

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO**  
**EN PACIENTES QUE ACUDEN AL INSTITUTO REGIONAL DE**  
**ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS CENTRO, CONCEPCIÓN JUNIN - 2021**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**  
**PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA**

**AUTORES**

**EDWIN LIMA ATAUCUSI**  
**VANESSA LIZ TITO BARBARAN**  
**SUSAN DANA E PILLCO ESTEBAN**

**Callao - 2021**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### **MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:**

DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA	PRESIDENTE
DRA. ANA LUCY SICCHAA MACASSI	SECRETARIA
MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN DE CORTEZ	MIEMBRO

**ASESORA:** DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS

Nº de Libro: 05

Nº de Acta: 043-2020

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 12 de Agosto del 2021

**Resolución de Decanato** N° 292-2021-CF/FCS, de fecha 09 de Agosto del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
TABLAS DE CONTENIDO	
TABLA DE GRÁFICOS	
TABLA DE IMÁGENES	
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCION	5
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	<b>8</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática.	8
1.2. Formulación del problema.	11
1.3. Objetivos.	12
1.4. Limitantes de la investigación.	13
<b>II. MARCO TEÓRICO.</b>	<b>14</b>
2.1. Antecedentes.	14
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Conceptual.	26
2.4. Definición de términos básicos.	44
<b>III. HIPÓTESIS Y VARIABLES.</b>	<b>46</b>
3.1. Hipótesis. (general y específica).	46
3.2. Definición conceptual de variables.	46
3.2.1 Operacionalización de variables	47
<b>IV. DISEÑO METODOLOGICO.</b>	<b>48</b>
4.1. Tipo y diseño de investigación.	48
4.2. Método de investigación.	48
4.3. Población y muestra	49
4.4. Lugar de estudio	50
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de información.	50
4.6. Análisis y procesamiento de datos.	51
<b>V RESULTADOS.</b>	<b>52</b>
<b>5.1. Resultados descriptivos.</b>	<b>52</b>

5.2.	Resultados inferenciales.	52
<b>VI</b>	<b>DISCUSION DE RESULTADOS</b>	<b>55</b>
6.1.	Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.	55
6.2.	Contrastación de los resultados con otros estudios similares.	56
6.3.	Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.	59
	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>61</b>
	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>62</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>63</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>64</b>
	• Matriz de consistencia.	
	• Instrumentos validados	
	• Consentimiento informado.	

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo: Determinar la prevalencia de los factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín, 2021. La investigación fue de tipo cuantitativo, diseño descriptivo simple, para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta; el instrumento: Cuestionario sobre factores de riesgo de cáncer gástrico, en una muestra de 52 pacientes entre 30 a 59 años. Se obtuvo como resultados: que el factor prevalente de cáncer gástrico es de tipo exógeno en un 63,5%, entre los factores endógenos predomina la herencia de los padres con un 69,7%, entre los factores exógenos se halló: hábitos nocivos predomina el alcoholismo, en un 63.2%, hábitos alimenticios, alimentos salados en un 36.9%, antecedentes patológicos, la úlcera péptica en un 52.6%, estado emocional el estrés en el 100%, finalmente en automedicación predomina el uso de antiinflamatorios con un 68.4%. Conclusión: Los factores exógenos predominan como factor de riesgo de cancer gástrico en la muestra estudiada.

**PALABRAS CLAVES:** Prevalencia, Cáncer gástrico, Factores de riesgo.

## **ABSTRACT**

The present research work on: prevalence of gastric cancer risk factors in patients attending the Regional Institute of Neoplastic Diseases Centro, Concepción Junín - 2021. Its objective was to: Determine the prevalence of gastric cancer risk factors in patients who attend the Regional Institute of Neoplastic Diseases Centro, Concepción Junín. The research study was of a quantitative type, simple descriptive design. For data collection, the survey was used as a technique; the instrument: Questionnaire on gastric cancer risk factors. The study population is made up of the adult population between 30 and 59 years of age and the approximate number is 60 patients. It was obtained as a result: that the prevalent factor of gastric cancer is endogenous through family inheritance through parents and secondly, grandparents. And among the exogenous factors, the prevalent factor of gastric cancer in terms of harmful habits is alcoholism, the consumption of salty and spicy foods, the consumption of meats, and as a pathological background; gastritis, stress, self-medication with antibiotics.

**KEY WORDS:** Prevalence of gastric cancer, risk factors.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico es una de las neoplasias que en la última década ha disminuido su incidencia debido a ciertos factores como; menor consumo de tabaco, mejor alimentación de la población y comidas hiposódicas, pero sigue caracterizándose por una alta mortalidad, principalmente en países como Costa Rica, donde es la tercera malignidad más frecuente del país y se encuentra en el segundo lugar en muertes por cáncer, luego de la neoplasia de próstata. (1)

Suele tener una sobrevida a 5 años del 20%, por su diagnóstico tardío, sin embargo, en países con programas avanzados de tamizaje han logrado una sobrevida a los 5 años del 90%, siempre y cuando se detecte sin invasión a la capa muscular. (2) El incremento de la incidencia de cáncer en el Perú se explica en gran medida por los determinantes sociales de la salud, así como por la exposición de la población a factores de riesgo. Los determinantes sociales más relevantes para el cáncer son la pobreza, educación y urbanización. Los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) muestran que la pobreza en el Perú en los últimos 11 años presenta una tendencia descendente, pasando de 42,4% en 2007 a 21,7% en 2017.

Con relación a los factores de riesgo, las Encuestas Nacionales de Prevención y Consumo de Drogas en población general realizadas durante el período de 1998-2010 por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) y las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) realizadas en el período 2014-2017 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática muestran que el consumo de tabaco y alcohol tienen una tendencia descendente, la obesidad y el sobrepeso tienen tendencia ascendente;



mientras que, el bajo consumo de frutas y verduras presenta tendencia estacionaria.

Las infecciones oncogénicas muestran prevalencias variables en población general y poblaciones vulnerables siendo las más prevalentes la infección por *Helicobacter pylori* y la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Para el año 2018, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) estima que la tasa estandarizada de incidencia de cáncer en el Perú era de 192,6 casos nuevos por 100 000 habitantes lo que representa, el diagnóstico de 66 627 casos nuevos en una población de 32 551 811 personas para ese año. Dichas estimaciones se realizan en base a los datos proporcionados por los registros de cáncer de base poblacional de Lima Metropolitana y Arequipa. La Vigilancia Epidemiológica de Cáncer basada en Registros Hospitalarios realizada principalmente en hospitales del Ministerio de Salud muestra que los cánceres más frecuentes en hospitales de la costa son los de cérvix, piel, mama, estómago y colorrectal; los más frecuentes en la sierra son los de cérvix y estómago; mientras que, el más frecuente en la selva es el de cérvix con una proporción notablemente más elevada que en la costa y la sierra. (3)

En Junín en la población femenina el cáncer de cuello uterino es la primera tasa de incidencia de cáncer, seguida por cáncer de mama, cáncer de colon y estómago en ambos sexos. En los varones el cáncer de Próstata y pulmón. El problema surge debido a que en nuestra sociedad no hay una cultura de prevención, y es por esto último que al momento del diagnóstico se encuentra la enfermedad avanzada las que no se pueden curar, por esta

enfermedad. Como DIRESA se está fortaleciendo las competencias técnicas de los profesionales de la salud de primer nivel en promoción de la salud, detección temprana, y control integral del cáncer; con el propósito de brindar atención de calidad a la población, recurriendo a estrategias efectivas e innovadoras que fortalezcan los servicios en la atención oncológica integral. (4)

Por todo lo descrito se formuló la investigación sobre: ¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín - 2021? Con el objetivo de; Determinar la prevalencia de los factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín. Para contrastar la hipótesis: Los factores de riesgo exógenos son más prevalentes en el cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín.

Este proyecto consta de: **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:** Descripción de la realidad problemática. Formulación del problema. Objetivos. Justificación. Limitantes de la investigación. **MARCO TEÓRICO:** Antecedentes. Bases teóricas. Base conceptual. Definición de términos básicos. **HIPÓTESIS Y VARIABLES:** Hipótesis. Definición conceptual de variables. Operacionalización de variables. **DISEÑO METODOLÓGICO:** Tipo y diseño de investigación. Método de investigación. Población y muestra. Lugar de estudio. Técnicas e instrumentos para la recolección de información. Análisis y procesamiento de datos. Cronograma de actividades. presupuesto. referencias bibliográficas y anexos.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **1.1. Descripción de la realidad problemática.**

El cáncer constituye un problema de salud pública mundial por su elevada carga, en especial para los países en desarrollo. Cada año se diagnostica algún cáncer a más de 18 millones de personas a nivel mundial, cifra que, según se prevé, ascenderá a 29,5 millones en 2040 (5). Aunque la incidencia del cáncer es menor en América del Sur (204,3 casos nuevos por 100 000 habitantes) que en Europa (281,5 por 100 000) o los EE UU (352,2 por 100 000), la mortalidad sigue siendo mayor. Este hecho se debe principalmente a la detección del cáncer en etapas más avanzadas lo cual está en parte relacionado con un menor acceso a los servicios de salud para el tratamiento. En los EE. UU, el 60% de los casos de cáncer de mama son diagnosticados en las primeras etapas; mientras que, en Brasil sólo el 20% y en México sólo el 10% se diagnostican en una etapa temprana. (6,7,8)

Según la Agencia internacional del estudio en cáncer (IARC) de la organización mundial de la salud (OMS) (9), para el 2018 hubo aproximadamente 1.034.000 casos nuevos de cáncer gástrico a nivel mundial (5.7% de todos los casos reportados de cáncer), colocando el mismo en el quinto lugar en incidencia de todas las neoplasias. Así mismo, el cáncer gástrico pasa a ser la cuarta malignidad más frecuente en el hombre, con un estimado

de 684.000 casos nuevos, que representa casi el doble en comparación con el género femenino, que se estima en 350.000 casos nuevos.

