séricos de antígeno carcinoembrionario (CEA), antígeno glicoproteico CA 125 (CA 125), CA 19-9 (antígeno carbohidrato 19-9) y antígeno cancerígeno 72-4 (CA72 4) puede estar elevado en pacientes con cáncer gástrico. Sin embargo, las bajas tasas de sensibilidad y especificidad previenen el uso de cualquiera de estos marcadores serológicos como pruebas de diagnóstico para el cáncer gástrico. Las recomendaciones para la evaluación preoperatoria y la estadificación del cáncer gástrico del NCCN no incluyen el ensayo de ningún marcador tumoral. Algunos cánceres gástricos se asocian con niveles séricos elevados de alfa-fetoproteína (AFP); se los conoce como cánceres gástricos productores de alfafetoproteína. Independientemente de la morfología, los cánceres gástricos productores de AFP son agresivos y se asocian con un mal pronóstico(37).

(39)

2.1.2 Síndrome Dispéptico

Ocurre en al menos el 20% de la población, pero la mayoría de las personas afectadas no buscan atención médica. Aunque la dispepsia no afecta la supervivencia, es responsable de los costos considerables de atención médica y afecta significativamente la calidad de vida(43).

2.1.2.1 Etiología:

Aproximadamente el 25% de los pacientes con dispepsia tienen una causa orgánica subyacente. Sin embargo, hasta el 75% de los pacientes tienen dispepsia funcional (idiopática o no ulcerosa) sin causa subyacente en la evaluación diagnóstica.

Dispepsia secundaria a enfermedades orgánicas: las principales causas son la úlcera péptica, el reflujo gastroesofágico y la dispepsia inducida por fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y malignidad gástrica.

- La neoplasia maligna gastroesofágica es una causa poco común de dispepsia crónica en el hemisferio occidental, pero la incidencia es más alta en pacientes de extracción asiática, hispana o afrocaribeña. La incidencia de malignidad gastroesofágica aumenta con la edad. Cuando está presente, el dolor abdominal tiende a ser epigástrico, vago y leve temprano en la enfermedad, pero más grave y constante a medida que la enfermedad progresa.
- Dispepsia inducida por fármacos: los AINE y los inhibidores selectivos de la COX-2 pueden causar dispepsia incluso en ausencia de enfermedad de úlcera péptica. Otros fármacos que se han visto implicados en la dispepsia inducida por fármacos son los bloqueantes del canal de calcio, metilxantinas, alendronato, orlistat, suplementos de potasio, acarbosa y ciertos antibióticos, incluida la eritromicina.
- Otras causas: la enfermedad celíaca y la pancreatitis crónica rara vez pueden presentarse con dispepsia sola. Otras causas raras de dispepsia incluyen enfermedades infiltrativas del estómago, radiculopatía diabética, alteraciones metabólicas (por ejemplo, hipercalcemia, toxicidad por metales pesados), hepatoma, esteatohepatitis, compresión de la arteria celíaca síndrome, síndrome de la arteria mesentérica superior, dolor de la pared abdominal y angina intestinal.

Dispepsia funcional: Se define como la presencia de uno o más de los siguientes: plenitud posprandial, saciedad temprana, dolor epigástrico o ardor, y no hay evidencia de enfermedad estructural para explicar los síntomas(45).

2.1.2.2 Evaluación inicial:

El objetivo de la evaluación inicial es identificar las características de alarma para la neoplasia maligna gastroesofágica.

Historial: se necesita un historial detallado para determinar la causa subyacente e identificar a los pacientes con características de alarma, como las siguientes:

- Un historial dominante de acidez estomacal o regurgitación es sugestivo de enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- El uso de aspirina y otros AINES aumenta la posibilidad de dispepsia por AINES y úlcera péptica.
- La pérdida significativa de peso, la anorexia, los vómitos, la disfagia, la odinofagia y los antecedentes familiares de cánceres gastrointestinales sugieren la presencia de una neoplasia gastroesofágica subyacente.
- La presencia de dolor episódico severo o dolor abdominal en el cuadrante superior derecho que dura al menos 30 minutos sugiere una colelitiasis sintomática.

(46)

2.1.2.3 Examen físico:

El examen físico en pacientes con dispepsia suele ser normal, a excepción de la sensibilidad epigástrica. La presencia de sensibilidad epigástrica no puede distinguir con precisión la dispepsia orgánica de la dispepsia funcional. Otros hallazgos informativos en el examen físico incluyen masa abdominal palpable o linfadenopatía (Supraclavicular izquierda o periumbilical en cáncer gástrico), ictericia (secundaria a metástasis hepáticas) o palidez secundaria a anemia. Los pacientes con una malignidad subyacente pueden tener evidencia de desgaste

muscular, pérdida de grasa subcutánea y edema periférico debido a la pérdida de peso(47).

2.1.2.4 Pruebas de laboratorio:

Se deben realizar recuentos sanguíneos y análisis de sangre periódicos, pruebas de función hepática, lipasa sérica y amilasa para identificar a los pacientes con características de alarma (Anemia ferropénica) y enfermedades metabólicas subyacentes que pueden causar dispepsia (Diabetes, hipercalcemia).

2.1.2.5 Estrategias de diagnóstico y manejo inicial:

El enfoque y el alcance de la evaluación diagnóstica de un paciente con dispepsia se basa en la presentación clínica, la edad del paciente y la presencia de características de alarma. Las pautas de la Asociación Estadounidense de Gastroenterología sugieren que puede ser razonable en algunos países ricos en recursos considerar la edad de 60 o 65 años como la edad límite a la que debe ofrecerse la endoscopia a todos los pacientes con dispepsia nueva, mientras que un límite de edad de 45 o 50 los años pueden ser más apropiados para pacientes estadounidenses de extracción asiática, hispana o afrocaribeña o en poblaciones con una alta incidencia de cáncer gástrico en individuos jóvenes. Una declaración de consenso europea recomienda la endoscopia en adultos mayores de 45 años que presentan dispepsia persistente. Estas recomendaciones resaltan el hecho de que la evaluación diagnóstica del paciente con dispepsia debe individualizarse en función de los síntomas, la edad, el origen étnico, los antecedentes familiares, la nacionalidad y la incidencia regional de cáncer gástrico(48).

Se deben obtener biopsias del estómago para descartar *H. pylori*. Los pacientes con *H. pylori* deben recibir terapia de erradicación además del tratamiento basado en el diagnóstico subyacente. Los pacientes que son *H. pylori* negativos o que continúan teniendo síntomas después de la erradicación exitosa de *H. pylori* deben ser tratados con terapia antisecretora con un inhibidor de la bomba de protones (IBP). En pacientes cuyos síntomas no mejoran después de ocho semanas

de terapia con IBP, iniciamos un ensayo terapéutico con un antidepresivo tricíclico(49).

Endoscopia superior en pacientes seleccionados <60 años está reservada para pacientes con cualquiera de los siguientes:

- Pérdida de peso clínicamente significativa (> 5 por ciento de peso corporal habitual durante 6 a 12 meses)
- Sangrado gastrointestinal abierto
- Pérdida de peso involuntaria
- Disfagia progresiva
- Odinofagia
- Anemia por deficiencia de hierro inexplicada
- Vómitos persistentes
- Masa palpable o linfadenopatía
- Antecedentes familiares de cáncer gastrointestinal superior

(50)

2.2 Marco legal:

El presente trabajo de investigación se ha de llevar a cabo acorde a lo dispuesto en la Constitución de la República del Ecuador y el Reglamento para la aprobación, monitoreo, seguimiento, evaluación de los proyectos de investigación.

Constitución de la República del Ecuador

Art. 66 Se reconoce y garantiza a las personas: Numeral 3: “El derecho a integridad personal que incluye: d) La prohibición del uso de material genético y la experimentación científica que atenten contra los derechos humanos.(51)”

Art. 66 Se reconoce y garantiza a las personas: Numeral 19: “El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La

recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la ley”. (51)

Art.92: “Toda persona, por sus propios derechos o como representante legitimado para el efecto, tendrá derecho a conocer de la existencia y a acceder a los documentos, datos genéticos, bancos o archivos de datos personales e informes que sobre sí misma, o sobre sus bienes, consten en entidades públicas o privadas, en soporte material o electrónico. Asimismo, tendrá derecho a conocer el uso que se haga de ellos, su finalidad, el origen y destino de información personal y el tiempo de vigencia del archivo o banco de datos”. (51)

Art. 1.- “El Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección del Proceso de Ciencia y Tecnología, aprobará los protocolos, proyectos y/o programas de investigación en salud cuyos objetivos y fines se desarrollen dentro de las áreas de investigación biomédica (estudios clínicos controlados), predictiva, preventiva y curativa”. (51)

Capítulo III

3.1 Diseño de investigación: tipo de investigación, lugar, conceptualización y matriz de operacionalización de las variables.

El estudio es del tipo retrospectivo y transversal, de diseño descriptivo, se lo realizará en el Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo, está ubicado al sur de la ciudad de Guayaquil, en la parroquia Ximena, entre las Avenidas 25 de Julio y García Moreno, junto al Centro Comercial Mall del Sur, los datos serán recolectados del 1 de mayo del 2014 hasta el 1 de abril del 2018, donde a partir de finales de abril a diciembre serán analizados.

Operalización de las variables

Variable		Definición	Dimensión	Indicador	Nivel de medición	Instrumento de medición
Edad	Demográfica	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	18 – 40 41 – 60 61 – 80 > 80	Años	Numérica continua	HCL (Retrospectivo)
Género	Demográfica	Conjunto de personas o cosas que tienen características generales en común.	Femenino Masculino	Sexo	Categórica	HCL (Retrospectivo)
Dispepsia		Es todo trastorno de la secreción, motilidad gástrica o sensibilidad gástricas que	Presencia de Dispepsia	Tipo de dispepsia	Categórica	HCL (Retrospectivo)

		perturben la digestión y designa cualquier alteración funcional asociada al aparato digestivo.	No presencia de Dispepsia			
Tipo de Cáncer Gástrico	Histológica	Lista o relación ordenada de características morfológicas y estructurales con un criterio determinado del Cáncer Gástrico.	Adenocarcinoma tipo intestinal Adenocarcinoma tipo difuso.	Variantes anatómicas y patológicas del Cáncer Gástrico	Categórica	HCL (Retrospectivo)
Diferenciación celular del Cáncer Gástrico	Histológica	Lista o relación ordenada de características celulares con un criterio determinado del Cáncer Gástrico.	Leve diferenciado Moderadamente diferenciado Severo diferenciado	Variantes celulares del Cáncer Gástrico	Categórica ordinal	HCL (Retrospectivo)
Localización del Cáncer Gástrico	Endoscópica	Ubicación que va a presentar el Cáncer en el estómago.	Tercio Superior (Cardias y Fondo) Tercio Medio (Cuerpo) Tercio Inferior	Variantes de ubicación	Categórica ordinal	HCL (Retrospectivo)

			(Antro y Píloro)			
--	--	--	------------------	--	--	--

3.2 Población y muestra. Criterios de inclusión y exclusión.

La población son los pacientes con diagnóstico de dispepsia entre 18 a 90 años, Mientras que el tipo de muestra será no probabilístico por conveniencia. En el estudio “Prevalencia del Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2014 hasta abril del 2018”, se obtuvo de la base de datos de la entidad de salud una población total de 42.142 pacientes con dispepsia, por ende, se procede a calcular el tamaño de la muestra para el estudio donde con un nivel de confianza del 95%, sumado a un margen de error del 5%, la muestra a estudiarse es de 381 pacientes. Una vez tabulado los datos se encontraron 31 pacientes con Cáncer Gástrico que cumplen todos los criterios de inclusión y exclusión, por lo cual se llega a la conclusión de ampliar el tamaño de muestra total a 750 pacientes con dispepsia, de los cuales 64 de estos presentan Cáncer Gástrico.

Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico clínico de dispepsia que se ha mantenido por más de un año y que a su vez presenten un estudio diagnóstico complementario por endoscopia.

Criterios de exclusión:

Pacientes que hayan sido transferidos o soliciten alta a petición de los cuales no se conozca su desenlace.

Pacientes menores a 18 años.

Pacientes que presenten cáncer con metástasis.

3.3 Descripción de instrumentos, herramientas y procedimientos:

- Humanos: Estudiante, Tutor
- Materiales: PC, Hojas, Copias, pluma, cuadernos.

Para este trabajo de investigación se utilizará la información proporcionada por historias clínicas electrónicas almacenadas en el sistema informático del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo. Se procederá a la revisión individual de cada historia clínica ingresada durante el período comprendido entre mayo del 2014 hasta abril del 2018. Se escogerán las historias clínicas en base al registro escrito de pacientes de la Unidad de Gastroenterología. Los cuales tendrán que ser expuestos a los criterios de inclusión y exclusión pertinentes.

Para el registro de los resultados y el análisis estadístico se utilizará el software de Hojas de Cálculo de Google y el programa estadístico SPS, con el fin de determinar la prevalencia de Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia, además de dar información que resuelva los objetivos específicos planteados anteriormente, la cual será representada mediante diversos gráficos estadísticos.

3.4 Aspectos éticos y legales:

Para este estudio retrospectivo a realizar no se necesitará consentimiento informado de las historias clínicas de los pacientes a estudiar, pero si se necesitara de la aprobación y permiso del consejo de ética y de investigación del Hospital del IEES “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” para poder utilizar su base de datos. Además, en el estudio siempre resaltarán pilares bioéticos como lo son el de beneficencia, autonomía y no maleficencia.

3.5 Presupuesto y Cronograma

- El presupuesto fijado por los materiales a utilizar es de 50 dólares.
- El proyecto de titulación se realizará acabo durante el 23 de Abril del 2018 hasta Diciembre del mismo año.

para
sustentación.

Sustentación
de datos.

Sergio
Mancero

X

Capítulo IV

4.1. Resultados:

La Prevalencia del Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2014 hasta abril del 2018 fue de exactamente 8.53%, con un intervalo de 6.95% hasta 10.11%.

El Cáncer Gástrico se divide histológicamente en dos tipos: el adenocarcinoma Intestinal y adenocarcinoma Difuso. En la muestra de 750 pacientes se obtuvo 64 con la enfermedad, de los cuales 47 pacientes corresponden al Adenocarcinoma Intestinal, mientras que 17 individuos corresponden al Adenocarcinoma Difuso.

La presencia del Cáncer Gástrico de acuerdo al intervalo de edad va a depender del tipo histológico del mismo. En el Adenocarcinoma Intestinal el intervalo de edad de aparición más frecuente fue de 61-80 años de edad con 22 casos (46.81%), seguido por 41-60 años con 15 casos (31.91%), después en menor frecuencia se encuentran los pacientes >81 años con 7 casos (14.89%) y aquellos entre 18-40 años con 3 casos (6.38%). Por otro lado, los pacientes con Adenocarcinoma Difuso, el intervalo de edad de aparición más frecuente fue de 41-60 años con 10 casos (58.82%), seguido por 61-80 años con 6 casos (35.29%), después en menor frecuencia se encuentran los pacientes entre 18-40 años con 1 caso (5.88%) y aquellos > 81 años con 0 casos (0%).