A nivel global, Asia es el continente con mayor cantidad de nuevos casos reportados, con un 75% de los diagnósticos estimados para el 2018, en donde China (44%) y Japón (11%) son los principales. Europa (13%) y Latinoamérica (6.5%) son los siguientes continentes con una mayor estimación de casos. (9)

Al extrapolar estos datos se determina el riesgo acumulado de las diferentes regiones, así mismo se reporta que la República de Corea tiene mayor incidencia a nivel mundial, Latinoamérica y el Caribe pasan a ser la segunda región con tasa más alta, y a nivel de continente Costa Rica se posiciona en el 4to lugar.

En Costa Rica, el Ministerio de Salud ha reportado una incidencia en el sexo masculino de 17.3 por cada 100.000 hombres, colocando esta malignidad como la tercera más frecuente a nivel nacional, pero con una tendencia a la disminución de casos desde el 2000. Geográficamente las dos provincias que tienen incidencias mayores al promedio de la presentada a nivel nacional son San José (20.3 casos por cada 100.000 hombres) y luego Cartago (18 casos por cada 100.000 hombres).

En el sexo femenino a nivel nacional existe una menor incidencia de neoplasia gástrica en comparación con los varones,

colocando la misma en el quinto lugar en frecuencia de todas las malignidades; con una incidencia de 10.8 por cada 100.000 mujeres. (1)

Respecto de los servicios oncológicos, se encontró datos del año 2017 a nivel nacional donde se disponía de 110 equipos de mamografía operativos y si bien todos los departamentos disponían de al menos un equipo, en departamentos como Cajamarca, Cusco, Piura, Lima, Loreto, Ica, La Libertad y Puno el número de equipos era insuficiente para la población objetivo. Para dicho año se disponía de servicios de citología en 21 departamentos con excepción de Pasco, Madre de Dios, Huánuco y Amazonas quienes debían tercerizar el servicio; asimismo, todos los departamentos contaban con al menos un servicio de anatomía patológica con excepción de los departamentos de Amazonas y Pasco. Los servicios con mayor concentración fueron los de radioterapia y trasplante de médula ósea en establecimientos públicos, radioterapia se encontraba restringido a Lima, Arequipa, La Libertad, Cusco y Junín; mientras que, el trasplante de médula ósea a Lima, Lambayeque y Arequipa. (3)

El análisis de vulnerabilidad territorial encontró que los departamentos más vulnerables para la respuesta de prevención y control del cáncer fueron Huánuco, Pasco, Ayacucho, Amazonas, Cajamarca, Loreto y San Martín. Estos departamentos requieren de intervención prioritaria por parte del estado en el

corto plazo para el fortalecimiento de las intervenciones de prevención y control del cáncer. Los departamentos de Apurímac, Ica, Huancavelica, Madre de Dios, Junín, Lambayeque y Piura, se encontraron también en condición de vulnerabilidad por lo que requieren intervención en el corto a mediano plazo.

En el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, ubicado en la provincia de Concepción mediante su página web da a conocer que las principales neoplasias que se atienden a nivel de centro quirúrgico del IREN son: cáncer de estómago 40%, colon y recto 20%, mamas 20%, tumores ováricos 6%, tiroides 4%, meningiomas (neurocirugía) 2%. (11)

Por lo que se tuvo la expectativa en realizar la investigación sobre los factores de riesgos que tiene la población para enfermar de cáncer gástrico ya que va acorde a nuestra profesión y consideramos que es el primer nivel de atención el pilar fundamental para evitar este tipo de enfermedades a través de actividades de promoción y prevención.

## **1.2. Formulación del problema.**

### **1.2.1. Problema general:**

¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín - 2021?

### **1.2.2. Problemas específicos:**

- ¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo endógenos de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín?
- ¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo exógenos de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín?

### **1.3. Objetivos:**

#### **1.3.1. Objetivo general:**

Determinar la prevalencia de los factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín.

#### **1.3.2. Objetivos específicos:**

- Identificar la prevalencia de los factores de riesgo endógenos de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín.
- Identificar la prevalencia de los factores de riesgo exógenos de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín.

#### **1.4. Limitantes de la investigación:**

Una de las limitantes de nuestra investigación es la ejecución de la tesis en tiempos de pandemia ya que no se puede acceder a la encuesta o entrevista personal con los pacientes atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro.

Por ello estratégicamente la realización de la tesis se llevará a cabo en forma virtual, para ello se coordinará con los jefes del respectivo establecimiento para obtener los números de celulares de los pacientes para aplicar los instrumentos respectivos.



## II. MARCO TEÓRICO.

### 2.1. Antecedentes.

#### Internacional:

**Paredes-T. Et.al. 2021.** México Realizaron una investigación con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados con morbilidad y mortalidad postoperatoria de la gastrectomía radical D2 con intención curativa por cáncer gástrico. Metodología: En este estudio de serie de casos retrospectivo, se revisó las historias clínicas de los pacientes con cáncer gástrico operados de gastrectomía radical D2 desde enero del 2014 a diciembre del 2018. Se realizó un análisis univariado y multivariado para identificar los factores de riesgo relacionados con la morbilidad y mortalidad postoperatoria a los 90 días. Resultados: En 691 pacientes, el porcentaje de morbilidad y mortalidad postoperatoria fue del 23.3% y del 3.3%, respectivamente. En el análisis multivariado, la edad  $\geq 70$  años, la realización de gastrectomía total y pancreatoesplenectomía se asociaron con mayor morbilidad postoperatoria. Por otro lado, la edad  $\geq 70$  años, un menor IMC e hipoalbuminemia se asociaron a una mayor mortalidad en la gastrectomía radical D2 distal y total. Conclusiones: La gastrectomía radical D2 por cáncer gástrico es un tratamiento seguro con una baja morbilidad y mortalidad postoperatoria. La edad  $\geq 70$  años, ASA III-IV, la gastrectomía total y la realización de pancreatoesplenectomía fueron factores asociados con una mayor tasa de complicaciones. La edad  $\geq 70$

años, un menor IMC e hipoalbuminemia son predictores de mortalidad en la gastrectomía radical distal y total. (12)

**Gómez Z. Et.al. 2017.** Colombia. Realizaron una investigación, el objetivo de este trabajo es identificar marcadores moleculares (perfil de expresión de ARNm) que distingan a los pacientes con condiciones premalignas (atrofia, metaplasia) y cáncer gástrico, de aquellos pacientes que solo tienen gastritis. Metodología: se tomaron pacientes en cada una de las etapas de la cascada de Correa, los cuales proporcionaron una muestra, previo consentimiento firmado, de 2,5 mL de sangre en ayunas para el análisis de expresión de genes tomadas después de la endoscopia inicial. La sangre se colocó en un tubo de ARN sanguíneo PAXgene; luego, el ARN se extrajo de la sangre y se analizó usando una plataforma de microarrays, los cuales identificaron cambios de expresión de ARN mensajero que permitieron diferenciar cada una de las etapas descritas. Resultados: se incluyeron 89 pacientes, y en los hallazgos endoscópicos se encontró gastritis crónica antral en 27 pacientes (30,3%), cáncer gástrico avanzado en 25 (28%), pangastritis crónica en 15 (16,8%), cáncer temprano en 7 (7,8%), sospecha de metaplasia intestinal en 6 (6,7%), sospecha de gastritis atrófica en 3 (3,3%) y úlcera péptica en 2 casos (2,2%). Cuando se revisó el informe patológico se halló gastritis crónica en 34 pacientes (22 mujeres), adenocarcinoma intestinal en 20 (4 mujeres), metaplasia intestinal 18 casos (13 mujeres), cáncer tipo difuso en 11 (7 mujeres), displasia de bajo grado en 4 y de alto grado en 1, y atrofia sola en 1

paciente. En el análisis de expresión genética se encontraron 48 genes que permitieron determinar a los pacientes con gastritis crónica de aquellos con cáncer gástrico. También se hallaron 14 genes para diferenciar los pacientes con cáncer difuso de los de tipo intestinal, y un grupo de 48 genes que ayudó a distinguir los pacientes con gastritis crónica de los de metaplasia intestinal. Conclusiones: este es el primer trabajo en Colombia, y a nivel mundial, que permite identificar nuevos biomarcadores a través de la expresión genética del ARN mensajero, el cual diferencia en sangre las etapas de la cascada de Correa, y permite diagnosticar el cáncer gástrico. Es probable que en un futuro se puedan utilizar como una prueba diagnóstica o de seguimiento. (13)

**Pérez C. Et.al. 2017.** Colombia. Realizaron una investigación con el objetivo de determinar los factores genéticos y epigenéticos del cáncer gástrico. Resultados: Los cambios genéticos incluyen pérdida de heterocigocidad (LOH), inestabilidad microsatelital (MSI), translocaciones, aneuploidía, y mutaciones en GST; y amplificaciones o mutaciones en protooncogenes. Por otro lado, la alteración epigenética más frecuente es la metilación de los promotores. En la actualidad, el CG es un problema de salud pública en Colombia por tres factores: las altas tasas de incidencia/mortalidad, los sobrecostos de los tratamientos de la enfermedad en estadios avanzado y la falta de acceso de la población a los servicios de salud. Esta revisión expondrá las alteraciones genéticas y epigenéticas que se encuentran con mayor frecuencia en CG, y su asociación con los diferentes tipos de CG. (14)

**Pinilla, R. Et.al. 2017.** Colombia. Realizaron una investigación con el objetivo identificar los factores asociados con carcinomatosis por Cáncer Gástrico. Metodología: Estudio observacional, analítico, de corte transversal en el que se evaluó un modelo con un grupo de variables asociadas con el diagnóstico laparoscópico de carcinomatosis. Se incluyeron todos los pacientes con adenocarcinoma gástrico que fueron llevados a laparoscopia de estadificación desde enero de 2008 y hasta completar la muestra, que fue estimada en 153 casos. Las variables evaluadas fueron edad, género, pérdida de peso, valor de albúmina sérica, localización endoscópica del tumor, tipo histológico según la clasificación de Lauren, descripción tomográfica del tumor (T), presencia de adenopatías (N) y ascitis. La presencia de carcinomatosis fue definida por observación laparoscópica. Resultados: Fueron analizados 153 pacientes; 102 hombres (66%) y 51 mujeres (33%) con edades entre 28 y 86 años. Los factores asociados de manera estadísticamente significativa con presencia de carcinomatosis peritoneal fueron edad menor de 65 años, género femenino, localización cardinal del tumor, presencia de ascitis e histología del tipo difuso. Conclusiones: La laparoscopia de estadificación es una herramienta valiosa en el abordaje inicial de los pacientes con cáncer gástrico avanzado y los estudios de imagen no la reemplazan. Las mujeres, menores de 65 años, con tumores cardiales del tipo histológico difuso y con ascitis documentada en TAC tienen mayor riesgo de cursar con carcinomatosis peritoneal en el momento del diagnóstico, por lo que proponemos el uso sistemático

de la laparoscopia de estadificación en los pacientes que cumplan una o más de estas características. (15)

**Varila. M. Et.al. 2017.** España. Realizaron una investigación con el objetivo: Realizar una caracterización clínica de pacientes con cáncer del tracto gastrointestinal hospitalizados en el Hospital Universitario Mayor Méderi durante el periodo Julio 2014 - Julio 2016, mediante la determinación del estado nutricional, y la identificación del soporte nutricional de mayor prevalencia. Metodología: Estudio transversal, retrospectivo entre julio de 2014 y julio de 2016. Se revisaron 399 historias clínicas de pacientes con valoración nutricional, se realizó un análisis de correspondencias simples, y múltiples para las variables categóricas. Se tomaron 384 pacientes para el análisis multivariado. Resultados: De los pacientes que presentaron pérdida de peso el 47% tuvo pérdida severa. Los tumores de mayor frecuencia fueron estómago (32.1%), colon (24.5%) y recto (7.3%). El diagnóstico de desnutrición y el suplemento nutricional vía oral fueron los de mayor frecuencia. La desnutrición proteico calórica moderada y severa se relacionan con tumores malignos del recto, del esófago y del estómago. El soporte enteral se asoció al tumor maligno de esófago y de estómago. El soporte oral con suplemento se relaciona con la presencia de desnutrición. Discusión: La incidencia de desnutrición en pacientes oncológicos puede estar entre un 40% a 80%, dependiendo del tipo de tumor, en pacientes con tumores sólidos gastrointestinales se presenta una mayor prevalencia de pérdida de peso, el presente estudio evidencio que el

60% de la población cursaba con desnutrición. Por su parte la obesidad se ha asociado con factores que aumentan el riesgo y la mortalidad por cáncer, en este estudio se evidencio una relación del sobrepeso y la obesidad con el cáncer de hígado, vesícula biliar, colon y recto. La intervención nutricional en estos pacientes se enfoca en un aporte energético alto, lo que se logra mediante los diferentes soportes nutricionales especializados, es la funcionalidad del tracto gastrointestinal uno de los factores que determina el soporte nutricional. Conclusiones: El 52% de pacientes con neoplasia del tracto gastrointestinal son valorados por el servicio de nutrición. La desnutrición fue el diagnóstico nutricional más frecuente, el soporte de mayor prevalencia fue el suplemento vía oral. Los diagnósticos nutricionales de sobrepeso y obesidad se asocian a tumores de hígado y vesícula. (16)

**Nacional:**

**Corasma U. 2019.** Perú. El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar los factores de riesgo más significativos asociados a la mortalidad por cáncer de estómago en pacientes atendidos en el IREN NORTE, entre los años 2010 y 2015, Metodología; mediante un estudio de tipo analítico – retrospectivo de casos y controles. La muestra estuvo constituida por 285 historias clínicas (95 historias clínicas de pacientes fallecidos y 190 historias clínicas de pacientes vivos). Los resultados reportaron que en ambos grupos el mayor porcentaje fueron del sexo masculino, en el grupo de pacientes fallecidos el 40% tenía el cáncer

localizado en el cuerpo del estómago y en el grupo de pacientes vivos el 41% estaba localizado en el antro-píloro del estómago, en ambos grupos el mayor porcentaje de cáncer de estómago fueron en estadio IV (73% en el grupo de pacientes fallecidos y 61% en el grupo de pacientes vivos). Para la identificación de los factores de riesgo se realizó un análisis de regresión logística y se encontró que para un nivel de significación del 5% las variables asociadas fueron la edad, sexo masculino, estadio clínico IV, cirugía y cirugía más quimioterapia. Se seleccionó un modelo de pronóstico con una tabla de clasificación global del 79.6%. Debido a que los pacientes acuden a los establecimientos de salud en etapas avanzadas, el tratamiento curativo es limitado, se debe priorizar campañas de despistaje a los grupos de riesgos a partir de los 40 años y de sexo masculino. (17)

**Valdivia R. 2018.** Perú. Realizó una investigación con el objetivo: Determinar los factores clínicos y epidemiológicos asociados a cáncer gástrico en pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central en el año 2015 – 2016. Metodología: Se realizó un estudio analítico de casos y controles. Con un total de 102 pacientes; 51 casos diagnosticados con cáncer gástrico y 51 controles. Se recogió la información de las historias clínicas a partir de ficha de recolección de dato con previa validación conteniendo datos clínicos, patológicos y socio-ambientales. Se empleó el método estadístico de CHI<sup>2</sup> para determinar el grado de significancia, Odds Ratio con intervalo de confianza 95%. Resultado: La muestra fue de 102 pacientes teniendo

una predominancia del sexo Masculino en un 58.82% y mayores de 50 años con un 52.94%. Se encontró una asociación del cáncer gástrico y los siguientes factores de riesgo: Sexo masculino, Edad 50 años o más, Procedente de la Sierra, Helicobacter pylori; IMC mayor a 25, Nitritos. Conclusiones: Se encontró que ser del sexo masculino, tener mayor de 50 años, procedente de la sierra, infección por Helicobacter pylori, con IMC mayor o igual a 25 y el consumo alto de nitritos son factores de riesgo asociados de cáncer gástrico. (18)

**Berrospi Z. 2017.** Perú. Realizó una investigación cuyo objetivo fue: determinar los factores asociados a conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte. Metodología: se realizó un estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 321 pacientes quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento fue el test de nivel de conocimientos sobre prevención del Cáncer Gástrico y el de Graffar, ambos validados. Para el análisis de los datos se empleó la estadística analítica usando el programa Microsoft Excel 2013 para MS Windows y el software estadístico IBM SPSS versión 23. resultados: el 62% de la población encuestada obtuvo un nivel de conocimiento medio, 37% fue alto y 1% fue bajo. Los factores asociados estudiados fueron: edad; sexo; grado de instrucción; estado de ocupación, acceso a internet, y estrato socioeconómico. Siendo estas tres últimas variables estadísticamente significativas con un valor



$p=0.019$ ,  $p=0.018$  y  $p=0.001$ , respectivamente. conclusiones: se encontró que existe asociación significativa entre no tener ocupación, no contar con acceso a internet y pertenecer a un estrato socioeconómico IV y V con poseer un nivel de conocimiento medio y bajo. No se encontró relación significativa con el resto de las demás variables estudiadas. (19)