La presencia del Cáncer Gástrico fue más frecuente en el sexo masculino con 45 (70.31%) pacientes, mientras que en el sexo femenino se presentaron 19 (29.69%) casos. En el Adenocarcinoma Intestinal, el sexo masculino posee 38 casos (80.85%), el sexo femenino se encontraron 9 casos (19.15%). En el Adenocarcinoma Difuso se identificaron a 10 pacientes de sexo (41.18%), mientras el masculino 7 pacientes (52.82%).

En cuanto a nivel de diferenciación celular el Cáncer Gástrico de tipo Adenocarcinoma Intestinal presentó una mayor frecuencia en el nivel de moderada

diferenciación con 24 casos (51.06%), seguido por el nivel de leve diferenciación con 17 casos (36.17%), por último, la severa diferenciación con 6 casos (12.77%). Por otro lado, el Adenocarcinoma Difuso presenta su mayor frecuencia en pacientes con un nivel de diferenciación leve con 9 casos (52.94%), seguido por el nivel moderado de diferenciación con 6 casos (35.29%), por último, el nivel de diferenciación severo con 2 casos (11.76%).

La Localización del Cáncer Gástrico fue más frecuente en ambos casos en tercio medio e inferior del estómago, en otras palabras, tienden a ocupar tanto cuerpo como antro y píloro. El Adenocarcinoma Intestinal se presentó en 21 casos (44.68%) en tercio medio, seguido por 17 casos (36.17%) en tercio inferior y 9 casos (19.15%) en tercio superior. El Adenocarcinoma Difuso se presentó en 11 casos (64.71%) en tercio medio, seguido por 4 casos (23.53%) en tercio inferior y 2 casos (11.76%) en tercio superior.

Tabla 3 Prevalencia del Cáncer Gástrico

Población	Muestra (Pacientes con Dispepsia)	Cáncer Gástrico	Prevalencia
42142	750	64	8,53%
Adenocarcinoma			
Intestinal		47	
Difuso		17	

Tabla 4 Características de la muestra de estudio de Cáncer Gástrico Adenocarcinoma Intestinal

Adenocarcinoma Intestinal	TOTAL = 47	
	n	(%)
EDAD		
18-40	3	6,38%
41-60	15	31,91%
61-80	22	46,81%
>81	7	14,89%
SEXO		
Masculino	38	80,85%
Femenino	9	19,15%

DIFERENCIACIÓN CELULAR

Leve	17	36,17%
Moderado	24	51,06%
Severo	6	12,77%

LOCALIZACIÓN

Tercio superior	9	19,15%
Tercio medio	21	44,68%
Tercio inferior	17	36,17%

El Adenocarcinoma Intestinal fue más frecuente en un intervalo de edad de 61-80 años de edad con 22 casos (46.81%), existiendo una predisposición por el sexo masculino con 38 casos (80.85%), dentro del cual se denotó una diferenciación celular de tipo moderado con 24 casos (51.06%) y una localización persistente en Cuerpo con 21 casos (44.68%), seguido por Antro y Píloro con 17 casos (36.17%).

Tabla 5 Características de la muestra de estudio de Cáncer Gástrico Adenocarcinoma Difuso

Adenocarcinoma Difuso	TOTAL = 17	
	n	(%)
EDAD		
18-40	1	5,88%
41-60	10	58,82%
61-80	6	35,29%
>81	0	0%
SEXO		
Masculino	7	41,18%
Femenino	10	52,82%
DIFERENCIACIÓN CELULAR		
Leve	9	52,94%
Moderado	6	35,29%
Severo	2	11,76%
LOCALIZACIÓN		
Tercio superior	2	11,76%
Tercio medio	11	64,71%
Tercio inferior	4	23,53%

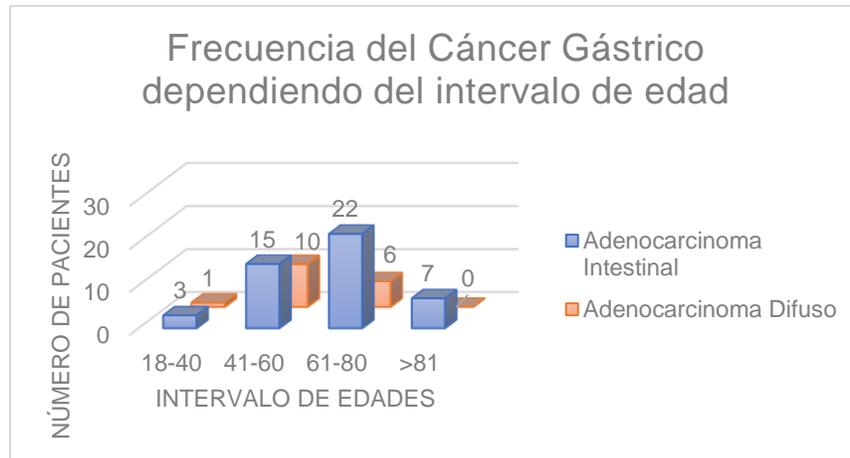
El Adenocarcinoma Difuso fue más frecuente en un intervalo de edad de 41-60 años de edad con 10 casos (58.82%), existiendo una predisposición por el sexo femenino con 10 casos (52.82%), dentro del cual se denota una diferenciación celular de tipo leve con 9 casos (52.94%) y una localización persistente en Cuerpo con 11 casos (64.71%), seguido por Antro y Píloro con 4 casos (23.53%).

GRÁFICO 1 Características de la muestra de estudio de Cáncer Gástrico Adenocarcinoma Difuso



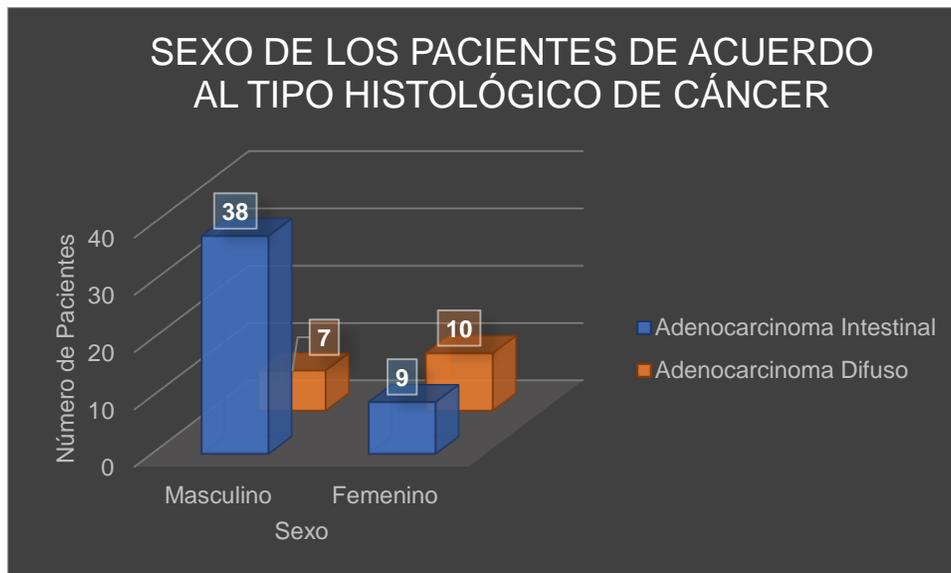
El gráfico demuestra que la muestra de 750 pacientes con dispepsia, 64 de ellos tienen Cáncer Gástrico, de los cuales 47 pacientes (73%) poseen el tipo histológico Adenocarcinoma Intestinal, mientras que 17 pacientes (27%) poseen el tipo histológico Adenocarcinoma Difuso. Por lo cual, es más frecuente en la población del Hospital Teodoro Maldonado Carbo la presencia de Cáncer Gástrico del tipo Adenocarcinoma Intestinal, en una relación casi de 3:1, con su contraparte el Adenocarcinoma Difuso.

GRÁFICO 2 Frecuencia del Cáncer Gástrico dependiendo del intervalo de edad



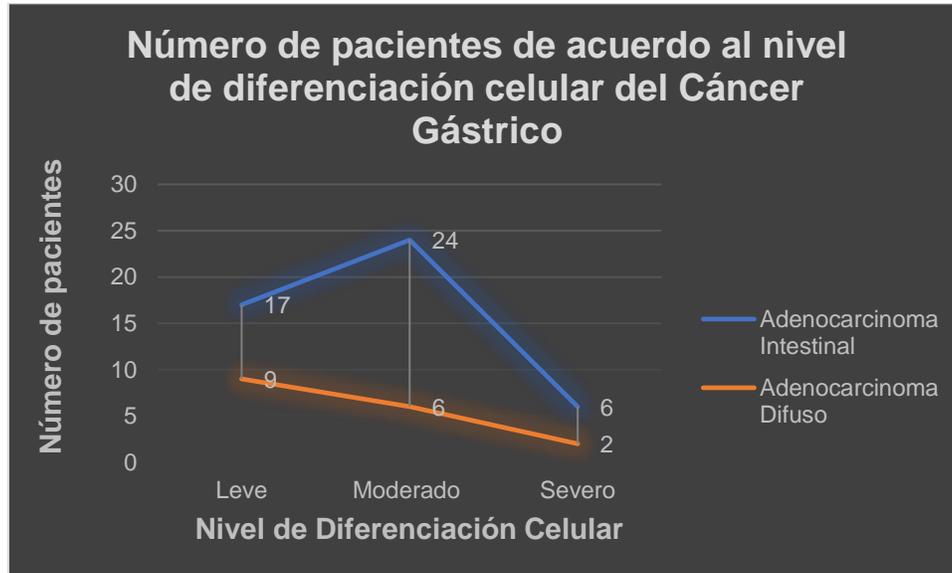
El Adenocarcinoma Intestinal posee una mayor frecuencia de aparición en el intervalo de edad entre 61-80 años de edad, con 22 (46.81%) casos, seguido por segundo lugar el intervalo entre 41-60 años de edad con 15 casos (31.91%). Mientras que el Adenocarcinoma de tipo Difuso posee su mayor frecuencia en el intervalo de 41-60 años de edad con 10 casos (52.88%), seguido por el intervalo de 61-80 años de edad con 6 casos (35.29%). Lo que nos permite concluir que el Adenocarcinoma Intestinal se da en un grupo de pacientes con mayor edad, mientras que el Adenocarcinoma Difuso se enfoca en un grupo con menor edad.

GRÁFICO 3 Sexo de los pacientes de acuerdo al tipo histológico de cáncer



El Adenocarcinoma de tipo Intestinal fue más frecuente en el sexo masculino con 38 casos (80.85%), con respecto al femenino con 9 casos (19.15%). Mientras que el Adenocarcinoma Difuso es más frecuente en el sexo Femenino con 10 casos (52.82%) que en el masculino con 7 casos (41.18%).

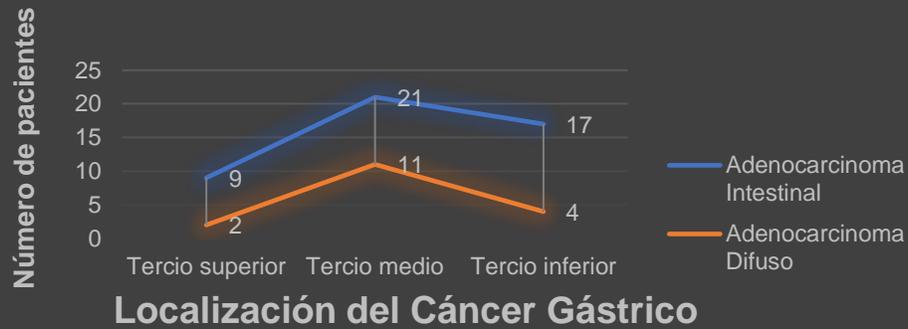
GRÁFICO 4 Número de pacientes de acuerdo al nivel de diferenciación celular del Cáncer Gástrico



El Adenocarcinoma del tipo intestinal con mayor frecuencia en cuanto a su nivel de diferenciación fue el moderado con 24 casos (51.06%), seguido por el leve con 17 casos (36.17%). Mientras que el Adenocarcinoma Difuso el nivel de diferenciación celular más frecuente fue el leve con 9 casos (52.94%), seguido de cerca por el moderado con 6 casos (35.29%).

GRÁFICO 5 Número de pacientes de acuerdo a la localización del Cáncer Gástrico

Número de pacientes de acuerdo a la localización del Cáncer Gástrico



Ambos Adenocarcinomas tanto el Intestinal como el Difuso, presentan una predilección por ubicarse como primer punto en el cuerpo del estómago como 21 (44.68%) y 17 (36.17%) casos respectivamente, mientras como segundo lugar se encuentra el Antro y Píloro con 11 (64.71%) y 4 (23.53%) casos respectivamente.

CAPITULO V

5.1. Discusión:

El Cáncer Gástrico constituye aproximadamente el 95% de todas las neoplasias gástricas, haciendo de esta una enfermedad de suma atención (52). Tanto la incidencia como la prevalencia ha ido disminuyendo en la mayoría de los pacientes industrializados en las últimas tres décadas, esto debido a la paralela disminución de la infección por *H. pylori* y sus tratamientos más eficaces de los últimos años(53). En el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2014 hasta abril del 2018 se encontraron 42.142 pacientes que asistieron a consulta por motivo de dispepsia, dentro de los cuales se tomó una muestra de 750 casos, de los cuales 64 individuos presentaron Cáncer Gástrico, es decir, hay una prevalencia existente de 8.53%. Un estudio realizado por Ramirez et al. en Lima denota una disminución de la prevalencia del Cáncer Gástrico de un 8.03% en 2010 a 6.92% en 2015%, producto de campañas de control de salud y erradicación del *H. pylori* en Perú(54).

En el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2014 hasta abril del 2018 se separó el Cáncer Gástrico en dos tipos: Adenocarcinoma Intestinal con 47 casos (73%) y el Adenocarcinoma Difuso con 17 casos (27%), es decir, existe una predominancia notoria del tipo Adenocarcinoma Intestinal. Esto se denota en otros estudios como el de Borch el tipo intestinal representó el 52,7%, seguido del difuso con un 33,4% y, por último, el mixto con un 13,9%(55). En el Perú, Cienedes et al. en un estudio realizado en un hospital nacional de Lima, encontraron un 66,9% para el tipo intestinal, un 27% para el tipo difuso y un 6,1% para el mixto (56). Un estudio colombiano publicado recientemente por Martínez J. et al. en donde se encontró 63% de intestinal y 37% de difuso(56). Esto denota tanto una prevalencia como incidencia de casos superior del Adenocarcinoma Intestinal en comparación de su contraparte el Adenocarcinoma Difuso en pacientes con dispepsia.

El Adenocarcinoma Intestinal presentó una mayor frecuencia de aparición en el intervalo de edad entre 61-80 años de edad, con 22 (46.81%) casos, mientras

que el Adenocarcinoma de tipo Difuso se presentó con mayor frecuencia en el intervalo de 41-60 años de edad con 10 casos (52.88%), dando como resultado que el Adenocarcinoma Intestinal tiende a afectar individuos con una edad mayor que aquellos que presentan Adenocarcinoma difuso. Esto también se aprecia en el estudio realizado por Rodríguez Vargas en 2013, donde sugiere la presentación en edades más tempranas del Cáncer Gástrico difuso, ya que en una población menor de 50 años, se encontró 17 (14%) casos de cáncer gástrico, de los cuales 14 (83%) fueron del tipo difuso (57). Esto es explicado debido a que el Adenocarcinoma Difuso no está relacionado con cambios producidos por la infección por *Helicobacter Pylori* sino por mutaciones del gen E caderina, es decir, factores genéticos(58), esto explica el corto tiempo de progresión que presenta el Cáncer Gástrico de tipo Difuso.

El Adenocarcinoma de tipo Intestinal fue más frecuente en el sexo masculino con 38 casos (80.85%), contrastando con el femenino con 9 casos (19.15%). Mientras que el Adenocarcinoma Difuso fue más frecuente en el sexo Femenino con 10 casos (52.82%) que en el masculino con 7 casos (41.18%) en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Esta distribución predominante en el sexo masculino en el Adenocarcinoma de tipo Intestinal y femenino en el Difuso, se observa también en el estudio realizado por Vargas Rodriguez en 2013 donde el sexo masculino es predominantemente en una relación de casi 3/1 respecto al sexo femenino en el tipo Intestinal y todo lo contrario en el tipo Difuso(57). Estudios como el de Rodríguez et al. y Candela et al. realizado en hospitales públicos de Lima y Callao la presentación es casi similar(59).

El Adenocarcinoma del tipo intestinal con mayor frecuencia en cuanto a su nivel de diferenciación fue el moderado con 24 casos (51.06%), seguido por el leve con 17 casos (36.17%). Mientras que en el Adenocarcinoma Difuso el nivel de diferenciación celular más frecuente fue el leve con 9 casos (52.94%), seguido de cerca por el moderado con 6 casos (35.29%) en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Ambos Adenocarcinomas tanto el Intestinal como el Difuso, presentan una predilección por ubicarse como primer punto en el cuerpo del estómago como 21

(44.68%) y 17 (36.17%) casos respectivamente, mientras como segundo lugar se encuentra el Antro y Píloro con 11 (64.71%) y 4 (23.53%) casos respectivamente en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. En cuanto a información de frecuencia en localización del Cáncer Gástrico esta es más variada dependiendo del país, de acuerdo al estudio realizado por Rodríguez Vargas la distribución topográfica del cáncer gástrico está entre un 40-60% de los casos localizados en antro píloro, un 20-25% en cuerpo y un 15-20% en fondo y cardias(57), el estudio de Pilco et al, contrasta esta información dando 68% de cánceres gástricos en localización distal y 32% de localización proximales(52). Quiñones J. et al.(53) encontró asociación entre el tipo intestinal con la localización distal (58,3% frente a 44,1%; $p=0,004$), y el tipo difuso con la localización proximal (19,3% frente a 12,5%; $p=0,049$); o en el estudio de Martínez J. et al. donde el 56,4% de los cánceres fueron proximales y 43,6% distales(53). En el estudio actualizado de Rodríguez Vargas en 2017 se confirma el cambio en la localización del cáncer gástrico pues se encuentra que el 62% fueron proximales y el 38% fueron distales; sin embargo, en la distribución entre intestinal y difuso no hay diferencia, encontrándose que el 60% de los intestinales y el 66% de los difusos son proximales(57). Estos datos indican que no existe una relación entre el tipo histológico de Cáncer Gástrico con su localización.

CAPITULO VI

6.1. Conclusión:

La Prevalencia del Cáncer Gástrico en pacientes con dispepsia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo entre mayo del 2014 hasta abril del 2018 es de exactamente 8.53%. En la muestra de 750 pacientes con dispepsia se obtuvo 64 con Cáncer Gástrico, de los cuales 47 pacientes corresponden al Adenocarcinoma Intestinal, mientras que 17 individuos corresponden al Adenocarcinoma Difuso, siendo el Intestinal más frecuente.

Los individuos con Adenocarcinoma Intestinal presentan una edad mayor que aquellos con Adenocarcinoma Difuso, el cual posee una predisposición al sexo femenino, caso contrario al Intestinal que posee una predisposición con el masculino.

En cuanto a nivel de diferenciación celular el Cáncer Gástrico de tipo Adenocarcinoma Intestinal presente una mayor frecuencia en el nivel de moderada diferenciación. Por otro lado, el Adenocarcinoma Difuso presenta su mayor frecuencia en pacientes con un nivel de diferenciación leve. La Localización del Cáncer Gástrico es más frecuente en ambos casos en tercio medio e inferior del estómago, en otras palabras, tienden a ocupar tanto cuerpo como antro y píloro.

El aporte a las ciencias médicas radica en la información epidemiológica que se obtuvo a partir de la investigación, la cual nos permite orientarnos hacia características en específico que presenten ciertos individuos, lo que facilitará un diagnóstico precoz del Cáncer Gástrico, además de considerar a la dispepsia de larga data presente en un individuo como un signo de alarma muy importante. Lo que en un global permitirá la creación de nuevas estrategias de control y diagnóstico temprano para ambas enfermedades, lo cual evitará sus complicaciones, que significará una disminución en costos en el tratamiento de las mismas, puesto que existirá un enfoque mayor de cobertura a nivel primario y secundario de salud.

Dentro de las recomendaciones se debe aumentar el tamaño de la muestra del estudio, además de realizar un estudio estadístico buscando el nivel de

correlación entre el Cáncer Gástrico con la dispepsia. También sería muy interesante determinar la tasa de mortalidad del Cáncer Gástrico como el estadio en que se encuentra la neoplasia en el momento del diagnóstico, para así poder crear estrategias de control y tratamiento de acuerdo a la realidad del país.

Por otro lado, en las limitaciones destacan múltiples pacientes sin datos de biopsia específicas, falta de tiempo para estudiar más historias clínicas y así aumentar el tamaño de la muestra, además de múltiples historias clínicas inconclusas o no presentan todos los datos planteados en los criterios tanto de inclusión como exclusión.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Carcas LP. Gastric cancer review. J Carcinog [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 22 de julio de 2018];13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4278094/>
2. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin. marzo de 2015;65(2):87-108.
3. Gallo VPA, Raffo LPN. Características histopatológicas para el desarrollo de cáncer gástrico en pacientes con dispepsia. Medicina (Mex). 2015;19(2):79-84.
4. Sitarz R, Skierucha M, Mielko J, Offerhaus GJA, Maciejewski R, Polkowski WP. Gastric cancer: epidemiology, prevention, classification, and treatment. Cancer Manag Res. 7 de febrero de 2018;10:239-48.
5. Correa G S, A C, Felipe A, Correa G T, L C, Alfonso L, et al. Prevalence of Helicobacter pylori and Histopathological Features in Gastric Biopsies from Patients with Dyspeptic Symptoms at a Referral Center in Medellin. Rev Colomb Gastroenterol. enero de 2016;31(1):9-15.
6. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). Gastric Cancer. 2017;20(1):1-19.
7. Enck P, Azpiroz F, Boeckxstaens G, Elsenbruch S, Feinle-Bisset C, Holtmann G, et al. Functional dyspepsia. Nat Rev Dis Primer. 3 de noviembre de 2017;3:17081.
8. Tack J, Bisschops R, Sarnelli G. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. Gastroenterology. octubre de 2004;127(4):1239-55.
9. Nishizawa T, Masaoka T, Suzuki H. Functional Dyspepsia: Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. J Gen Fam Med. 17(3):204-10.
10. Management of Dyspepsia | American College of Gastroenterology [Internet]. [citado 23 de julio de 2018]. Disponible en: <http://gi.org/guideline/management-of-dyspepsia-2/>
11. Ladeiras-Lopes R, Pereira AK, Nogueira A, Pinheiro-Torres T, Pinto I, Santos-Pereira R, et al. Smoking and gastric cancer: systematic review and meta-analysis of cohort studies. Cancer Causes Control CCC. septiembre de 2008;19(7):689-701.
12. González CA, Megraud F, Buissonniere A, Lujan Barroso L, Agudo A, Duell EJ, et al. Helicobacter pylori infection assessed by ELISA and by immunoblot and noncardia gastric cancer risk in a prospective study: the Eurgast-EPIC project. Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol. mayo de 2012;23(5):1320-4.
13. al MH et. High prevalence of duodenal ulcer and gastric cancer in dyspeptic patients in Korea. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 23 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9282964>

14. Satpathi P, Satpathi S, Mohanty S, Mishra SK, Behera PK, Maity AB. Helicobacter pylori infection in dyspeptic patients in an industrial belt of India. Trop Doct. enero de 2017;47(1):2-6.
15. Rugge M, Fassan M, Graham DY. Epidemiology of Gastric Cancer. En: Gastric Cancer [Internet]. Springer, Cham; 2015 [citado 26 de abril de 2018]. p. 23-34. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-15826-6_2
16. Roder DM. The epidemiology of gastric cancer. Gastric Cancer. 1 de diciembre de 2002;5(1):5-11.
17. O P, Fernando L, Otero R W, Gómez Z M, Arbeláez M V, Otero R E. Enfermedad estructural y valor predictivo de la historia clínica en pacientes con dispepsia no investigada. Rev Colomb Gastroenterol. marzo de 2004;19(1):13-25.
18. Ono H, Yao K, Fujishiro M, Oda I, Nimura S, Yahagi N, et al. Guidelines for endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for early gastric cancer. Dig Endosc. 28(1):3-15.
19. Arnold M, Karim-Kos HE, Coebergh JW, Byrnes G, Antilla A, Ferlay J, et al. Recent trends in incidence of five common cancers in 26 European countries since 1988: Analysis of the European Cancer Observatory. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. junio de 2015;51(9):1164-87.
20. Ang TL, Fock KM. Clinical epidemiology of gastric cancer. Singapore Med J. diciembre de 2014;55(12):621-8.
21. Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershenwald JE, Brookland RK, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more «personalized» approach to cancer staging. CA Cancer J Clin. marzo de 2017;67(2):93-9.
22. van der Post RS, Vogelaar IP, Carneiro F, Guilford P, Huntsman D, Hoogerbrugge N, et al. Hereditary diffuse gastric cancer: updated clinical guidelines with an emphasis on germline CDH1 mutation carriers. J Med Genet. junio de 2015;52(6):361-74.
23. Sano T, Coit DG, Kim HH, Roviello F, Kassab P, Wittekind C, et al. Proposal of a new stage grouping of gastric cancer for TNM classification: International Gastric Cancer Association staging project. Gastric Cancer Off J Int Gastric Cancer Assoc Jpn Gastric Cancer Assoc. marzo de 2017;20(2):217-25.
24. Mortensen K, Nilsson M, Slim K, Schäfer M, Mariette C, Braga M, et al. Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Br J Surg. septiembre de 2014;101(10):1209-29.
25. Quan Y, Huang A, Ye M, Xu M, Zhuang B, Zhang P, et al. Comparison of laparoscopic versus open gastrectomy for advanced gastric cancer: an updated meta-analysis. Gastric Cancer Off J Int Gastric Cancer Assoc Jpn Gastric Cancer Assoc. julio de 2016;19(3):939-50.

26. Wanebo HJ, Kennedy BJ, Chmiel J, Steele G, Winchester D, Osteen R. Cancer of the stomach. A patient care study by the American College of Surgeons. *Ann Surg*. noviembre de 1993;218(5):583-92.
27. Cancer Genome Atlas Research Network. Comprehensive molecular characterization of gastric adenocarcinoma. *Nature*. 11 de septiembre de 2014;513(7517):202-9.
28. Power DG, Schattner MA, Gerdes H, Brenner B, Markowitz AJ, Capanu M, et al. Endoscopic ultrasound can improve the selection for laparoscopy in patients with localized gastric cancer. *J Am Coll Surg*. febrero de 2009;208(2):173-8.
29. Kim SJ, Kim H-H, Kim YH, Hwang SH, Lee HS, Park DJ, et al. Peritoneal metastasis: detection with 16- or 64-detector row CT in patients undergoing surgery for gastric cancer. *Radiology*. noviembre de 2009;253(2):407-15.
30. Abdalla EK, Pisters PWT. Staging and preoperative evaluation of upper gastrointestinal malignancies. *Semin Oncol*. agosto de 2004;31(4):513-29.
31. Lee IJ, Lee JM, Kim SH, Shin C-I, Lee JY, Kim SH, et al. Diagnostic performance of 64-channel multidetector CT in the evaluation of gastric cancer: differentiation of mucosal cancer (T1a) from submucosal involvement (T1b and T2). *Radiology*. junio de 2010;255(3):805-14.
32. Liu X, Cheng Y, Sheng W, Lu H, Xu Y, Long Z, et al. Clinicopathologic features and prognostic factors in alpha-fetoprotein-producing gastric cancers: analysis of 104 cases. *J Surg Oncol*. 1 de septiembre de 2010;102(3):249-55.
33. Simon M, Mal F, Perniceni T, Ferraz J-M, Strauss C, Levard H, et al. Accuracy of staging laparoscopy in detecting peritoneal dissemination in patients with gastroesophageal adenocarcinoma. *Dis Esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus*. abril de 2016;29(3):236-40.
34. Leake P-A, Cardoso R, Seevaratnam R, Lourenco L, Helyer L, Mahar A, et al. A systematic review of the accuracy and indications for diagnostic laparoscopy prior to curative-intent resection of gastric cancer. *Gastric Cancer Off J Int Gastric Cancer Assoc Jpn Gastric Cancer Assoc*. septiembre de 2012;15 Suppl 1:S38-47.
35. Kim W, Kim H-H, Han S-U, Kim M-C, Hyung WJ, Ryu SW, et al. Decreased Morbidity of Laparoscopic Distal Gastrectomy Compared With Open Distal Gastrectomy for Stage I Gastric Cancer: Short-term Outcomes From a Multicenter Randomized Controlled Trial (KLASS-01). *Ann Surg*. enero de 2016;263(1):28-35.
36. Ychou M, Boige V, Pignon J-P, Conroy T, Bouché O, Lebreton G, et al. Perioperative chemotherapy compared with surgery alone for resectable gastroesophageal adenocarcinoma: an FNCLCC and FFCD multicenter phase III trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1 de mayo de 2011;29(13):1715-21.
37. Schuhmacher C, Gretschel S, Lordick F, Reichardt P, Hohenberger W, Eisenberger CF, et al. Neoadjuvant chemotherapy compared with surgery alone for locally advanced cancer of the stomach and cardia: European Organisation for Research

and Treatment of Cancer randomized trial 40954. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 10 de diciembre de 2010;28(35):5210-8.