**Taibe A. et.al. 2017.** Perú. Tuvo como objetivo. Determinar los factores de riesgo que están asociadas al tipo de cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" 2014-2016. Metodología. Se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional transversal en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica. La muestra incluyó a pacientes con cáncer gástrico ( $n = 53$ ); de quienes se realizó el análisis documental de contenido. Resultados. El 35,8% de pacientes con cáncer gástrico son de 61 a 70 años y 20,8%, 71 a 80 años de edad. Un 5,7%, son del género masculino y 45,3%, femenino y 64,2%, son del área rural y 35,8%, urbana. El 88,7% de pacientes atendidos presentan cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma y 11,3%, otros tipos. El 83,0% de pacientes con cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma están expuestos al consumo de alimentos ahumados, salados, muy condimentados (sig.  $< ,05$ ); 79,2%; a dietas pobre en frutas y verduras (sig.  $< ,05$ ); y los otros factores ambientales como alcoholismo, tabaquismo y ocupación de riesgo no son significativos en la presencia del cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma. El 86,8%, presentaron gastritis atrófica, metaplasia

intestinal y displasia (sig. < ,05); 81,1%; anemia perniciosa (sig. < ,05); y los otros factores de riesgo pre malignos como pólipos gástricos y cirugía previa de estómago no son significativos en la presencia del cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma. El 86,8%, presentaron infección por helicobacter pylori (sig. < ,05). Conclusiones. Los factores de riesgo ambientales, premalignos e infecciosos están asociados a la presencia de cáncer gástrico. (20)

### **Local.**

**Benites R. 2019.** Perú – Huancayo. Realizó una investigación con el objetivo: Establecer la supervivencia de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico avanzado (CGA) operados en los Servicios de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (HNRPP) en el periodo 2012-2017. Metodología: Investigación aplicada, estudio descriptivo y analítico observacional. La población fue Todos los pacientes con diagnóstico de CGA operados en los Servicios de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud-Huancayo con criterios de inclusión y exclusión durante el periodo comprendido entre enero del 2012 a diciembre del 2017. Se utilizó un instrumento ad hoc para la presente investigación. Resultados: El tiempo de supervivencia de los pacientes operados según el tipo de cirugía realizado y según la edad fue de 48 y 19 meses ( $p = 0.022$ ). El tiempo de supervivencia de los pacientes operados según el tipo de cirugía realizado y según el sexo fue de 24 y 42 meses ( $p = 0.001$ ) y el tiempo de supervivencia de los pacientes operados según el tipo de cirugía y

según la clasificación histológica no tiene diferencia significativa ( $p = 0.103$ ). Conclusiones: El tiempo de supervivencia de los pacientes operados en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo según el tipo de cirugía realizado fue de 14 y 51 meses ( $p = 0.001$ ). (21)

## **2.2. Bases teóricas.**

### **Teoría de los determinantes Sociales:**

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad. (22)

### **Modelo de promoción de la salud NOLA PENDER**

Nola pender en su teoría de promoción de la salud habla de promover un estado óptimo de salud antes de los cuidados así se estaría

reduciendo más la enfermedad, ya que se deben motivar a las personas a manejar o mantener un estado emocional favorable al igual que la nutrición porque esto lleva a tener estilos saludables.

Un ejemplo es el modelo de promoción de la salud de Nola Pender, quien trabaja los conceptos de persona, ambiente, enfermería, salud y enfermedad con un factor común entre ellos: la búsqueda de comportamientos para el mantenimiento y restauración de la salud.

### **La teoría del cuidar de Watson.**

En su teoría muestra un interés por el concepto del alma y enfatiza la dimensión espiritual de la existencia humana. Watson afirma que su orientación es existencial-fenomenológica y espiritual, y que se basa, en parte, en la filosofía oriental. También adopta el pensamiento de la escuela humanista, existencial y de la psicología transpersonal.

Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional, además de integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera. Esta asociación e interacción humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera.

## **2.3. BASE CONCEPTUAL.**

### **El cáncer gástrico.**

Cáncer es el nombre que se da a un conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del derredor. El cáncer puede empezar casi en cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado de trillones de células. Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las remplazan. Las células cancerosas difieren de las células normales de muchas maneras que les permiten crecer sin control y se vuelven invasivas. Una diferencia importante es que las células cancerosas son menos especializadas que las células normales. Esto quiere decir que, mientras las células normales maduran en tipos celulares muy distintos con funciones específicas, las células cancerosas no lo hacen. Esta es una razón por la que, al contrario de las células normales, las células cancerosas siguen dividiéndose sin detenerse. (23)

El cáncer de estómago, conocido también como cáncer gástrico, es un cáncer que se origina en el estómago. Para entender el cáncer de estómago, resulta útil conocer la estructura normal y la función del estómago. El cáncer de estómago no se debe confundir con otros cánceres que pueden ocurrir en el abdomen, como cáncer de colon (intestino grueso), hígado, páncreas o intestino delgado porque estos tipos de cáncer podrían tener síntomas diferentes, pronósticos distintos, así como tratamientos diferentes. El estómago

tiene cinco partes, el Cardias que es la primera porción (la más cercana al esófago), el fondo que es la parte superior del estómago próxima al cardias; el cuerpo que es la parte principal del estómago, entre las partes superiores e inferiores; antro que es la parte inferior (cercana al intestino), donde se mezclan los alimentos con el jugo gástrico; píloro que es la última parte del estómago que actúa como una válvula para controlar el vaciado del contenido del estómago en el intestino delgado. A las primeras tres partes del estómago (cardias, fondo, y cuerpo) algunas veces se les llama estómago proximal. Algunas células en estas partes del estómago producen ácido y pepsina (una enzima digestiva) que son las partes del jugo gástrico que ayudan a digerir los alimentos. También producen una proteína llamada factor intrínseco, la cual el cuerpo necesita para la absorción de vitamina B12. A las dos partes inferiores (antro y píloro) se le llama estómago distal. El estómago tiene dos curvas, que forman los bordes internos y externos, llamadas la curvatura menor y la curvatura mayor, respectivamente. (24)

La pared del estómago tiene cinco capas, la capa más interna se llama mucosa en donde se producen el ácido estomacal y las enzimas digestivas, la mayoría de los cánceres del estómago comienza en esta capa. A ésta le sigue una capa de apoyo llamada submucosa fuera de la misma está la muscularis propia, una capa gruesa de músculo que mueve y mezcla el contenido del estómago. Las dos capas externas, la subserosa y la más externa, llamada serosa, actúan como capas de recubrimiento del estómago. Las capas son importantes para determinar la etapa (extensión) del cáncer y en ayudar a determinar el pronóstico de una persona. A medida que el cáncer

crece desde la mucosa hacia las capas más profundas, la etapa se vuelve más avanzada y el pronóstico no es tan favorable. (24)

### **Desarrollo del cáncer.**

Los cánceres de estómago tienden a desarrollarse lentamente en un período de muchos años. Antes de que se forme un verdadero cáncer, a menudo ocurren cambios precancerosos en el revestimiento interno (mucosa) del estómago. Estos cambios tempranos casi nunca causan síntomas y, por lo tanto, no se detectan. Los tumores cancerosos que comienzan en diferentes secciones del estómago podrían producir síntomas diferentes y tienden a tener consecuencias diferentes. La localización del cáncer también puede afectar las opciones de tratamiento. Los cánceres de estómago se pueden propagar (hacer metástasis) de varias maneras.

Éstos pueden crecer a través de la pared del estómago e invadir los órganos cercanos. También pueden propagarse a los vasos linfáticos y a los ganglios linfáticos adyacentes. Los ganglios linfáticos son estructuras del tamaño de un frijol que ayudan a combatir las infecciones. El estómago tiene una red muy rica de vasos linfáticos y de ganglios. Cuando el cáncer del estómago se torna más avanzado, puede viajar a través del torrente sanguíneo y propagarse a órganos como el hígado, los pulmones y los huesos. Si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos o a otros órganos, el pronóstico del paciente no es tan favorable. (24)

### **Causantes del cáncer.**

Los cambios genéticos que contribuyen al cáncer tienden a afectar tres tipos principales de genes — proto-oncogenes, genes supresores de tumores y

genes reparadores del ADN. Estos cambios se llaman a veces "causantes" de cáncer. Los proto-oncogenes se dedican al crecimiento y división celular normal. Sin embargo, cuando estos genes se alteran en ciertas maneras o son más activos de lo normal, ellos pueden convertirse en genes causantes de cáncer (u oncogenes), al permitir a las células que crezcan y sobrevivan cuando no deberían.

Los genes supresores de tumores se dedican también a controlar el crecimiento y la división celular. Las células con algunas alteraciones en los genes supresores de tumores pueden dividirse en una forma sin control. Los genes reparadores del ADN se dedican a arreglar un ADN dañado. Las células con mutaciones en estos genes tienden a formar mutaciones adicionales en otros genes. Juntas, estas mutaciones pueden causar que las células se hagan cancerosas. (23)

### **Factores de riesgo.**

Existen muchos factores de riesgo conocidos para el cáncer de estómago, pero no se sabe con exactitud cómo estos factores hacen que las células del revestimiento del estómago se tornen cancerosas, esto se está investigando actualmente. Varios cambios, que se piensan son precancerosos, pueden ocurrir en el revestimiento del estómago. (24)

Los siguientes factores pueden elevar el riesgo que tiene una persona de desarrollar cáncer de estómago:

### **Edad.**

Las tasas del cáncer de estómago en las personas de más de 50 años aumentan bruscamente. La mayoría de las personas diagnosticadas con



cáncer de estómago se encuentran entre los 60 y 89 años de edad. (24)

### **Sexo.**

Los hombres son dos veces más propensos a desarrollar cáncer de estómago que las mujeres<sup>4</sup>.

El cáncer gástrico es más frecuente en hombres que en mujeres. Además, en ambos sexos, el cáncer gástrico de tipo intestinal aumenta progresivamente después de los 30 años de edad<sup>8</sup>.