38. Tsuburaya A, Yoshida K, Kobayashi M, Yoshino S, Takahashi M, Takiguchi N, et al. Sequential paclitaxel followed by tegafur and uracil (UFT) or S-1 versus UFT or S-1 monotherapy as adjuvant chemotherapy for T4a/b gastric cancer (SAMIT): a phase 3 factorial randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* julio de 2014;15(8):886-93.
39. Cunningham D, Starling N, Rao S, Iveson T, Nicolson M, Coxon F, et al. Capecitabine and Oxaliplatin for Advanced Esophagogastric Cancer. *N Engl J Med.* 3 de enero de 2008;358(1):36-46.
40. Alderson D, Langley RE, Nankivell MG, Blazeby JM, Griffin M, Crellin A, et al. Neoadjuvant chemotherapy for resectable oesophageal and junctional adenocarcinoma: Results from the UK Medical Research Council randomised OEO5 trial (ISRCTN 01852072). *J Clin Oncol.* 20 de mayo de 2015;33(15_suppl):4002-4002.
41. Pauligk C, Tannapfel A, Meiler J, Luley KB, Kopp HG, Homann N, et al. 36LBA Pathological response to neoadjuvant 5-FU, oxaliplatin and docetaxel (FLOT) versus epirubicin, cisplatin and 5-FU (ECF) in patients with locally advanced, resectable gastric/esophagogastric junction (EGJ) cancer: Data from the phase II part of the FLOT4 phase III study of the AIO. *Eur J Cancer.* 1 de septiembre de 2015;51:S728.
42. Smalley SR, Benedetti JK, Haller DG, Hundahl SA, Estes NC, Ajani JA, et al. Updated analysis of SWOG-directed intergroup study 0116: a phase III trial of adjuvant radiochemotherapy versus observation after curative gastric cancer resection. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1 de julio de 2012;30(19):2327-33.
43. Masoumi SJ, Mehrabani D, Moradi F, Zare N, Saberi-Firouzi M, Mazloom Z. The prevalence of dyspepsia symptoms and its correlation with the quality of life among Qashqai Turkish migrating nomads in Fars Province, Southern Iran. *Pak J Med Sci.* 2015;31(2):325-30.
44. van Zanten SV, Wahlqvist P, Talley NJ, Halling K, Vakil N, Lauritsen K, et al. Randomised clinical trial: the burden of illness of uninvestigated dyspepsia before and after treatment with esomeprazole--results from the STARS II study. *Aliment Pharmacol Ther.* octubre de 2011;34(7):714-23.
45. Lacy BE, Weiser KT, Kennedy AT, Crowell MD, Talley NJ. Functional dyspepsia: the economic impact to patients. *Aliment Pharmacol Ther.* julio de 2013;38(2):170-7.
46. Moayyedi PM, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *Am J Gastroenterol.* julio de 2017;112(7):988-1013.
47. Lacy BE, Talley NJ, Locke GR, Bouras EP, DiBaise JK, El-Serag HB, et al. Review article: current treatment options and management of functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther.* julio de 2012;36(1):3-15.

48. Stanghellini V, Chan FKL, Hasler WL, Malagelada JR, Suzuki H, Tack J, et al. Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*. mayo de 2016;150(6):1380-92.
49. Thistle JL, Longstreth GF, Romero Y, Arora AS, Simonson JA, Diehl NN, et al. Factors that predict relief from upper abdominal pain after cholecystectomy. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc*. octubre de 2011;9(10):891-6.
50. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon ATR, Bazzoli F, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection--the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut*. mayo de 2012;61(5):646-64.
51. Nueva Constitución República Ecuador Asamblea Constituyente [Internet]. [citado 23 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.derecho-ambiental.org/Derecho/Legislacion/Constitucion_Asamblea_Ecuador_1.html
52. Osorio Pagola M, Gonzalez Batista J, Quintana Garcia N. Adenocarcinoma de la unión gastroesofágica. Presentación de un caso. *MediSur*. diciembre de 2010;8(6):452-5.
53. Quiñones J, Portanova M, Yabar A. Relación entre Tipo Histológico y la Localización del Adenocarcinoma Gástrico en el Hospital Rebagliati. *Rev Gastroenterol Perú*. abril de 2011;31(2):139-45.
54. Layke JC, Lopez PP. Gastric cancer: diagnosis and treatment options. *Am Fam Physician*. 1 de marzo de 2004;69(5):1133-40.
55. Borch K, Jönsson B, Tarpila E, Franzén T, Berglund J, Kullman E, et al. Changing pattern of histological type, location, stage and outcome of surgical treatment of gastric carcinoma. *Br J Surg*. mayo de 2000;87(5):618-26.
56. Cún HLO, TorresAjá L, Aguirre SPO. Cáncer gástrico. Caracterización de los casos operados en la provincia de Cienfuegos (2009-2011). *Rev Finlay*. 18 de junio de 2013;3(2):110-119-119.
57. Rodríguez-Vargas B, Arévalo-Suarez F, Monge-Salgado E, Montes-Teves P. Características histológicas y endoscópicas del cáncer gástrico diagnosticado en un hospital nacional del Callao, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 7 de febrero de 2014 [citado 10 de enero de 2019];30(1). Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/149>
58. Marín JDM, Olarte MAG, Rodríguez JIL, Gómez JM, Villa JCM, Tovar MHR, et al. Características de los pacientes con cáncer gástrico del departamento de Cundinamarca, remitidos al Hospital Universitario de la Samaritana entre los años 2004 y 2009. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2010;25(4):344-8.
59. Chen H-C, Chu RY, Hsu P-N, Hsu PI, Lu J-Y, Lai K-H, et al. Loss of E-cadherin expression correlates with poor differentiation and invasion into adjacent organs in gastric adenocarcinomas. *Cancer Lett*. 10 de noviembre de 2003;201(1):97-106.

ANEXO:

Tabla general de pacientes con dispepsia que presentan Cáncer Gástrico

HISTORIA CLINICA:	NOMBRE:	EDAD:	GENERO:	PRESENCIA DE DISPEPSIA:	PRESENCIA DE CÁNCER GÁSTRICO:	TIPO HISTOLOGICO DEL CANCER GASTRICO:	NIVEL DE DIFERENCIAR CELULAR:
247698	ABAD SALVATIERRA SANTIAGO OSWALDO	80	M	SI	NO		
130705	ACEBO MARCILLO ABEL ROMEO	75	M	SI	NO		
1734662	ACOSTA VILLAMAR AMERICA BIENVENIDA	46	F	SI	NO		
1482421	ADRIAN COLOMA ELECTRA ELIZABETH	32	F	SI	NO		
579463	AGUAYO BAJAÑA TEOFILO ELADIO	79	M	SI	NO		
264234	AGUDO YUQUILIMA JESUS ROGERIO	90	M	SI	NO		
502948	AGUIRRE MOGROVEJO NELSON EDILBERTO	80	M	SI	NO		
1700490	AGUIRRE RODRIGUEZ JOSE AGUSTIN	83	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	SEVERO
1161067	AGUIRRE SANCHEZ ERNESTO MELOQUIADES	51	M	SI	NO		
625791	AGUIRRE VILLACIS ROSSANA DEL ROCIO	46	F	SI	NO		
1226704	ALARCON MEJIA MARIO ORLANDO	45	M	SI	NO		
1147459	ALAVA CHILA FELIX QUINCHE	66	M	SI	NO		
1207047	ALCIVAR CEVALLOS HENRY ADRIAN	43	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	MODERADO
1308641	ALCIVAR DELGADO CARLOS ALBERTO	62	M	SI	NO		

434196	ALCIVAR MORA VICTOR DALTON	43	M	SI	NO		
1396129	ALCIVAR MORENO ZOILA FLORINDA	81	F	SI	NO		
1445623	ALDAZ NARANJO PIEDAD ALICIA	68	F	SI	NO		
1314642	ALMEIDA LOOR ESDRINA SISELI DOLORES	53	F	SI	NO		
1794758	ALPELIMA HUAROC CEFERINO VICTOR	49	M	SI	NO		
582194	ALVARADO BARONA BLANCA NIEVE	88	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADAMENTE
540020	ALVARADO ELIZALDE JERWIN ARMANDO	45	M	SI	NO		
647591	ALVARADO MENDIETA TELMO AUGUSTO	61	M	SI	NO		
1682281	ALVARADO MONTIEL LEIDY CAROLINA	34	F	SI	NO		
1402659	ALVARADO MORAN WILMER AGUILES	39	M	SI	NO		
409139	ALVARADO PAREDES TANIA ANNABELL	49	F	SI	NO		
222066	ALVARADO SALVATIERRA PEDRO MANUEL	83	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVEMENTE
267763	ALVARADO TOMALA VICENTA YACQUELINE	54	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVEMENTE
1278648	ALVAREZ APOLO ENRIQUE GILBERTO	81	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADAMENTE
241070	ALVAREZ CARDENAS ZOILA ESPERANZA	81	F	SI	NO		
1543697	ALVAREZ DOMINGUEZ RUBEN ARMANDO	62	M	SI	NO		

1297444	ALVAREZ GONZALEZ IRMA ENITH	82	F	SI	NO		
1351078	ALVAREZ MATIAS RAMON ALFREDO	54	M	SI	NO		
1319991	ALZAMORA BARRERA JORGE ARTURO	73	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADAMENTE
23438	ANASTACIO PEZO COLON	78	M	SI	NO		
12300	ANCHUNDIA RAMIREZ CLAUDIO	92	M	SI	NO		
1134492	ANDRADE BAJAÑA CARLOS VICENTE	70	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVEMENTE
22079	ANDRADE TORRES MARTHA FRANCISCA	60	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	MODERADAMENTE
607641	ANDRADE VALENCIA VICTORIA ARGENTINA	84	F	SI	NO		
1777167	ANGULO MEDINA ANGEL BOLIVAR	68	M	SI	NO		
220846	APOLINARIO RIVERA HERLINDA AURORA	61	F	SI	NO		
1119708	ARANA CARDENAS PIEDAD DEL CARMEN	51	F	SI	NO		
1673228	ARAUJO DIAZ LUIS AMADOR	82	M	SI	NO		
1541679	ARBOLEDA MANOSALVA LUIS ALBERTO	54	M	SI	NO		
1455867	ARCE CARBO EMILIA MARIA	35	F	SI	NO		
201746	ARCE VERZOLA KLEVIL ALEJANDRO	71	M	SI	NO		
540248	ARCENTALES PARRALES ELIAS ADRIANO	66	M	SI	NO		

159492	ARMAS VERA CARLOS LUCINDO	81	M	SI	NO		
756097	ARMIJOS LOAIZA ALEJANDRA DEL PILAR	34	F	SI	NO		
1226529	ARREAGA BURGOS MONICA PRISCILLA	41	F	SI	NO		
20218	ARREAGA ESPINOZA JOSE VICENTE	77	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	LEVEMENTE
1481812	ARREAGA YEPEZ CARLOS BENEDICTO	55	M	SI	NO		
643765	ARTEAGA CARLOS MELCHOR	72	M	SI	NO		
52256	AVILA JORDAN ANDREA LAURA	64	F	SI	NO		
1191420	AVILA SUQUINAGUA MARGARITA CLOTILDE	47	F	SI	NO		
275606	AVILA TUMBACO MARIA DEL AMPARO	65	F	SI	NO		
1202650	AVILES LOZA CARLOS ALFREDO	59	M	SI	NO		
1429342	AYALA GONZALEZ JULIA VICTORIA	73	F	SI	NO		
818187	AYALA LOPEZ SOLANGE MONSERRATE	37	F	SI	NO		
1693725	AYOVI COROZO MARICELA DOMITILA	63	F	SI	NO		
1788833	BAJAÑA CORTEZ TEODORO	82	M	SI	NO		
662541	BAJAÑA JIMENEZ NORMA MARIA	91	F	SI	NO		
202971	BAJAÑA MORAN VICTOR UFREDO	54	M	SI	NO		

1762921	BALCAZAR CELI JULIA ANTONIA	87	F	SI	NO		
17732	BALON WASHBRUM OSWALDO AGUSTIN	68	M	SI	NO		
1349379	BANCHON LEYTON MONICA VIVIANA	41	F	SI	NO		
1197537	BAQUE DELGADO LUCIA TEODORA	80	F	SI	NO		
57138	BAQUE DELGADO URBANO FELICISIMO	75	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADAMENTE
1716766	BAQUE NARVAEZ EVELYN MARIUXI	23	F	SI	NO		
1730476	BARAHONA ALVARADO DANICIA DEL CARMEN	47	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	LEVEMENTE
824025	BARAHONA CORRALES EDGAR LISANDRO	55	M	SI	NO		
1648696	BARAHONA RIZZO PEDRO ERNESTO	70	M	SI	NO		
1492401	BARCIA LOPEZ ISABEL MARGARITA	51	F	SI	NO		
66546	BARCIA RIVADENEIRA MODESTO OMAR	89	M	SI	NO		
812737	BARRAGAN ORTEGA SEGUNDO PABLO	78	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADAMENTE
1696760	BARREIRO CAGUA LORENZO GUSTAVO	71	M	SI	NO		
1199455	BARRERA MARIO JUVENAL	60	M	SI	NO		
19048	BARROS SAAVEDRA CARLOS SEGUNDO	73	M	SI	NO		
612005	BARTOLOME ANTONIA FILADELFIA	84	F	SI	NO		

1352481	BARZOLA MORA ELOY ERNESTO	82	M	SI	NO		
1607400	BARZOLA TORRES INOCENTA CELINDA	79	F	SI	NO		
13979	BAYAS ORTEGA CESAR AUGUSTO	68	M	SI	NO		
1709529	BENARDINO SUAREZ LORENA LORENZA	54	F	SI	NO		
69703	BENAVIDES MEJIA JACINTO ANIBAL	75	M	SI	NO		
507728	BENITEZ LOZANO ESTEBAN	69	M	SI	NO		
1780425	BENITEZ OLGUIN EDUARDO BINICIO	54	M	SI	NO		
50777292	BERMELLO ZAMORA ULBIO CRISTOBAL	55	M	SI	NO		
1743939	BERMEO MACAY FERNANDO RAFAEL	35	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVEMENTE
323302	BERMEO MUY SONIA NARCISA	51	F	SI	NO		
167511	BERMUDEZ CALDERON JOSEFA GEORGINA	57	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADAMENTE
1641057	BERMUDEZ SOSA FULTON UNIVERSI	71	M	SI	NO		
34981	BETANCOURTH OCHOA MARCELO RODRIGO	66	M	SI	NO		
1524212	BOHORQUEZ MURILLO MIGUEL DE LOS ANGELES	80	M	SI	NO		
297890	BOHORQUEZ OCHOA PASCUAL ALBERTO	82	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADAMENTE
591817	BONE TOMALA ANGEL WASHINGTON	64	M	SI	NO		