### **Bacterias.**

Una bacteria común denominada *Helicobacter pylori*, y también llamada *H. pylori*, causa inflamación y úlceras estomacales. Esto también se considera una de las causas primarias del cáncer de estómago. Existen análisis para detectar *H. pylori* y la infección se puede tratar con antibióticos. El análisis para detectar *H. pylori* se recomienda si tuvo un pariente en primer grado, como un padre, hermano o hijo, con diagnóstico de cáncer de estómago o con infección por *H. pylori*. Otros integrantes de la familia podrían tenerlo también, y se debería tratar la infección si se lo encuentra. (25)

En la gastritis atrófica crónica, las glándulas normales del estómago han disminuido o han desaparecido. Además, hay cierto grado de inflamación (las células del sistema inmunológico del paciente dañan las células del estómago). La infección por *H. pylori* a menudo causa la gastritis atrófica. También puede ser causada por una reacción autoinmunitaria, en la cual el sistema inmunológico de una persona ataca las células que revisten el estómago.

Algunas personas con esta afección desarrollan anemia perniciosa u

otros problemas estomacales, incluyendo cáncer. No se sabe exactamente por qué esta afección podría convertirse en cáncer. Otro posible cambio precanceroso es la metaplasia intestinal, en la cual el revestimiento normal del estómago es reemplazado con unas células que se parecen mucho a las células que normalmente recubren el intestino. Las personas con este padecimiento por lo general tienen también gastritis atrófica crónica.

No se conoce muy bien cómo ni por qué este cambio ocurre y se convierte en cáncer de estómago. Esto también podría estar relacionado con la infección por *Helicobacter pylori* que, particularmente ciertos subtipos, puede convertir las sustancias de ciertos alimentos en químicos que causan mutaciones (cambios) en el ADN de las células del revestimiento del estómago. Esto también puede explicar por qué ciertos alimentos, tal como carnes preservadas, aumenten el riesgo de una persona de padecer cáncer de estómago.

Por otra parte, algunos de los alimentos que podrían disminuir el riesgo de cáncer de estómago, como las frutas y las verduras, contienen antioxidantes que pueden bloquear las sustancias que dañan el ADN de una célula. (24)

### **Antecedentes genéticos y familiares.**

Las personas que tienen un padre o madre, hijo/a, o hermano/a con cáncer de estómago corren más riesgo. Además, determinadas alteraciones genéticas hereditarias, como cáncer gástrico difuso hereditario, síndrome de Lynch y poliposis adenomatosa familiar. (25)

El ADN es el químico en cada célula que porta nuestros genes (las

instrucciones sobre cómo funcionan nuestras células). Nos parecemos a nuestros padres porque ellos son la fuente de nuestro ADN. Sin embargo, el ADN afecta algo más que nuestra apariencia. Algunos genes ayudan a las células a crecer y a dividirse en nuevas células, a estos genes se les denominan oncogenes. Los otros genes que disminuyen la división celular, hacen que las células mueran en el momento apropiado o ayudan a reparar el daño al ADN, se llaman genes supresores de tumores.

El cáncer puede ser causado por cambios en el ADN que activan a los oncogenes o desactivan a los genes supresores de tumores. Las mutaciones hereditarias (cambios anormales) en algunos genes (como se explicó en la sección pueden aumentar el riesgo de cáncer de estómago. Se cree que estos sólo son responsables de un pequeño porcentaje de tumores cancerosos del estómago. Aun así, se pueden realizar pruebas genéticas para identificar mutaciones genéticas que pueden causar algunos síndromes de cáncer hereditario. La mayoría de los cambios genéticos que conducen a cáncer de estómago ocurren después del nacimiento. (24)

### **Raza, origen y etnia.**

El cáncer de estómago es más frecuente en las personas de raza negra, hispana o asiática que en las de raza blanca. (25)

### **Alimentación.**

Se estima que un cambio en la dieta puede reducir la incidencia global de cáncer en un 30 a 40%, lo que equivale a entre 3 y 4 millones de casos en el mundo. Si sumamos el tabaco, se puede estimar que entre un 60 a 70% de los cánceres son evitables. En general, las dietas hipercalóricas, las ricas en

grasa y proteínas son las más peligrosas, junto con algunas formas de cocinar como los asados al carbón, barbacoa y ahumados.

Por el contrario, la fibra (insoluble, sobre todo), vitaminas y algunos minerales forman el grupo de protectores frente a los tumores. También existe consenso en que los alimentos vegetales reducen el riesgo de cáncer. (26)

Una dieta con alto contenido de sal puede aumentar el riesgo de cáncer de estómago. Esto incluye alimentos conservados con métodos de secado, ahumado, salado o encurtido y alimentos con alto contenido de sal agregada. El consumo de frutas y verduras frescas puede ayudar a disminuir el riesgo. (23) Las frutas y vegetales son una parte esencial de una dieta saludable, ya que son una buena fuente de nutrientes, como vitaminas A, C, E, folatos y fibras.

Diversos estudios han mostrado que el consumo de verduras puede tener un efecto en la reducción de cáncer de boca, faringe, esófago, pulmón, estómago, colon y recto. El consumo de frutas, por su parte, se asocia a una disminución en el riesgo de cáncer de boca, faringe, esófago, pulmón, estómago y mama. Se recomienda incorporar a la dieta una gran cantidad de verduras y frutas, de diferentes colores para así incluir una mayor variedad de nutrientes y vitaminas<sup>9</sup>. Comer grandes cantidades de carnes rojas aumenta el riesgo de cáncer de intestino y posiblemente gástrico.

Las carnes rojas incluyen vacuno, cerdo y cordero. Dentro de las carnes procesadas con más riesgo se incluyen jamón, tocino, salame y salchichas. El consumo de carnes blancas como pollo y pescado, aparentemente no ha mostrado un aumento en el riesgo de cáncer. Se

recomienda comer pocas cantidades de carnes rojas, y de hacerlo cocinarlas a baja temperatura. Se piensa que la carne excesivamente asada adquiere compuestos potencialmente cancerígenos tanto del combustible utilizado (carbón) como de las proteínas propias de la carne sometidas a altas temperaturas.

Lo importante es no consumir las carnes asadas carbonizadas <sup>9</sup>. Las comidas saladas o conservadas con sal, están relacionadas con el cáncer de estómago y de la nasofaringe. Además, aumenta el riesgo de morir por problemas cardiovasculares. Se recomienda disminuir el consumo de la sal y verificar la cantidad de sal que tienen los productos elaborados y conservados. Las vitaminas y minerales como los folatos, vitaminas A, C y E, pueden reducir el riesgo de varios tipos de cáncer. Aún no está claro qué vitaminas específicas afectan qué cáncer, pero en general se sugiere hacer combinaciones de éstas.

Estos nutrientes se encuentran en frutas y vegetales, y no se recomienda sustituirlas por suplementos vitamínicos, ya que no constituyen una dieta balanceada<sup>9</sup>. Se estima que la sal promueve la inflamación local, los nitratos pueden ser precursores de agentes carcinogénicos directos (como las nitrosaminas) en determinadas condiciones químicas del medio y, por el contrario, la presencia de antioxidantes (vitamina C, carotenos, polifenoles) dificultan o retrasan el proceso de carcinogénesis.

Existe un importante cúmulo de datos experimentales, epidemiológicos y clínicos que apoyan esta línea de razonamiento. Es bastante probable, de hecho, que gran parte de los cambios epidemiológicos observados en las

últimas décadas se deban a la generalización de la refrigeración como método de conservación de alimentos. También es cierto que la distribución geográfica del tipo intestinal de adenocarcinoma se asocia firmemente con la del alto consumo de alimentos conservados con nitratos, salados o ahumados y con un bajo consumo de verduras y frutas.

Estos datos señalan firmemente que una intervención dietética podría disminuir significativamente la incidencia de cáncer gástrico, especialmente teniendo en cuenta los más que probables efectos en la salud general de un cambio en la dieta hacia un mayor consumo de fruta y verdura. Casi nadie discute esta recomendación general; sin embargo, no hay pruebas directas de la eficacia de esta recomendación. (27)

### **Patologías gástricas.**

La inflamación del estómago, llamada gastritis, es una patología que afecta a la población mundial y puede ser producida por varias causas, entre ellas el alcoholismo, el tabaquismo o el consumo de analgésicos. En los casos en los que se convierte en crónica puede llegar a convertirse en un cáncer gástrico<sup>12</sup>. (28)

En biopsias gástricas obtenidas en la evaluación de cuadros dispépticos o de úlcera gástrica, se pueden demostrar lesiones que progresivamente se asocian a un riesgo anual diferente de cáncer gástrico. No obstante, el cúmulo de datos experimentales, clínicos y epidemiológicos es suficiente para recomendar el tratamiento de la infección en todo paciente en el que esta sea identificada y exista cualquiera de los factores de riesgo reconocidos para el cáncer gástrico, como: antecedentes familiares, gastritis multifocal, atrofia

gástrica, displasia y/o pólipos gástricos. (27)

### **Tabaco, alcohol y el coqueo.**

El uso de tabaco y el consumo excesivo de alcohol pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de estómago. (25) El humo que respiran los fumadores, ya sea de forma activa o pasiva, contiene más de 7.000 sustancias con propiedades tóxicas, irritantes, mutágenas, generadores de cáncer, con un efecto acumulativo, llevando progresivamente a enfermedades y deterioro general de la salud, aún con dosis bajas de nicotina. Cientos de estas sustancias químicas son peligrosas, y al menos 69 de ellas son cancerígenas.