1310423	BONILLA MOREIRA SILVIA CECILIA	61	F	SI	NO		
482031	BORBOR MATEO FLORENCIO NICEFORO	85	M	SI	NO		
748193	BORBOR PANCHANA WILMER ALFREDO	45	M	SI	NO		
698428	BRAVO GUERRERO LUIS ALBERTO	49	M	SI	NO		
1232987	BRIONES ACOSTA JULIO CIRO	52	M	SI	NO		
562612	BRIONES BARZOLA EUFRACIO SIGUIFREDO	43	M	SI	NO		
1489714	BRIONES QUIJIJE MARIANO	79	M	SI	NO		
1692028	BRIONES ZAMBRANO SEGUNDO SEFIRO	86	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	SEVERO
38582	BUENAÑO MONTESDEOCA ALCIBIADES	41	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVEMENTE
413578	BURGOS BAQUE LINO ADOLFO	73	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVEMENTE
1355149	BURGOS BOZA EUGENIA ALEJANDRINA	80	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVEMENTE
1398783	BURGOS MACIAS DENNY ELIAS	34	M	SI	NO		
1628268	BURGOS VITE FRANKLIN ENRIQUE	47	M	SI	NO		
1243603	BUSTAMANTE CARBO ADOLFO RAMON	59	M	SI	NO		
1512964	BUSTAMANTE SANDOYA DIONICIO DELFIN	83	M	SI	NO		
1545185	BUSTOS SOLIS ARTURO	58	M	SI	NO		
565073	BUSTOS TOMALA FRANCISCO DAVID	56	M	SI	NO		

97210	CAAMAÑO SOTOMAYOR JOSE MEDARDO	63	M	SI	NO		
203677	CABELLO CARRIEL JANINA ISABEL	60	F	SI	NO		
555207	CABRERA GUERRERO MANUEL JACINTO	70	M	SI	NO		
1665645	CAJIAO JAMA WALTER MAURICIO	63	M	SI	NO		
1322220	CALDERON CALDERON LAURA CECILIA	69	F	SI	NO		
79712	CALDERON HARO MARCOS SOLON	83	M	SI	NO		
1443759	CALIXTO MEDINA DOLORES GRISELDA	67	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	LEVEMENTE
1696960	CALLE ZAMBRANO JOSE IGNACIO	49	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	MODERADAMENTE
1280551	CALVACHE CANTOS ANGELA NARCISA	59	F	SI	NO		
1718695	CAMPAÑA ARAGUNDI EMMA ROSA	47	F	SI	NO		
1727816	CAMPOVERDE FLORES TANNIA MARICELA	39	F	SI	NO		
47547	CAMPOZANO COELLO SONNIA MARIA	67	F	SI	NO		
108458	CAMPOZANO FLORES JORGE YIMMY	76	M	SI	NO		
1531268	CANDELARIO RUIZ SILVINO CLEMENTE	64	M	SI	NO		
1625538	CANDO LOPEZ PACA HERMELINDA	63	F	SI	NO		
1456483	CANESSA SUAREZ ERNESTO ABEL	62	M	SI	NO		

1474391	CANTOS AREVALO SERGIO SANTIAGO	45	M	SI	NO		
43614	CAÑIZARES KLINGER LUIS ALBERTO	77	M	SI	NO		
1785649	CARDENAS ALVARADO MANUEL DE JESUS	58	M	SI	NO		
1752588	CARLOS BARCIA ILDA AZUCENA	59	F	SI	NO		
50043	CARMILEMA YUNGAN ALEJANDRO	77	M	SI	NO		
521981	CARPIO ARMIJOS AGUSTIN SANTOS	67	M	SI	NO		
224826	CARPIO SANCHEZ DORIS MARILIN	56	F	SI	NO		
753425	CARPIO VELEZ FRANKLIN JAVIER	62	M	SI	NO		
1312242	CARRERA LAZO CASTULA LEONILA	63	F	SI	NO		
226719	CARVACA CASTRO MANUELA ALEXANDRA	52	F	SI	NO		
1510796	CASAL MORAN FREDDY LEONARDO	34	M	SI	NO		
49850	CASTAÑEDA VERA SIMON TEOBALDO	73	M	SI	NO		
49850	CASTAÑEDA VERA SIMON TEOBALDO	73	M	SI	NO		
1436079	CASTILLO CASTILLO CARLOS HORACIO	85	M	SI	NO		
273483	CASTILLO DUARTE REINA DE JESUS	48	F	SI	NO		
1248453	CASTILLO GALVEZ MERCY EDILMA	57	F	SI	NO		

162835	CASTRO ALEGRIA JESUS	80	M	SI	NO		
1579342	CASTRO AVILA LUIS FLORENCIO	69	M	SI	NO		
1728301	CASTRO JIMENEZ DORA	85	F	SI	NO		
804234	CASTRO JORGE EDUARDO	61	M	SI	NO		
1699647	CASTRO MARTINEZ VICTOR ROSENDO	78	M	SI	NO		
600091	CASTRO MURILLO LUCIANO ERISNALDO	82	M	SI	NO		
622285	CASTRO PERLAZA OVERMAN	76	M	SI	NO		
581008	CASTRO TORRES JULIO ALBERTO	67	M	SI	NO		
170700	CASTRO VERA DOMINGO	86	M	SI	NO		
665701	CASTRO VILLALBA GUADALUPE VERONICA	41	F	SI	NO		
138455	CEDEÑO GERARDO ANTONIO	81	M	SI	NO		
1286954	CEDEÑO RENDON PEDRO RICARDO	55	M	SI	NO		
636687	CEDEÑO SEGUNDO ANTONIO	61	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVE
1744702	CEDILLO ALMEIDA JOSE LUIS	35	M	SI	NO		
1406212	CELIN ALBAN ENRIQUE ALFREDO	78	M	SI	NO		
1362956	CERCADO ALMEIDA ALI SOLEDAD	36	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
61236	CEREZO VALENZUELA GUILLERMO JACINTO	75	M	SI	NO		

1734310	CERON GARZON MARITZA DEL PILAR	46	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	LEVE
1669720	CERVANTES RIZO BACILIO CESAREO	60	M	SI	NO		
1761219	CEVALLOS CEDEÑO GLORIA MONSERRATE	66	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVE
261987	CEVALLOS LOPEZ ALBERTO ABELARDO	78	M	SI	NO		
1448082	CHAMBA QUICHIMBO BOLIVAR AUGUSTO	74	M	SI	NO		
1591770	CHANCAY VILLAMAR LILIA JUDITH	74	F	SI	NO		
292609	CHAPA RITA ELENA	72	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	LEVE
666049	CHASILUISA YAGUAL SEGUNDO RAFAEL	46	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	LEVE
1610296	CHAVARRIA RODRIGUEZ SANTA MARIA	70	F	SI	NO		
1613382	CHAVEZ CASTILLO TERESA BIENVENIDA	42	F	SI	NO		
655453	CHAVEZ GINEZ VICTOR MANUEL	69	M	SI	NO		
3459	CHAVEZ HIDALGO REINALDO EDEDBERTO	80	M	SI	NO		
1772855	CHAVEZ LOOR JACINTA TRINIDAD	74	F	SI	NO		
1697011	CHAVEZ PERALTA SIMON BOLIVAR	75	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	SEVERO
1244150	CHAVEZ RAMOS PEDRO LUCIANO	69	M	SI	NO		
1206362	CHAW CHANG CARLOS EFREN	48	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO

1452137	CHILAN BAQUE DOMINGA LUZMILA	74	F	SI	NO		
1213385	CHIPRE CHIPRE NERY ROBERTO	46	M	SI	NO		
1389368	CHIRIBON MENDEZ PATRICIA JUANA	53	F	SI	NO		
1418915	CHOEZ BAQUE PAULINO	73	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	SEVERO
194488	CISNEROS EGUEZ GLADYS NARCISA	58	F	SI	NO		
1287330	CISNEROS ROLANDO MARIA JOSEFINA	53	F	SI	NO		
1582334	COELLO VERA JOSE FRANCISCO	60	M	SI	NO		
1319950	COELLO ZAMBRANO FELIX MARINO	64	M	SI	NO		
530500	COLOMA MORA LIDA FELICIDAD	92	F	SI	NO		
1636392	COLOMA PAVON JOSE	78	M	SI	NO		
1391973	COLT BRAVO VICENTE SALVADOR	60	M	SI	NO		
1143540	CONFORME MIELES JOSE VICENTE	48	M	SI	NO		
477506	CONSTANTE ILLINGWORTH RAQUELITA OFELIA	85	F	SI	NO		
1794649	CONSUEGRA GOYA ROBERTO FABIAN	63	M	SI	NO		
724430	CORDOVA POLANCO NINFA PILAR	59	F	SI	NO		
52152	CORRAL FUENTES HUGO MOISES	88	M	SI	NO		

1276028	CORTEZ CAICEDO PILAR DEL ROCIO	48	F	SI	NO		
1458301	COTTO CUESTA ALBERTO ANIBAL	65	M	SI	NO		
1207530	CRESPIN JAIME HENRRY RODOLFO	43	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
1795720	CRESPIN MORAN CARLOS ALBERTO	38	M	SI	NO		
176339	CRIOLLO HANNA VICTOR BACILIO	65	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
275642	CRIOLLO MONROY YOLANDA DE LOURDES	79	F	SI	NO		
620899	CRUZ CHANG WILSON GREGORIO	45	M	SI	NO		
1685088	CRUZ QUIMIS EDUARDO ZACARIAS	70	M	SI	NO		
1609454	CRUZ SUAREZ CARLOS RUPERTO	61	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
1474916	CUADRADO MANYA PAQUITA ERCILIA	51	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVE
1370509	CUEVA GUIDO ALBERTO	50	M	SI	NO		
186650	CUEVA SARAGURO SEGUNDO LAUTARO	75	M	SI	NO		
1385180	CUNDURI BALLA JOSE MANUEL	69	M	SI	NO		
617713	CUZME CEDEÑO JUSTINA MARGARITA	49	F	SI	NO		
1765382	DE LA CRUZ ZAMBRANO MATILDE CARMITA	49	F	SI	NO		
1129774	DECIDERIO CASTRO DOLORES GERTRUDIZ	50	F	SI	NO		

490221	DECIMAVILLA CHAVEZ VICTOR GAUDENCIO	75	M	SI	NO		
1752830	DEL PEZO POZO LAURA AMERICA	73	F	SI	NO		
1269457	DELGADO ALFREDO EUDALDO	48	M	SI	NO		
50607	DELGADO BORRERO MERCEDES YOLANDA	65	F	SI	NO		
1763945	DELGADO BRITO CARLOS BOLIVAR	38	M	SI	NO		
1339272	DELGADO ERAZO DEMETRIO CRISANTO	81	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVE
1341678	DESIDERIO BERMEO HOLGER ROLANDO	68	M	SI	NO		
1698921	DI LORENZO CARRION CATALINA ELIZABETH	48	F	SI	NO		
1115286	DIAZ MATAMOROS GERALDA LUCRECIA	72	F	SI	NO		
1115286	DIAZ MATAMOROS GERALDA LUCRECIA	72	F	SI	NO		
1115286	DIAZ MATAMOROS GERALDA LUCRECIA	72	F	SI	NO		
488281	DIAZ YEPEZ FERNANDO	69	M	SI	NO		
1713122	DOTA ESPINOZA GLORIA CARMEN	57	F	SI	NO		
1550439	EDA OLLAGUE YOSHIO GUILLERMO	43	M	SI	NO		
1489194	ESCOBAR PEREZ AMABLE JORGE	92	M	SI	NO		
1584558	ESPINALES VELEZ MARTHA ISABEL	58	F	SI	NO		

1433906	ESPINOZA CUJILAN CECILIO EFRAIN	45	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	LEVE
85783	ESPINOZA MATEO LAGRIMA CONCEPCION	88	F	SI	NO		
1769560	ESPINOZA VERA JOSE ISAAC	62	M	SI	NO		
1573604	ESTRELLA GOMEZ RITA MARGARITA	73	F	SI	NO		
671737	ESTRELLA VELIZ RIGOBERTO AQUILES	76	M	SI	NO		
1693944	FALQUEZ FALQUEZ TANIA MADALINE	53	F	SI	NO		
1693944	FALQUEZ FALQUEZ TANIA MADALINE	53	F	SI	NO		
485158	FARAH CISNEROS JOSE NAGIB	49	M	SI	NO		
1498825	FARFAN SORNOZA DORYS IRINA	51	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
267713	FEIJOO PARDO ARNALDO FELIPE	60	M	SI	NO		
1321699	FERNANDEZ CONFORME LIBERIO ANTONIO	47	M	SI	NO		
1651479	FERNANDEZ ESMERALDA MAURO PANTALEON	76	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
1630699	FERRIN SIMON EDUARDO	53	M	SI	NO		
700394	FERRUZOLA PLUAS FELIX CESARIO	41	M	SI	NO		
57722	FIGUEROA CHANG SEGUNDO MEDARDO	69	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	SEVERO
1697300	FIGUEROA PINCAY JULIA	66	F	SI	NO		
764823	FIGUEROA TIGREROS MARIA MARGARITA	69	F	SI	NO		

1349618	FLORES ALDAS MILTON BOLIVAR	81	M	SI	NO		
1431782	FLORES ARANA ELIAS FLORENCIO	67	M	SI	NO		
1671109	FLORES CONFORME ORESTE RAMIRO	47	M	SI	NO		
1490149	FLORES VILLAO JUAN JOSE	74	M	SI	NO		
400438	FRANCO FERNANDEZ MADRID TAMARA ELISA	44	F	SI	NO		
753196	FRANCO GAME MIRELLE DIANA	64	F	SI	NO		
148432	FRANCO RODRIGUEZ JUANA BELGICA	69	F	SI	NO		
543098	FRANKEN OSWALD HANS PETER	73	M	SI	NO		
600214	FREIRE MARURI MANUELA AZUCENA	75	F	SI	NO		
1772561	FUENTES POZO GUILLERMO ALBERTO	45	F	SI	NO		
206404	FUNES TORRES PILAR AURORA	60	F	SI	NO		
44606	GALARZA ARELLANO JOSE MAGNO	71	M	SI	NO		
1673718	GALARZA PINTO FAUSTO URCISINO	69	M	SI	NO		
1449223	GALLEGOS ORELLANA CESAR DE JESUS	57	M	SI	NO		
1662956	GALLEGOS TAFFUR ALEX ALCIVAR	46	M	SI	NO		
1266964	GALVEZ SOTO MONICA IRENE	54	F	SI	NO		