El humo del cigarrillo se aspira, llega a los pulmones y luego los químicos tóxicos pasan rápidamente a la sangre, afectando a todos los tejidos del cuerpo. Así, los tejidos se mantienen inflamados permanentemente. Por ejemplo, si se derrama algún químico en la piel, ésta se inflama. Si esto ocurre varias veces al día, la piel no tendrá posibilidad de recuperarse y sanarse, se mantendría roja e irritada. Las células tienen un comportamiento similar.

Si se mantiene la exposición al humo del cigarrillo, las células del cuerpo no tienen posibilidad de recuperarse, hasta finalmente llevar a un daño crónico y luego a la enfermedad. De esta forma, el tabaquismo lleva al sistema inmune a trabajar todo el tiempo, buscando reparar el daño. El cuerpo se mantiene en una constante lucha en contra de los agentes dañinos del tabaco, lo que significa un estrés permanente. El tabaco daña el ADN de la célula. Los tóxicos del tabaco pueden destruir o alterar el ADN.

Si se sigue fumando, el daño puede ser más permanente, llevando a la célula a crecer descontroladamente y transformarse en cáncer. Normalmente, el sistema inmune destruye estas células "dañadas". Sin embargo, se ha evidenciado, que el tabaco provoca deterioro del sistema inmune, por lo que no es capaz de destruir lo dañado. De esta forma, el tabaquismo produce cáncer y además no permite que el cuerpo lo pueda combatir apropiadamente. Muchas veces pueden pasar hasta años antes de dar algún síntoma o pueda ser detectado médicamente. (26)

No hay duda sobre la importancia del tabaquismo en la carcinogénesis gástrica como cofactor en el desarrollo del proceso. El riesgo relativo es de 1,6 para los fumadores y de 1,2 para los ex fumadores. No obstante, no hay estudios de intervención sobre el tabaquismo que hayan probado un efecto en el cáncer gástrico. En cualquier caso, los beneficios en la salud de evitar el tabaquismo son tan obvios y numerosos que sólo la maldad, la enajenación mental, la ignorancia o la cualidad de accionista de una compañía tabaquera (circunstancias que pueden darse aisladas o en diversas combinaciones) justificarían obviar esta intervención sanitaria. (27)

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, ha clasificado que las bebidas alcohólicas pueden causar algunos tipos de cáncer en humanos, también ha clasificado el etanol (el ingrediente principal en las bebidas alcohólicas), y el acetaldehído (derivado del etanol), como grupo 1 de carcinógenos humanos. (28)

El alcoholismo produce lesiones en la mucosa gástrica como la congestión, la atrofia, la producción de inflamación y, por lo tanto, la



afectación de la función gástrica. Similares inflamaciones producen el tabaquismo, por su acción tóxica directa sobre el estómago; otra de las causas de la gastritis que se da particularmente en el coqueo también produce lesiones inflamatorias en la mucosa. (29)

### **Obesidad.**

El sobrepeso y la obesidad están asociados a un riesgo mayor de contraer muchos tipos de cáncer, fuertemente vinculados al hecho de que el tejido adiposo es de muy alta actividad metabólica, ahora se sabe que bombea una asombrosa cantidad de hormonas, factores de crecimiento y moléculas de señalización, todo lo cual puede incidir en la conducta de otras células en el organismo, alimentan el crecimiento y la proliferación de células malignas, en las mujeres obesas, la grasa corporal se convierte en una máquina productora de estrógeno; es la insulina la hormona que hace que las células del organismo tomen la glucosa del torrente sanguíneo, lo cual podría contribuir al riesgo de cáncer. A menudo la obesidad va acompañada del síndrome metabólico y la diabetes tipo II.

En este tipo de diabetes, las células del organismo dejan de responder a la insulina, lo cual crea una acumulación de glucosa en la sangre, que a su vez estimula el organismo para que produzca aún más insulina. Y en algunos tipos de cáncer, la insulina actúa como mitógeno hace que el cáncer crezca más rápidamente. (28)

### **Uso de analgésicos inflamatorios no esteroideos (AINES)**

El excesivo consumo de AINES en el tratamiento de patologías crónicas también produce lesiones inflamatorias en la mucosa, que con el tiempo

pueden producir su atrofia. (27)

Muchos estudios confirman una clara relación entre consumo de AINE y la úlcera péptica, tanto la duodenal como la gástrica. También hay relación entre consumo de AINE y las dos complicaciones más graves de la úlcera péptica, la hemorragia y la perforación. El riesgo de lesiones no es idéntico en todas las circunstancias.

Los estudios epidemiológicos reflejan que el riesgo de lesiones o complicaciones ulcerosas asociadas a la ingesta de aspirina y/o AINE aumenta con la existencia de una historia previa ulcerosa o de complicación ulcerosa (hemorragia o perforación), con la edad superior a 60 años, la utilización concomitante de dos AINE, la administración simultánea de corticoides o de anticoagulantes y la coexistencia de enfermedad grave.

Es ampliamente aceptado que el tratamiento preventivo de lesiones gastrointestinales debe efectuarse en estos pacientes en riesgo de sufrir complicaciones. La utilización de dosis alta de AINE y el tipo de AINE utilizado son variables que afectan al riesgo. En lo referente a las dosis altas, los estudios no concuerdan en las dosis que se consideran estándar, media o alta y lo único claro es que el riesgo es dependiente de la dosis y las dosis más altas deben reconsiderarse en los pacientes que presentan otros factores de riesgo.

En cuanto al tipo de AINE los estudios señalan que fármacos como el piroxicam, ketoprofeno, ketorolaco, indometacina, etc., se asocian a mayor riesgo que otros como el ibuprofeno, aunque cuando se evalúan dosis equipotentes antiinflamatorias de todos los AINE las diferencias se reducen.

## **Hábitos nocivos.**

Son todas aquellas actividades que presencian consecuencias nocivas y peligrosas para nuestra salud.

### **Tipos de bebedor alcohólico**

- **Bebedor Social.**

Personas que siempre que se encuentran en una situación social, necesitan beber para sentirse más sueltas y divertidas. Pueden estar sin beber, pero en reuniones sociales no limitan el consumo de alcohol, y lo hacen hasta sentirse "alegres".

- **Bebedor Fuertes.**

Bebedores que toman mucha cantidad de alcohol, independientemente o no de las comidas, y casi todos los días de la semana. Para estos, la bebida es una parte importante de su vida, y una fuente de placer y diversión. A pesar de que durante el día toma mucho alcohol, no ha perdido la capacidad de controlar cuánto y hasta cuándo tomar, por lo que rara vez llegan a tener complicaciones sociales, familiares o laborales. El bebedor fuerte raramente se embriaga en momentos o lugares no adecuados, y suele elegir cuando, donde y con quien beber. (31)

- **Ebrios ocasionales.**

En general, son bebedores que ocasionalmente buscan embriagarse. Suelen ser grupos de "compañeros" con los que salir a "festejar", y ya antes de comenzar con la fiesta tienen intención de emborracharse. Su forma de beber se relaciona con una idea de diversión

sin necesidad física. (31)

- **Bebedor alcohólico.**

La línea que separa a este bebedor, de los anteriores "bebedores problema", es la pérdida de control sobre la ingestión de alcohol. No puede elegir el momento, ni la cantidad, ni los efectos del alcohol en su organismo. No puede decir basta y por tanto beberá hasta quedar intoxicado. En este caso, y progresivamente, aparecen los trastornos asociados al alcoholismo en todas las áreas de su vida: Física, emocional, familiar, social y laboral. (31)

### **Hábitos nutricionales.**

También conocido como régimen alimentario o a veces como dieta, es el conjunto de sustancias alimentarias que se ingieren formando hábitos o comportamientos nutricionales de los seres humanos y forma parte de su estilo de vida. Patrón de alimentación que sigue a diario, esto incluye las preferencias alimentarias, la influencia familiar y cultural sobre el individuo en lo que respecta a los alimentos que ingiere. Aunque los humanos en general son omnívoros, cada cultura mantiene preferencias y mitos sobre algunos alimentos.

Por otra parte, tales preferencias alimentarias individuales pueden ser o no saludables desde el punto de vista nutricional. Una alimentación equilibrada requiere una ingestión variada de alimentos con el fin de obtener las cantidades adecuada de energía y nutrientes. (32)

### **Estado nutricional.**

Resultado entre el aporte nutricional que recibe y sus demandas

nutritivas, debiendo permitir la utilización de nutrientes mantener las reservas y compensar las pérdidas. Cuando ingerimos menor cantidad de calorías y/o nutrientes de los requeridos, se reducen las existencias de los distintos compartimentos corporales y nuestro organismo se vuelve más sensible a descompensaciones provocadas por un traumatismo, una infección o una situación de estrés. Por otra parte, cuando ingerimos más de lo que necesitamos para nuestras actividades habituales, se incrementan las reservas de energía de nuestro organismo, fundamentalmente ubicadas en el tejido adiposo. Una ingestión calórica excesiva, un estilo de vida sedentario o ambas cosas a la vez determinan un aumento del tamaño de nuestros depósitos de grasa que cuando alcanzan un valor crítico comportan la aparición de un cuadro clínico y social conocido como obesidad. Su medición se basa en tomar medidas de longitud y peso sobre el propio cuerpo y compararlas con valores de referencia en función de nuestra edad, sexo y estado fisiopatológico.