180254	GANCHOZO CENTENO DOLORES ELIZABETH	59	F	SI	NO		
1722027	GANCHOZO PALMA MODESTO GUMERCINDO	69	M	SI	NO		
417331	GARCIA ARBOLEDA MONICA DEL ROCIO	45	F	SI	NO		
1108624	GARCIA BONILLA CARMEN OLIMPIA	72	F	SI	NO		
289290	GARCIA CABALLERO DORA LIDIA	45	F	SI	NO		
502218	GARCIA CACERES ROMULO ISAIAS	66	M	SI	NO		
403334	GARCIA CARDENAS RAFAEL ARMANDO	73	M	SI	NO		
1315911	GARCIA CASTRO ANTONIETA MARIA	61	F	SI	NO		
616809	GARCIA CHONG GIOCONDA IVON DE FATIMA	55	F	SI	NO		
548404	GARCIA GARCIA WENDY ISABEL	40	F	SI	NO		
212284	GARCIA NIEVES CARLOS ANGEL	56	M	SI	NO		
1679838	GARCIA RODRIGUEZ FAUSTO JOSE	61	M	SI	NO		
1551088	GARCIA ROMERO NILA MONSERRATE	77	F	SI	NO		
786934	GARCIA SANCHEZ MARIANA JENNIFFER	33	F	SI	NO		
153834	GARCIA VERA INDALECIO BERNABE REINERIO	56	F	SI	NO		

1389332	GARRIDO MOGOLLON NESTOR JHONNY	47	M	SI	NO		
480880	GARZON LOPEZ LOLA MARIVEL	46	F	SI	NO		
1783061	GARZON PINEDA ANABELL DEL ROCIO	63	F	SI	NO		
49650	GAVILANES GAVILANES GONZALO ERNESTO	83	M	SI	NO		
1779728	GAVILANES GONZALEZ ROSA HELENA	47	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	MODERADO
561299	GOMEZ MITE JUAN BAUTISTA	67	M	SI	NO		
1137274	GOMEZ OLIVARES MANUEL GENARO FERNANDO	65	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
569923	GOMEZ TOMALA CARLOS LUIS	72	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
1708121	GONZALEZ ARGUDO JULIO VICENTE FERNANDO	71	M	SI	NO		
1641128	GONZALEZ VARGAS JUANA CIRILA	77	F	SI	NO		
1579663	GOYES RAMIREZ JULIO EDILBERTO	74	M	SI	NO		
1514363	GRANDA CASTILLO VIVIANA LISSETTE	33	F	SI	NO		
708988	GRANDA JATIVA PATTY MERCEDES	50	F	SI	NO		
1750353	GRANJA CANIZARES JAIME ANIBAL	71	M	SI	NO		
253952	GRIJALVA RIOS EUSEBIA FRANCISCA	81	F	SI	NO		
502406	GUACHILEMA POZO LUIS ALFONSO	85	M	SI	NO		

1664895	GUADAMUD GOMEZ WINER JEANCARLOS	36	M	SI	NO		
1220266	GALE MAGALLANES ANA MARITZA	45	F	SI	NO		
1391022	GUAMAN CABRERA ROSA MERCEDES	67	F	SI	NO		
555188	GUAMANQUISPE ROMO PRISCILA NOEMI	26	F	SI	NO		
1611197	GUARANDA BARRETO PEDRO PABLO	53	M	SI	NO		
691942	GUARANDA MUÑOZ HENRY DANIEL	40	M	SI	NO		
1311341	GUERRA GUTIERREZ MARIANA ALFARINA	63	F	SI	NO		
617633	GUERRERO MOREIRA LORENZO LIDER	74	M	SI	NO		
1602355	GUERRERO RAMIREZ MANUEL	64	M	SI	NO		
1533203	GUILLEN ORTEGA ANGEL HERMEL	69	M	SI	NO		
708074	GUZMAN POVEDA GEORGE GASTON	60	M	SI	NO		
536653	GUZMAN SEGOVIA GUILLERMO XAVIER	40	M	SI	NO		
8145	HAON FUENTES DORIS MARIVEL	73	F	SI	NO		
1571533	HEMBA TROYA DIGNA ELADIA	80	F	SI	NO		
298835	HEREDIA SANDOVAL MERIDA ADRIANA	37	F	SI	NO		
287387	HERMIDA LOPEZ ALFONSO VICENTE	70	M	SI	NO		

1594099	HERRERA HERRERA FREDDY GEOVANNY	49	M	SI	NO		
1690177	HERRERA VERA MERCEDES	74	F	SI	NO		
1573154	HIDALGO MARIA DOMITILA	66	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
1369731	HOLGUIN VARGAS JUAN CANDELARIO	41	M	SI	NO		
1689656	HUAYAMABE ALVARADO EVARISTO OSWALDO	66	M	SI	NO		
298332	HURTADO MURILLO ISABEL MARIA	68	F	SI	NO		
592676	IBARRA ROJAS CESAR ABSALON	73	M	SI	NO		
1474819	ILLICACHI YUQUILEMA ANTONIO	70	M	SI	NO		
799438	INDIO MEDINA SATURNINO LORENZO	51	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	MODERADO
1533487	INFANTE HERRERA FORTUNATO GUSTAVO	66	M	SI	NO		
1655450	INTRIAGO IBARRA EITHEL FELIX	58	M	SI	NO		
517703	INTRIAGO TOALA ANGELA FRANCISCA	62	F	SI	NO		
804135	ITURRALDE ROMERO NIEVE CONSTANCIA	48	F	SI	NO		
1635721	JAEN PRECIADO IRVING WELLINGTON	29	M	SI	NO		
1469730	JAIME TOMALA JOFFRE BOLIVAR	55	M	SI	NO		
267704	JARAMILLO CAZANAS FULVIA ARCELIA	79	F	SI	NO		

1217276	JIMENES PAREDES MARLENE ROSARIO	41	F	SI	NO		
1743271	JIMENEZ ALVAREZ VICTORIANO OLEGARIO	57	M	SI	NO		
215975	JIMENEZ DUARTE BETTY EUGENIA	65	F	SI	NO		
61978	JIMENEZ MUÑOZ DIONICIA ABIGAIL	71	F	SI	NO		
264974	JIMENEZ PALOMEQUE LAURA BEATRIZ	78	F	SI	NO		
1787940	JIMENEZ PINEDA JUAN AGUSTIN	73	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
158131	JOUVIN MALTA JULIO CESAR	89	M	SI	NO		
1343876	JUNCO SANCHEZ LUISA LEONOR	62	M	SI	NO		
1609498	JURADO ACOSTA AMADO CRISTOBAL	78	F	SI	NO		
762210	JURADO MITE JOFFRE STALIN	46	M	SI	NO		
1319556	JURADO MORA GUSTAVO FRANCISCO	72	M	SI	NO		
1765286	LAINIZ GARCIA CARLOS JULIO	36	M	SI	NO		
483345	LAJE ZAMBRANO BRIGIDA MARIA	85	F	SI	NO		
520604	LAZO CASTRO LUISA GUILLERMINA	68	F	SI	NO		
635763	LAZO ESPINOZA FLUVIA ELISA	87	F	SI	NO		
1338355	LEON ARIAS JORGE ERWIN	25	M	SI	NO		

1665048	LEON CARBO FELIX MANUEL	73	M	SI	NO		
1316059	LEON PONCE LORENZO ROBERT	68	M	SI	NO		
1385001	LIMONES CANALES ROMAN AMABLE	82	M	SI	NO		
540199	LINO BAÑOS LUIS ALFONSO	32	M	SI	NO		
1235642	LITARDO MOSQUERA CRUZ BERNARDO	49	M	SI	NO		
533108	LLAMUCA GUALLANLEMA CARLOS ENRIQUE	50	M	SI	NO		
1753835	LOMBEIDA CORONEL VILMA MARCELA	41	F	SI	NO		
321405	LOOR GUILLERMO NICANOR	61	M	SI	NO		
204755	LOPEZ GARCIA GERMAN ALBERTO	77	M	SI	NO		
138462	LOPEZ ORELLANA ALBERTO LOMBARDO SOLCRIST	65	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	SEVERO
1521320	LOPEZ RIVADENEIRA LINCOLS RUBEN	25	M	SI	NO		
1687568	LUCAS GUADAMUD ELDA MARICELA	39	F	SI	NO		
1396872	LUCERO MUÑOZ LILIAM CECIBEL	45	F	SI	NO		
1108733	LUNAVICTORIA ALVIA JORGE ALFREDO	51	M	SI	NO		
497192	MA LEON MAN FAI NELSON	68	M	SI	NO		
240752	MACAS BUELE LUIS EFRAIN	71	M	SI	NO		

41017	MACHARE BARZOLA CARLOS JULIO	69	M	SI	NO		
618583	MACIAS MAGALLANES EULOGIA SILVANIA	71	F	SI	NO		
1726443	MACIAS PAREDES JORGE ANTONIO	49	F	SI	NO		
1593132	MACIAS VERA LORENA EVELYN	50	F	SI	NO		
1484755	MACIAS WAYNE ADALBERTO	69	M	SI	NO		
1591277	MAGALLANES GUALES SANTA BENEDICTA	64	F	SI	NO		
1583504	MAGALLANES MOLINA DEMETRIO GUSTAVO	53	F	SI	NO		
1480892	MALDONADO DE LA CRUZ BYRON DANIEL	55	M	SI	NO		
1730407	MANRIQUE ALVAREZ LEONIDAS ENRIQUE	74	M	SI	NO		
215366	MANRIQUE ESCOBAR MARIA LUCIA	64	F	SI	NO		
1263041	MANTUANO IBARRA HUGO REINALDO	81	M	SI	NO		
1575911	MARCILLO CARDENAS LEONIDAS PABLA	73	M	SI	NO		
505517	MARIDUEÑA FRANCO MARIANA DE JESUS	70	F	SI	NO		
202123	MARIÑO ROSERO MARIO ERNESTO	67	M	SI	NO		
662660	MARISCAL SUAREZ BENIGNA MARIA	83	F	SI	NO		
1370973	MARQUEZ SANCHEZ PATRICIO JAVIER	36	M	SI	NO		

756539	MARQUEZ TOAZA KERLLY RAQUEL	23	F	SI	NO		
1779676	MARQUINEZ OLMEDO JOHNNY FIDEL	62	M	SI	NO		
1300871	MARRIOTT BERMUDEZ FANNY DE LOURDES	40	F	SI	NO		
566932	MARTILLO DIAZ MANUEL OSWALDO	39	M	SI	NO		
1365550	MARTILLO GRUNAUER DIOGENES OLMEDO	54	M	SI	NO		
322471	MARTILLO RUIZ JULIETA EDITH	68	F	SI	NO		
1254514	MARTINEZ VALENCIA FELIPE CLEMENTE	67	M	SI	NO		
1471736	MARTINEZ VILLACRESES JAVIER ALEJANDRO	25	M	SI	NO		
1708488	MARURI MONTOYA PEDRO MANUEL	69	M	SI	NO		
758649	MATIAS MEZA CANDY VERONICA	34	F	SI	NO		
501138	MAYEA COELLO ELENA DE LA CRUZ	68	F	SI	NO		
1660390	MAYON URBINA GIOCONDA ELVIRA	39	F	SI	NO		
94438	MEDINA VALLEJO CARLOS GUILLERMO	71	M	SI	NO		
583337	MEDRANDA DELGADO RUBEN DARIO	29	M	SI	NO		
134461	MEJIA CACERES JUSTO LUCIANO	81	M	SI	NO		
736065	MEJIA LEMUS LUIS MARCELO	44	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO

1430555	MEJIA VILLA MARIA FLORIFE	80	F	SI	NO		
1165055	MELENDRES VALLEJO ANTONIO HERMOGENES	49	M	SI	NO		
76860	MENA CHINGUERCELA NOYDE NELLY	61	F	SI	NO		
1777830	MENDEZ CASTILLO GUSTAVO EDUARDO	45	M	SI	NO		
1726748	MENDEZ MENDEZ WALTER ENRIQUE	60	M	SI	NO		
1625462	MENDEZ MONCADA SENDY YAMILETH	38	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
182749	MENDIETA CARRANZA JOSE AMAR	64	M	SI	NO		
420192	MENDIETA MOLINA PASTORA GENOVEVA	51	F	SI	NO		
1793896	MENDOZA INTRIAGO KLEBER ELIAS	55	M	SI	NO		
1191052	MENDOZA MORANTE SALOMON FELIPE	62	M	SI	NO		
1741642	MENDOZA SORNOZA JOAQUIN ADRIAN	25	M	SI	NO		
307237	MENDOZA SOZA ROSA OLANDA	79	F	SI	NO		
100812	MENENDEZ LEON ERNESTO ALEJANDRO	68	M	SI	NO		
1278078	MENENDEZ MARTINEZ FRANCISCO JERONIMO	59	M	SI	NO		
1415643	MENOSCAL ATANACIO MIGUEL	65	M	SI	NO		
1267398	MERA BURGOS EDDY RAMON	47	M	SI	NO		

1525648	MERA CANTOS AGUSTIN GUMERCINDO	61	M	SI	NO		
647027	MERA SUAREZ TANIA DE LOS ANGELES	46	F	SI	NO		
1328009	MERA ZUÑIGA ESPERANZA	55	F	SI	NO		
1437476	MERCHAN BRIONES MONICA LILIANA	35	F	SI	NO		
1632093	MERELO VALDEZ EUCLIDES SIMON	53	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
1761333	MERO CEFISA DORIDA	74	F	SI	NO		
1551961	MERO LUCAS MANUEL LICARIO	70	F	SI	NO		
1449973	MEZA CABRERA MARCOS FLORESMILO	57	M	SI	NO		
431211	MEZA CORONEL LAURA BRAULIA	63	F	SI	NO		
222253	MEZA MORA CARLOS MANUEL	64	M	SI	NO		
406571	MIELES MIELES RAUL ISAAC	35	M	SI	NO		
1570497	MINALLA GARCIA MONICA ALEXANDRA	49	F	SI	NO		
479729	MINUCHE UGARTE WALTER ENRIQUE	76	M	SI	NO		
25626	MIRANDA CORONEL JOSE SALUSTIO	67	M	SI	NO		
539711	MIRANDA TORRES GUILLERMO JAIME	54	M	SI	NO		
1329490	MITE VIVAR MARIA AUXILIADORA	33	F	SI	NO		
203336	MONAR RODRIGUEZ ELVIRA GRIMALDA	60	F	SI	NO		

417673	MONSERRATE YCAZA ISRAEL	63	M	SI	NO		
221275	MONTAÑO CUERO AURA	73	F	SI	NO		
654505	MONTAÑO TOAZA GLORIA MARIA	51	F	SI	NO		
1726684	MONTOYA BOHORQUEZ JACINTO GUILLERMO	53	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVE
1352299	MONTOYA BURGOS APOLONIA DEL CARMEN	86	F	SI	NO		
1611608	MORA ANDRADE AMADOR ENRIQUE	70	M	SI	NO		
1466154	MORA MONTENEGRO JAYRON FELIPE	30	M	SI	NO		
172148	MORA PRADO JORGE ENRIQUE	55	M	SI	NO		
1793437	MORA VILLAFUERTE PEDRO MIGUEL	66	M	SI	NO		
439772	MORALES JAIME IVONNE MARITZA	50	F	SI	NO		
121069	MORAN BERMUDEZ LUIS VICENTE	75	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INFILTRANTE	LEVE
1703795	MORAN MEDINA SANTOS ARMANDO	41	M	SI	NO		
1668628	MORAN MOSQUERA GRACIELA FRANCISCA	62	F	SI	NO		
1573192	MORAN TORRES ECLIS PERPETUO	56	M	SI	NO		
1485696	MORAN VEAS GREGORIO DELFIN	76	M	SI	NO		
699253	MORAN ZAMBRANO LILI LEONOR	46	F	SI	NO		

1294395	MORAN ZAVALA MIGUEL DANIEL	65	M	SI	NO		
131088	MORENO CASTILLO EDMUNDO WILSON	55	M	SI	NO		
1152827	MORENO GUERRERO ALFREDO TOMAS	70	M	SI	NO		
229728	MORENO HERRERA AFRODITA AZUCENA	55	F	SI	NO		
1452970	MORENO SOSA JOSE HUMBERTO	44	M	SI	NO		
1742378	MOROCHO BURI ROSA ELVIRA	74	F	SI	NO		
483342	MOSQUERA CHENCHE LILIA DEL ROCIO	59	F	SI	NO		
1698355	MUÑOZ ALMEIDA JUAN ZACARIAS	74	M	SI	NO		
263904	MUÑOZ ANZULES GUILLERMO VALENTIN	79	M	SI	NO		
1480523	MUÑOZ ORRALA FERNANDO ROBINSON	67	M	SI	NO		
522339	MUÑOZ TORRES VICENTE RAFAEL	75	M	SI	NO		
673779	MURILLO LAPIERRE ALEX PATRICIO	45	M	SI	NO		
223907	MURILLO MARTINEZ MERCY ARACELY	57	F	SI	NO		
1513236	MURILLO ORTEGA MANUEL VICENTE	66	M	SI	NO		
781579	MURILLO ROBALINO MAXIMO ENRIQUE	68	M	SI	NO		
1670998	NARANJO ACURIO MARIA CARLOTA	84	F	SI	NO		

210891	NARANJO BEJARANO JOSE WILLIAMS	47	M	SI	NO		
1597313	NARANJO GAVICA MODESTO BENJAMIN	41	M	SI	NO		
1530623	NARANJO GONZALEZ GONZALO VICENTE	32	M	SI	NO		
1575721	NARVAEZ JUMBO CARMEN ROSA	59	F	SI	NO		
1620449	NARVAEZ MARTINEZ PATRICIA JUANA	62	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	MODERADO
1587289	NAVARRERE MERIZALDE WILLIAM GONZALO	50	M	SI	NO		
1726194	NAVARRERE SALAVARRIA HONORIO EMPERADOR	62	M	SI	NO		
1481584	NAVAS ESPAÑA HOMERO ARTURO	69	M	SI	NO		
1487014	NAZARENO VIVERO NELSA	76	M	SI	NO		
1561763	NOBOA ESPINOZA SONIA MERCEDES	50	F	SI	NO		
604625	NUÑEZ JACOME MELIDA TERESA	81	F	SI	NO		
1155401	OCHOA VILLAVICENCIO RONALD REMBERTO	34	M	SI	NO		
8119	OJEDA ARAUJO VICTOR WILFRIDO	83	M	SI	NO		
81368	OJEDA VITE RITA IVONNE	62	F	SI	NO		
476291	OLALLA VITERI ALEXANDRA ELIZABETH	44	F	SI	NO		
6247	OLIVEROS GRIJALVA ANA ALEJANDRINA	91	F	SI	NO		
1239430	OLMEDO AMAYA JOSE ALBERTO	39	M	SI	NO		

1540616	ORBEA CASTELLANO NILO ENRIQUE	63	M	SI	NO		
1461131	ORDOÑEZ ARREAGA ANGELLY TAMARA	22	F	SI	NO		
164115	ORDOÑEZ ESCOBAR ALEJANDRO ROMAN	68	M	SI	NO		
1651058	ORDOÑEZ RAMOS WENDY MERCEDES	37	F	SI	NO		
1233786	ORELLANA FLOR MERCY ARGENTINA	59	F	SI	NO		
1706671	ORELLANA TIGRERO JESSICA GIOCONDA	36	F	SI	NO		
1439216	ORRALA BORBOR SEGUNDO	68	M	SI	NO		
1526030	ORRALA QUIRUMBAY TEODORO JUVENAL	66	M	SI	NO		
1397827	ORTEGA VILLAVICENCIO IRIS STEFANIE	27	F	SI	NO		
1354030	ORTIZ ALVARADO JOSEFINA ESMERALDAS	60	F	SI	NO		
1773780	ORTIZ CACAO FERNANDO GERONIMO	61	M	SI	NO		
595856	ORTIZ RUIZ AMADO TOBIAS	82	M	SI	NO		
1726694	OSORIO CANDELARIO VICTOR FLORENCIO	50	M	SI	NO		
1361305	OSTAIZA CEDEÑO RAMON POLICARPO	62	M	SI	NO		
1527677	PABON ANGULO MILTON VICENTE	39	M	SI	NO		
1343708	PAEZ PAREDES LIZARDO ALBERTO	79	M	SI	NO		

1399958	PALACIOS MORA ARTEMIO ROBERTO	56	M	SI	NO		
42954	PALACIOS VASCONEZ LIDIA AZUCENA	72	F	SI	NO		
144091	PALADINES MORAN JAIME ALFONSO	79	M	SI	NO		
1559666	PALADINES SANCHEZ SERGIO TULIO	58	M	SI	NO		
1423751	PALADINES VERA GABRIEL MONCERRATE	61	M	SI	NO		
1115546	PALMA MOREIRA MAURO EDUARDO	42	M	SI	NO		
1612084	PALMA QUIMI MARTHA	49	F	SI	NO		
1786186	PALMA SOLEDISPA KLEBER ONOFRE	59	M	SI	NO		
1632051	PARRAGA CHILA NISIDA MARIA	47	F	SI	NO		
1583504	PARRAGA PINARGOTE MARCO CALIXTO	53	M	SI	NO		
1532373	PARRAGA REYES ILDEFONSO HERMENEGILDO	86	M	SI	NO		
1654064	PARRALES VERGARA JORGE JONY	53	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
1168037	PAZMIÑO PICO GIL MAXIMO	72	M	SI	NO		
1588881	PEÑAFIEL MEDINA HONORIO ALBERTO	80	M	SI	NO		
1351360	PERALTA LEON LUIS ALBERTO	72	M	SI	NO		
1420638	PERALTA VALENCIA ERICA BERONICA	31	F	SI	NO		

1258198	PEREZ FONG NORMA LUZ	58	F	SI	NO		
680094	PEREZ VERA JOSE VICENTE	86	M	SI	NO		
1782366	PILALOA DELGADO MARIA ESTHER	75	F	SI	NO		
37609	PILCO PEREZ MANUEL	86	M	SI	NO		
1273195	PIN MUÑIZ AGUSTIN	79	M	SI	NO		
1740866	PIN QUIMIS NARCISO CLAUDIO	49	M	SI	NO		
1786252	PINARGOTE LOOR ELZA MARIA	54	F	SI	NO		
1350138	PINCAY BAQUE YOLANDA	70	F	SI	NO		
1636844	PINCAY COELLO MERCY PILAR	56	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVE
1507046	PINCAY LOOR TERESA DE JESUS	74	F	SI	NO		
1375961	PINCAY PIN JOSE JULIO	59	M	SI	NO		
490248	PINZON JOSE ABRAHAN	80	M	SI	NO		
667934	PITA CHEVEZ JESSICA VERONICA	37	F	SI	NO		
1484033	PITA GARCIA JUAN AGUSTO	70	M	SI	NO		
1755985	PIZA MIELES DENNYS EDUARDO	49	M	SI	NO		
648515	PLUAS MOREIRA ANTHONY FRANCISCO	18	M	SI	NO		
1775968	PLUAS PERALTA MODESTO PRIMITIVO	70	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
1754938	POGO RAMIREZ SANTOS ARNOLDO	54	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVE
238640	PONCE VACA JACINTO RAFAEL	86	M	SI	NO		

1723650	PONCE ZAVALA PEDRO VERISIMO	71	M	SI	NO		
1557566	POZO TOFINO GIOVANNY VICENTE	29	M	SI	NO		
815422	PUEBLA CHAVEZ ZOILA INDELIRA	46	F	SI	NO		
343476	PUEBLA REDONDA MARIANO LORENZO	76	M	SI	NO		
133076	PULIDO BURGOS OSCAR ALFREDO	60	M	SI	NO		
492099	QUEZADA RAMON ANGEL BELIZARIO	82	M	SI	NO		
812994	QUIJIJE RENDON VICENTE	77	M	SI	NO		
540378	QUIJIJE SOLORZANO MERCEDES NATALIA	82	F	SI	NO		
1715492	QUIMI MORA ROXANA ELIZABETH	71	F	SI	NO		
1409364	QUIMI RUGEL NORMA EMILIA	61	F	SI	NO		
1581733	QUIMIS CHIQUITO ELVIA YANINA	52	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO
668622	QUINTERO SANCHEZ ALEJANDRO FRANCISCO	62	M	SI	NO		
570284	QUIÑONEZ FIRMAT HECTOR DAVID	52	M	SI	NO		
1378956	QUIÑONEZ MINA SEGUNDO ABAD	61	M	SI	NO		
771746	QUIÑONEZ PERLAZA KARINA ELIZABETH	36	F	SI	NO		
416472	RAMIREZ HURTADO MARTHA MARGARITA	39	F	SI	NO		

1349541	RAMIREZ JOSE OSCAR ADOLFO	38	M	SI	NO		
615588	RAMIREZ PARRALES EMMA ANGELICA	84	F	SI	NO		
723527	RAMIREZ PRUDENTE PATRICIO ALFONSO	56	M	SI	NO		
558558	RAMIREZ RAMBAY MIGUEL ALBERTO	71	M	SI	NO		
21968	RAMIREZ SOLORZANO GLORIA HAYDEE	79	F	SI	NO		
1452485	RAMIREZ SUAREZ MARIA BETZABE	71	F	SI	NO		
4605	RAMIREZ VILLALTA PABLO SIMON	71	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVE
1381403	RAMON JACOME EDDI JOSE	42	M	SI	NO		
156603	RAMOS AVELLANEDA TERESITA DEL NIÑO JESUS	70	F	SI	NO		
654957	RAMOS TELLO GILBERTO GUTEMBER	77	M	SI	NO		
1127499	REA CARRENO LAURA GENOVEVA	31	F	SI	NO		
1341316	REALPE ALVAREZ GONZALO ISIDRO	88	M	SI	NO		
1415433	REINA TOMALA LUIS GERMAN	84	M	SI	NO		
1453822	RENDON ARRIAGA EDUARDO MIGUEL	81	M	SI	NO		
17207	REYES BORBOY HUMBERTO FAUSTO	82	M	SI	NO		
1184301	REYES BURGOS JOSE GEOVANNI	53	M	SI	NO		

1564566	REYES PIN FLERIDA ESMERALDAS	69	F	SI	NO		
1606363	REYES TOALA CLAUDIO JACOBO	84	M	SI	NO		
1173341	REYES TOALA VICENTE GUMERCINDO	88	M	SI	NO		
1190436	REYES VILLEGAS VICENTE RUFINO	74	M	SI	NO		
1479017	REYES YAGUAL SONIA ELVA	57	F	SI	NO		
1305606	RINCON VARELA FLOR MARIA	52	F	SI	NO		
1592887	RIOS AYALA MERY MARTHA	47	F	SI	NO		
1769073	RIOS BOLAÑOS EDGAR ROLANDO	30	M	SI	NO		
283593	RIVAS BEDOR SEGUNDO AGAPITO	35	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	LEVE
1316581	RIVERA LUQUE JHOSEP JESUS	29	M	SI	NO		
1485235	RIVERA MIRABA ENRIQUE NOLBERTO	77	M	SI	NO		
657955	RIVERA REINOSO CARMEN GLORIA	73	F	SI	NO		
1446144	RIZZO EGAS LORENZO ANTONIO	55	M	SI	NO		
616680	ROBALINO MATA ABRIL MARIA	61	F	SI	NO		
222456	ROBLES OCEJO RODOLFO ENRIQUE	67	M	SI	NO		
676570	ROCA MARCILLO ANGEL FLORIDE	61	M	SI	NO		

1530248	ROCAFUERTE SANCHEZ MATILDE MARISOL	49	F	SI	NO		
1673714	RODRIGO LOZANO GUIGLIANO SALVATORE	65	M	SI	NO		
1574813	RODRIGUEZ BANCHON MANUEL ISIDRO	66	M	SI	NO		
1413425	RODRIGUEZ BRAVO FRANKLIN EXAU	52	M	SI	NO		
1255610	RODRIGUEZ CHACON HUGO CESAR	58	M	SI	NO		
1562378	RODRIGUEZ FERNANDEZ CARLOS ENRIQUE	37	M	SI	NO		
1369180	RODRIGUEZ IDROVO SONIA ALEXANDRA	61	F	SI	NO		
242840	RODRIGUEZ RODRIGUEZ MARCIO ROLANDO	67	M	SI	NO		
556955	RODRIGUEZ RONQUILLO VICTOR ROBERTO	37	M	SI	NO		
619441	ROJAS BARRERA MARIA PASTORA	68	F	SI	NO		
1237449	ROMAN ROMERO ABEL EPIFANIO	39	M	SI	NO		
1578361	ROMERO ALVARADO DARIO	76	M	SI	NO		
434897	ROMERO SANDOVAL CARLOS BAUDILIO	72	M	SI	NO		
319585	ROMERO VERA FRANCISCO RAUL	72	M	SI	NO		
276970	ROSADO ALVARADO JUAN ESTEBAN	53	M	SI	NO		
1707624	ROSADO SOLORZANO VINICIO SEGUNDO	28	M	SI	NO		