### **Valoración nutricional según Índice de Masa Corporal (IMC)**

Según la tabla de valoración nutricional según IMC en adultos de 20 a 59 años usados por el Ministerio de salud del Perú<sup>15</sup>, se clasifica en:

- Delgadez III: IMC menor de 16
- Delgadez II: IMC mayor o igual a 16 y menor a 17
- Delgadez I: IMC mayor o igual a 17 y menor de 18.5
- Normal: IMC igual o mayor a 18.5 y menor de 25
- Sobrepeso: IMC igual o mayor a 25 y menor de 30
- Obesidad I: IMC mayor o igual a 30 y menor de 35

- Obesidad II: IMC igual o mayor a 35 y menor de 40
- Obesidad III: IMC igual o mayor que 40

### **Valoración nutricional según perímetro abdominal (PAB)**

Según la valoración del perímetro abdominal en adultos usados por el Ministerio de salud del Perú, se clasifica en:

- PAB < 94 cm en varones y < 80 cm en mujeres (Normal) Existe bajo riesgo de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, entre otras.
- PAB mayor o igual 94 cm en varones y mayor o igual a 80 cm en mujeres (elevado). Existe alto riesgo de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles Como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, entre otras.
- PAB mayor o igual 108 cm en varones y mayor o igual a 88 cm en mujeres (muy alto). Existe un muy alto riesgo de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles Como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, entre otras.

### **Antecedentes patológicos.**

Personas que tengan un historial de gastritis o relacionados a patologías gástricas.

### **Estado emocional.**

### **Estrés.**

En un término medico aplicado a los procesos físicos, químicos y

psicológicos producto de tensiones generadas por perturbaciones que pueden conllevar a una enfermedad física.

### **Automedicación.**

La automedicación es la medicación sin consejo médico (en el caso de medicamentos de prescripción). Crea diversas complicaciones si no se tienen suficientes conocimientos.

### **Analgésicos no esteroideos.**

Son un grupo variado y químicamente heterogéneo de fármacos principalmente antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos, por lo que reducen los síntomas de la inflamación, el dolor y la fiebre respectivamente.

Los antiinflamatorios naturales, segregados por el propio organismo, son los derivados de los corticoides, sustancias de origen esteroideo de potente acción antiinflamatoria, pero con importantes efectos secundarios.

(29)

## **2.2. Definición de términos básicos.**

### **2.3.1. Prevalencia.**

Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

#### **Prevalencia Puntual.**

Proporción de personas que experimentan el evento clínico (Caso), en un punto dado en el tiempo. Es un corte en un momento dado, en el que cuento los casos.

#### **Prevalencia de Período.**

Proporción de casos. Se considera los que enfermaron en períodos anteriores y que aún siguen siendo casos (Existentes y Nuevos). Cada persona representada en el Numerador tuvo la enfermedad en algún momento durante el Período especificado.

### **Factor Riesgo para cáncer.**

Un factor de riesgo es cualquier cosa que aumente las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad como el cáncer.

### **Factores de riesgo endógenos.**

Una enfermedad es endógena cuando es producida por causas genéticas o por alteraciones metabólicas independientes de la misma enfermedad.

### **Factor de riesgo exógeno.**

El término **exógeno** es utilizado para hacer referencia a algo que es originado en el exterior de una cosa, el término hace referencia a algo que se genera o se forma en el exterior, o en virtud de causas externas.

### **Herencia Familiar.**

Es el proceso por el cual las características de los individuos se transmiten a su descendencia, ya sean características fisiológicas, morfológicas o bioquímicas de los seres vivos bajo diferentes medios ambientales. Dentro del primer grado de consanguineidad está los padres e hijos. Dentro del segundo grado de consanguineidad están los abuelos, nietos y hermanos. (27)



### III. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

#### 3.1. Hipótesis.

El presente estudio por ser descriptivo y tener una sola variable no lleva hipótesis.

#### 3.2. Definición conceptual de variables.

##### Prevalencia de factores de riesgo:

La prevalencia de los factores de riesgo en este estudio se refiere a aquellos que de una manera endógena o exógena van a actuar produciendo el riesgo a desarrollar la enfermedad de cáncer gástrico.

##### Operacionalización de variables.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR	ITEMS	INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
Prevalencia de factores de riesgo de cáncer gástrico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo endógeno.</li> <li>• Factores de riesgo exógeno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herencia familiar</li> <li>• Hábitos nocivos.</li> <li>• Hábitos alimenticios.</li> <li>• Estado nutricional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuelos</li> <li>• Padres</li> <li>• Hermanos</li> <li>• Hijos</li> <li>• Tabaco</li> <li>• Coqueo</li> <li>• Alcohol</li> <li>• Tipo de alimento</li> <li>• Cantidad de alimento</li> <li>• Frecuencia de alimento</li> <li>• Proporción de comida</li> <li>• Calidad de alimento</li> <li>• Peso</li> <li>• Talla</li> <li>• IMC</li> </ul>	Ficha de registro	<p>Nominal</p> <p>Prevalencia alta Prevalencia media Prevalencia baja</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes patológicos</li> <li>• Estado emocional</li> <li>• Automedicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perímetro abdominal</li> <li>• Gastritis.</li> <li>• Úlcera gástrica</li> <li>• Estrés</li> <li>• Antibióticos</li> <li>• Antiinflamatorios no esteroideos</li> </ul>		
--	--	--	--	--	--

## **IV DISEÑO METODOLÓGICO.**

### **4.1. Tipo y diseño de investigación.**

#### **Tipo de investigación:**

El estudio de investigación fue de tipo descriptivo ya que se especificó las propiedades importantes del objeto de investigación. midieron o evaluaron diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno investigado. El estudio descriptivo seleccionó una serie de aspectos y luego los midió independientemente para así describir lo que se investigó.

“La investigación descriptiva busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (33)

#### **Diseño de investigación:**

El diseño de la investigación fue el no experimental, porque no se manipularon las variables, solo se observó y recogió información del comportamiento de la variable. Por el tiempo de recojo de datos fue de tipo transversal

**M → Xi → O1**

**M:** Población de adultos de 30 a 59 años

**Xi:** Cáncer gástrico.

**O1:** Prevalencia de factores de riesgo

### **4.2. Método de investigación**

Por ser una investigación cuantitativa el método deductivo,

analítico y sintético permitió arribar a las conclusiones en esta investigación.

#### **4.3. Población y muestra.**

##### **Población.**

La población de estudio estuvo conformada por pacientes que acuden al IREN Centro en la localidad de Concepción, y son adultos entre de 30 a 59 años de ambos sexos, y que aproximadamente según datos estadísticos obtenidos del IREN Centro son de 60 pacientes.

##### **Muestra:**

El tamaño poblacional de pacientes permitió aplicar la fórmula para cálculo muestra para poblaciones finitas que nos calculó un tamaño de muestra de 52 pacientes adultos entre 30 a 59 años.

$$n = \frac{z^2 p q N}{e^2(N - 1) + z^2 p q}$$

##### **Dónde:**

**N** = Población

**n** = tamaño de la muestra.

**p y q** = Probabilidad de la población que presenta una variable de estar o no incluida en la muestra, cuando no se conoce está probabilidad por estudios se asume que p y q tiene el valor de 0,5 cada uno.

**Z** = a las unidades de desviación estándar que en la curva normal definen una probabilidad de error tipo I = 0,05, esto equivale a un intervalo de confianza del 95% en la estimación de la muestra y el valor de Z = 1,96

**E** = Error estándar de la estimación que debe ser 0,09 o menos.

$$n = \frac{1,96^2 * 0.5 * 0.5 * 60}{0.05^2(60 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

n = 52 pacientes

#### **Criterios de inclusión.**

- Pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico.
- Pacientes entre las edades de 30 a 59 años, de ambos sexos.

#### **Criterios de exclusión.**

- Personas menores de 30 años y mayores de 60 años.

#### **4.4. Lugar de estudio.**

Esta investigación se desarrolló en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro ubicado en la provincia de Concepción, Departamento de Junín – Perú.

Esta localidad se encuentra a 40 minutos de la ciudad de Huancayo.

#### **4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.**

##### **Técnica.**

##### **Encuesta**

Se utilizó esta técnica para aplicar el cuestionario sobre factores de riesgo a cada unidad de análisis, para ello, al obtener el permiso pertinente se solicitó los correos electrónicos de los pacientes y números de celulares para que través de la vía virtual, se obtuvo la información

necesaria que está contenido en el instrumento de investigación.

**Instrumento:**

**Cuestionario sobre factores de riesgo.**

Este instrumento tiene dos partes, la primera está relacionada a los datos generales que identificaron a las unidades de análisis y contienen reactivos con alternativas de respuesta que facilitaron el marcaje de las respuestas en los espacios correspondientes.

En la segunda parte se consideraron a los datos específicos: es decir a los items que permitieron identificar los factores de riesgo endógenos y exógenos. Cada uno de los items tuvieron alternativas de respuesta para facilitar el marcaje de parte de las unidades de análisis.