1694165	ROSADO VERA EMERITO NERI	53	M	SI	NO		
1366360	ROSERO MATUTE TOMAS BERNARDO	64	M	SI	NO		
689069	RUIZ MAJAO ALEX GEOVANNY	36	M	SI	NO		
1494460	RUIZ NEIRA EDUARDO VICENTE	67	M	SI	NO		
539784	SAAD MARURI ROSA JULISSA	45	F	SI	NO		
1487052	SABANDO ZAMBRANO GRICELDA JACQUELIN	34	F	SI	NO		
1552642	SABANDO ZAMBRANO NOLIS MARGARITA	51	F	SI	NO		
1557035	SALAZAR BEDOR MARIA MAGDALENA	65	F	SI	NO		
320326	SALAZAR MERCHAN GILBERTO LIBERATO	52	M	SI	NO		
1338658	SALAZAR ORELLANA LUIS ARTURO	75	M	SI	NO		
140460	SALAZAR SAENZ PEDRO MANUEL	76	M	SI	NO		
576684	SALCEDO CAMPAZ JOSE ANIBAL	46	M	SI	NO		
1494016	SALDAÑA RUIZ FRANKLIN ENRIQUE	42	M	SI	NO		
476302	SALVADOR GALVEZ FRANCISCO MARTIN	43	M	SI	NO		
6323	SALVATIERRA NICOLA MARTHA GERMANIA	75	F	SI	NO		
525499	SAN MIGUEL GUERRERO GABRIEL ANIBAL	78	M	SI	NO		

661924	SANCAN JOSE ARCEDES	80	M	SI	NO		
1573606	SANCHEZ BEDOR NICIBERIO PATRICIO	62	M	SI	NO		
830038	SANCHEZ BEDOR TOBIAS DOMINGO	59	M	SI	NO		
1452543	SANCHEZ BRAVO NORMA JUDITH	72	F	SI	NO		
589871	SANCHEZ BRIONES CARLOS ARQUIMIDES	70	M	SI	NO		
204540	SANCHEZ CALERO ESPERANZA DE LOURDES	64	F	SI	NO		
1653595	SANCHEZ COELLO FANNY FLOR	69	F	SI	NO		
1525014	SANCHEZ CONTRERAS HUGO	69	M	SI	NO		
1245427	SANCHEZ FREIRE CELSO NAZARIO	66	F	SI	NO		
407643	SANCHEZ JIMENEZ JOHNNY RICARDO	50	M	SI	NO		
1542867	SANCHEZ MOREIRA VALENCIA ISABEL	65	M	SI	NO		
1598364	SANCHEZ MORENO HUMBERTO NAPOLEON	67	M	SI	NO		
1602140	SANCHEZ SANTOS FLORA ZOYLA	69	F	SI	NO		
86658	SANDOVAL FAJARDO VICTOR HUGO	80	M	SI	NO		
1367982	SANTANA ARIAS JIMMY JAVIER	38	M	SI	NO		
308559	SANTANA LARGACHA CARLOS GONZALO	72	M	SI	NO		

1489747	SANTOS NAVARRETE LUIS GENITO	49	M	SI	NO		
1652393	SANTOS PILLASAGUA DEYSI EUSEBIA	48	F	SI	NO		
1735652	SANTOS VERA NOLA MERCEDES	63	F	SI	NO		
1222449	SANTOS VILLON HIPATIA MARLENE	61	F	SI	NO		
1450027	SEGURA TROYA PEDRO VICENTE	78	M	SI	NO		
1114570	SERRANO PEREZ ELSA ADRIANA	78	F	SI	NO		
599969	SEVILLANO PAREDES JUANA AIDA	68	F	SI	NO		
1484343	SILVA AROCA VALERIO ABITO	75	M	SI	NO		
1502732	SILVA BALSECA EMILIA IRENE	65	F	SI	NO		
1575815	SILVA SALGADO BLANCA CECILIA	50	F	SI	NO		
1365985	SILVA VEGA ERCILIA VERONICA	49	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	MODERADO
1316751	SOLEDISPA REYES LUCIA GUILLERMINA	75	F	SI	NO		
406098	SOLIS CHIQUITO VERONICA DEL PILAR	38	F	SI	NO		
179306	SOLIS PEÑAFIEL FELIX AGAPITO	68	M	SI	NO		
1526111	SOLORZANO ALVARADO ANSELMO VIDAL	68	M	SI	NO		
86403	SORIA MONTALVO ELSA MARIA	63	F	SI	NO		

1726617	SORNOZA MOREIRA JOSE AGAPITO	65	M	SI	NO		
1329159	SOSA LUPUCHE MARLENI	42	F	SI	NO		
1659311	SOTO ATIENCIA NIXON GILBERT	26	M	SI	NO		
712767	SOTO CASTAÑEDA NELSON MEJIA	60	M	SI	NO		
1373688	SUAREZ AGUILAR OSWALDO MARIANO	70	M	SI	NO		
319892	SUAREZ AGUIRRE JUAN CALIXTO	78	M	SI	NO		
1243583	SUAREZ AREVALO VICENTE	75	M	SI	NO		
1502539	SUAREZ MATUTE YOLANDA CECILIA	74	F	SI	NO		
1764217	SUAREZ MORALES FAUSTINO EUSEBIO	69	M	SI	NO		
671151	SUAREZ VASQUEZ FLOR LEONOR	75	F	SI	NO		
721239	SUAREZ VERA RICARDO ANDRE	39	M	SI	NO		
10230	SUAREZ YEPEZ MILTON ARQUIMIDES FRANCISCO	78	M	SI	NO		
1802758	TAHUA MISHQUI JOSE	70	M	SI	NO		
1698802	TAIPE OBANDO CARMEN INES	75	F	SI	NO		
28110	TAMAYO TAPIA MARIA AURELIA	73	F	SI	NO		
443141	TENLOY VASQUEZ JOSE PATRICIO	46	M	SI	NO		
81576	TERAN MORALES TERESA DE JESUS	61	F	SI	NO		

644327	TERAN RUIZ CESAR GREGORIO	80	M	SI	NO		
589565	TIGUA CEDEÑO DANTE GONZALO	68	M	SI	NO		
1435538	TIGUA MERCHAN TEOFILO CIRILO	71	M	SI	NO		
47113	TOAPANTA NELSON OSWALDO	66	M	SI	NO		
1563509	TOAZA LOPEZ JORGE RODRIGO	70	M	SI	NO		
723968	TOBAR OLIVO NAUN HERIBERTO	55	M	SI	NO		
1217729	TOMALA GUILLEN DARWIN DAVID	26	M	SI	NO		
88888	TOMALA HAGO NANCY MEYLIN	59	F	SI	NO		
1559915	TOMALA PONCE RAMON BONIFACIO	65	M	SI	NO		
1418226	TOMALA TOMALA MARTHA TERESA	55	F	SI	NO		
1736474	TORIS GUERRERO NANCY JUDITH	64	F	SI	NO		
92909	TORRES ACOSTA JUAN MISAEEL	75	M	SI	NO		
413953	TORRES CABRERA MARIA OMAIRA	40	F	SI	NO		
1690689	TORRES CALOZUMA DARIO	78	M	SI	NO		
632920	TORRES CHONILLO PIEDAD ALEJANDRINA	75	F	SI	NO		
1557772	TORRES GIS JUAN JOSE	43	M	SI	NO		
605582	TORRES MURILLO JACINTO JAVIER	61	M	SI	NO		

1618546	TORRES PINO KEVIN ANDRES	23	M	SI	NO		
1669625	TORRES SANTANA RAMONA ANTONIA	60	F	SI	NO		
596063	TORRES TAPIA CESAR ROLANDO	42	M	SI	NO		
1643072	TORRES YANEZ HUMBERTO RICARDO	68	M	SI	NO		
1755000	TOSCANO TASIGCHANA VIRGINIA MARIBEL	47	F	SI	NO		
1602629	TOUZARD PEREIRA ANA DEL ROCIO	56	F	SI	NO		
1720324	TREJO DIAZ FRANCISCO OYARVIDE	76	M	SI	NO		
299124	TRIANA CASTRO PIEDAD HERIBERTA	77	F	SI	NO		
408082	TRIANA MONTIEL LUZ MARIA	79	F	SI	NO		
1331046	TRIVIÑO MORAN CARLOS ROBERTO	61	M	SI	NO		
1693893	TROYA COELLO EMILIO RICARDO	23	M	SI	NO		
1716726	TROYA MARTINEZ EUMELIA ELOISA	62	F	SI	SI	ADENOCARCINOMA DIFUSO	LEVE
1140223	TUBAY CHOEZ ROSA NATIVIDAD	46	F	SI	NO		
1538571	TUMBACO QUISPE MARIA DE LOURDES	40	F	SI	NO		
10899	TUTIVEN ESPINOZA JOSE URBANO	77	M	SI	NO		
68091	UBILLA RUILOVA ANTONIO DIONISIO	66	M	SI	NO		

1192892	UQUILLAS GUERRERO MARCO ANTONIO	47	M	SI	NO		
1587891	URREA TERAN CESAR DAVID	64	M	SI	NO		
1396972	VACA BAJANA SIXTO IDELFONSO	65	M	SI	NO		
319545	VACA QUINTO BARTOLO VALENTIN	54	M	SI	NO		
1549001	VAICILIA VALVERDE POLICARPA DEL CARMEN	59	F	SI	NO		
1381233	VAICILLA ROMERO ROOSEVELT OSWALDO	19	M	SI	NO		
1447937	VALDERRAMO PARRALES ARTURO BUENAVENTURA	67	M	SI	NO		
1380912	VALDEZ CHEME TERESA DE JESUS	60	F	SI	NO		
798393	VALENCIA ARBOLEDA JULIO CESAR	35	M	SI	NO		
731001	VALENCIA VALENCIA VICENTE	56	M	SI	NO		
526398	VALERO SALAZAR CRUZ	50	F	SI	NO		
1362307	VALLE SALAZAR LEONARDO ANTONIO	63	M	SI	NO		
10695	VALVERDE AGUIRRE JORGE AURELIO	79	M	SI	NO		
1237547	VAQUE MITE MARIA MELCHORA	72	F	SI	NO		
1368364	VARGAS CHEVEZ MARTHA BEATRIZ	58	F	SI	NO		
586920	VARGAS FAUSTO EUCLIDES	74	M	SI	NO		
779056	VARGAS LARA AMADA SOLEDAD	79	F	SI	NO		

1786387	VARGAS MORAN PEDRO ADRIANO	54	M	SI	NO		
1284564	VARGAS RUIZ MARIA ALEXANDRA	46	F	SI	NO		
597200	VASQUEZ AMOROSO RUTH CECILIA	54	F	SI	NO		
1479939	VASQUEZ JACOME AURA MERCEDES	65	F	SI	NO		
1395754	VASQUEZ ZAMORA BARBARITA DELMIRA	78	F	SI	NO		
1792111	VELA SALAZAR ERWIN ENRIQUE	55	M	SI	NO		
1643596	VELASCO LOMBEIDA GUIDO ABDON	69	M	SI	NO		
1631092	VELASCO SALTOS NORMA ESPERANZA	69	F	SI	NO		
1420901	VELEZ VILLEGAS LESTER MAURO	48	M	SI	NO		
324329	VELIZ MORA ARQUIMIDES CRISTOBAL	71	M	SI	NO		
1206399	VELOZ FRANCO EDUARDO EMILIO	65	M	SI	NO		
1554059	VERA AGUSTINA DEL CARMEN	59	F	SI	NO		
110758	VERA AVILES ROSA MARGARITA	65	F	SI	NO		
583564	VERA BELTRAN COLOMBO ENRIQUE	46	M	SI	NO		
740532	VERA HOLGUIN PABLO RODOLFO	38	M	SI	NO		
1735758	VERA MEDINA MARIA GERONIMA	68	F	SI	NO		
643361	VERA TREJO LUIS	54	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	MODERADO

1674992	VERA ZAMBRANO JOSE OTTO	61	M	SI	NO		
818600	VERDEZOTO ROSADO CARLOS MANUEL	56	M	SI	NO		
1609601	VERSOSA ORDOÑEZ ROSA LIDA	73	F	SI	NO		
1467966	VIDAL ALARCON MARIA DORA	60	F	SI	NO		
420557	VILLACIS GOMEZ ISABEL MARIA	75	F	SI	NO		
1746465	VILLACIS JAEN JEANNETTE	74	F	SI	NO		
1511339	VILLACRES BORBOR GILBERTO ELEODORO	66	M	SI	NO		
1545275	VILLAGRAN VILLAGRAN ANGELA PIEDAD	80	F	SI	NO		
236523	VILLALBA OLEAS LUIS ANTONIO	51	M	SI	NO		
1374622	VILLALVA RENTERIA LUIS ALFREDO	60	M	SI	NO		
1222174	VILLAMAR AVILES SANDRA MARIOLA	38	F	SI	NO		
206882	VILLAMAR CASTRO FATIMA MERCEDES	59	F	SI	NO		
1537117	VILLAMAR LAGE ROBERTINA GRACIELA	79	F	SI	NO		
209081	VILLARREAL FALCONI NESTOR ALBERTO	71	M	SI	NO		
532345	VILLAVICENCIO BLUM BLANCA ARMANDA	41	F	SI	NO		
600136	VILLON YAGUAL JUAN CARLOS	39	M	SI	NO		

232835	VINCENT CAJAS MARIA AUXILIADOR	70	F	SI	NO		
1388738	VINTIMILLA VERA BLANCA PATRICIA	67	F	SI	NO		
1291671	WENZELL HILL ANTONIO ENRIQUE	60	M	SI	NO		
651581	YAGUAL ROMERO JACINTA ALEMANIA	57	F	SI	NO		
1176828	YAGUAL SUAREZ VIRGINIA DIANA	70	F	SI	NO		
1477286	YANES CRUZ ESTELA CLARIVEL	23	F	SI	NO		
1184610	YCAZA DEFRANC IGNACIO ALEJANDRO	78	M	SI	NO		
749225	YEPEZ MORAN SHIRLEY JOHANA	33	F	SI	NO		
1493554	YOZA MUÑIZ OLMEDO ALCANTARA	77	M	SI	SI	ADENOCARCINOMA INTESTINAL	LEVE
1673024	ZAMBONINO PILAY LUIS DANIEL	41	M	SI	NO		
1623344	ZAMBRANO ALMEIDA SIMON BOLIVAR	72	M	SI	NO		
149350	ZAMBRANO MARCO VINICIO	70	M	SI	NO		
818391	ZAMBRANO ZAMBRANO MANUEL ANTONIO	65	M	SI	NO		
1392341	ZAPATA LUCIO HILDA ROSARIO	64	F	SI	NO		
555139	ZAPATA VERA LUIS ANIBAL	77	M	SI	NO		
753248	ZUÑIGA RODRIGUEZ RICARDO JAVIER	60	M	SI	NO		

579298	ZURITA RUBIO SEGUNDO SEBASTIAN	74	M	SI	NO		
1623283	ZURITA TENECELA BERTHA ANDREA	63	F	SI	NO		
759694	ZURITA VILLACIS BISMARCK KRUPP	80	M	SI	NO		
1645958	ZURITA VILLAVICENCIO KERLLY LUCIA	70	F	SI	NO		