**4.6. Análisis y procesamiento de datos.**

El procesamiento de la información se realizó a través de los paquetes estadísticos Excel y SPSS V25. Para ello se procedió a realizar lo siguiente:

- Codificación de los instrumentos de investigación.
- Construcción de la base de datos de los instrumentos utilizados.
- Tabulación electrónica de los datos.
- Cruce de la variable con las dimensiones para construir las tablas estadísticas que darán respuesta a los objetivos planteados en la investigación
- Se realizó el análisis e interpretación de los resultados de investigación contenido en las tablas estadísticas.
- Se procedió a formular los resultados, conclusiones, y recomendaciones de la investigación.

## V. RESULTADOS.

### 5.1. Resultados descriptivos.

**TABLA N° 01**  
FACTORES DE RIESGO ENDÓGENO Y EXÓGENO DEL CÁNCER  
GÁSTRICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL INSTITUTO  
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS CENTRO  
CONCEPCIÓN JUNIN - 2021

FACTORES	Frecuencia	Porcentaje
Factor de riesgo exógeno	33	63,5
Factor de riesgo endógeno	19	36,5
Total	52	100,0

FUENTE: Cuestionario sobre factores de riesgo.

#### **Interpretación.**

En esta tabla se observa que el factor prevalente de cáncer gástrico son los factores exógenos en el 63,5% y en segundo lugar los factores endógenos en un 36,5%.

**TABLA N° 02**  
**FACTOR DE RIESGO ENDÓGENO DEL CÁNCER GÁSTRICO**  
**EN PACIENTES QUE ACUDEN AL INSTITUTO REGIONAL**  
**DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS CENTRO**  
**CONCEPCIÓN JUNIN - 2021**

Herencia familiar	Frecuencia	Porcentaje
Abuelos	10	30,3
Padres	23	69,7
Total	33	100,0

FUENTE: Cuestionario sobre factores de riesgo.

**Interpretación.**

En esta tabla se observa que el factor prevalente de cáncer gástrico de la herencia familiar son los padres en el 69,7% y en segundo lugar los abuelos en un 30,3%.



**TABLA N° 03**  
**FACTORES DE RIESGO EXÓGENO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN**  
**PACIENTES QUE ACUDEN AL INSTITUTO REGIONAL DE**  
**ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS CENTRO CONCEPCIÓN**  
**JUNIN – 2021**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Hábitos nocivos</b>		
Tabaquismo	3	15,7
Coquismo	4	21.1
Alcoholismo	12	63.2
<b>Hábitos alimenticios</b>		
Ahumados	5	26.3
Salados	7	36.9
Condimentados	3	15,7
Carnes	4	21,1
<b>Antecedentes patológicos</b>		
Gastritis	9	47,4
Úlcera péptica	10	52,6
<b>Estado emocional</b>		
Estrés	19	100,0
Ninguno	00	0,0
<b>Automedicación</b>		
Antibióticos	6	31,6
Antiinflamatorios	13	68,4

**Interpretación.**

En esta tabla se observa que el factor prevalente de cáncer gástrico en cuanto a hábitos nocivos es el alcoholismo 63,2%.

Así mismo que el factor prevalente de cáncer gástrico en cuanto a hábitos alimenticios es el consumo de alimentos salados 36,9%, en segundo lugar, los que consumen alimentos ahumados; 26,3%, y el consumo de carnes el 21,1%.

Y que el factor prevalente de cáncer gástrico en cuanto a antecedentes patológicos es la gastritis 52,6%, y en segundo lugar está la úlcera péptica con 47,4%.

También, que el factor prevalente de cáncer gástrico en cuanto al estado emocional es el estrés en un 100%.

Y se observa que el factor prevalente de cáncer gástrico en cuanto a la automedicación es el consumo de antiinflamatorios 68,3%.

## **VI DISCUSION DE RESULTADOS.**

### **6.1. Contratación de los resultados con otros estudios similares.**

Objetivo general; Determinar la prevalencia de los factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín. Este objetivo está representado en la tabla N° 1; Se observa que el factor prevalente de cáncer gástrico son los factores exógenos en mayor proporción a los factores endógenos. Al respecto Corasma U. 2019. Perú. El estudio realizado con el objetivo de determinar los factores de riesgo más significativos asociados a la mortalidad por cáncer de estómago en pacientes atendidos en el IREN NORTE, entre los años 2010 y 2015, Los resultados reportaron que en ambos grupos el mayor porcentaje fueron del sexo masculino, en el grupo de pacientes fallecidos el 40% tenía el cáncer localizado en el cuerpo del estómago y en el grupo de pacientes vivos el 41% estaba localizado en el antro-píloro del estómago, en ambos grupos el mayor porcentaje de cáncer de estómago fueron en estadio IV (73% en el grupo de pacientes fallecidos y 61% en el grupo de pacientes vivos). Para la identificación de los factores de riesgo se realizó un análisis de regresión logística y se encontró que para un nivel de significación del 5% las variables asociadas fueron la edad, sexo masculino, estadio clínico IV, cirugía y cirugía más quimioterapia. Se seleccionó un modelo de pronóstico con una tabla de clasificación

global del 79.6%. Debido a que los pacientes acuden a los establecimientos de salud en etapas avanzadas, el tratamiento curativo es limitado, se debe priorizar campañas de despistaje a los grupos de riesgos a partir de los 40 años y de sexo masculino. (17)

Objetivo específico 1: Identificar la prevalencia de los factores de riesgo endógenos de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín. Este objetivo se demuestra con los resultados obtenidos sobre el factor prevalente de cáncer gástrico endógeno es la herencia familiar son los padres y en segundo lugar los abuelos. Según la investigación realizada por Pérez C. Et.al. 2017. con el objetivo de determinar los factores genéticos y epigenéticos del cáncer gástrico. Reporta en sus resultados que los cambios genéticos incluyen pérdida de heterocigocidad (LOH), inestabilidad microsatelital (MSI), translocaciones, aneuploidía, y mutaciones en GST; y amplificaciones o mutaciones en protooncogenes. Por otro lado, la alteración epigenética más frecuente es la metilación de los promotores. En la actualidad, el Cáncer Gástrico es un problema de salud pública condicionado por tres factores: las altas tasas de incidencia/mortalidad, los sobrecostos de los tratamientos de la enfermedad en estadios avanzados y la falta de acceso de la población a los servicios de salud. (14) tal como especifica la literatura se menciona que las

personas que tienen un padre o madre, hijo/a, o hermano/a con cáncer de estómago corren más riesgo. Además, determinadas alteraciones genéticas hereditarias, como cáncer gástrico difuso hereditario, síndrome de Lynch y poliposis adenomatosa familiar.

(25) El ADN es el químico en cada célula que porta nuestros genes (las instrucciones sobre cómo funcionan nuestras células). Nos parecemos a nuestros padres porque ellos son la fuente de nuestro ADN. Sin embargo, el ADN afecta algo más que nuestra apariencia.

Algunos genes ayudan a las células a crecer y a dividirse en nuevas células, a estos genes se les denominan oncogenes. Los otros genes que disminuyen la división celular, hacen que las células mueran en el momento apropiado o ayudan a reparar el daño al ADN, se llaman genes supresores de tumores.

Entonces se concluye que el cáncer puede ser causado por cambios en el ADN que activan a los oncogenes o desactivan a los genes supresores de tumores. Las mutaciones hereditarias (cambios anormales) en algunos genes (como se explicó en la sección pueden aumentar el riesgo de cáncer de estómago. Se cree que estos sólo son responsables de un pequeño porcentaje de tumores cancerosos del estómago. Aun así, se pueden realizar pruebas genéticas para identificar mutaciones genéticas que pueden causar algunos síndromes de cáncer hereditario. La mayoría de los cambios genéticos que conducen a cáncer de

estómago ocurren después del nacimiento. (24)

En el objetivo específico 2; Identificar la prevalencia de los factores de riesgo exógenos de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín. Se encontró que entre los factores exógenos el factor prevalente de cáncer gástrico en cuanto a hábitos nocivos es el alcoholismo, el consumo de alimentos salados, en segundo lugar, los que consumen alimentos condimentados; alimentos ahumados; y el consumo de carnes, en cuanto a antecedentes patológicos es la gastritis, en cuanto al estado emocional es el estrés, en cuanto a la automedicación es el consumo de antibióticos. Y que los pacientes se encuentran en el estadio I de cáncer gástrico, y tienen entre los 31 a 40 años de edad, de sexo masculino, procedentes de la zona rural, con nivel de escolaridad secundaria, de ocupación obrero y de etnia mestiza.

Al respecto se cita el estudio efectuado por Taipei A. et.al. 2017. Perú que tuvo como objetivo. Determinar los factores de riesgo que están asociadas al tipo de cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" 2014-2016. Quién reporta que el 35,8% de pacientes con cáncer gástrico son de 61 a 70 años y 20,8%, 71 a 80 años de edad. Un 5,7%, son del género masculino y 45,3%, femenino y 64,2%, son del área rural y 35,8%, urbana. El 88,7% de pacientes atendidos

presentan cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma y 11,3%, otros tipos. El 83,0% de pacientes con cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma están expuestos al consumo de alimentos ahumados, salados, muy condimentados (sig. < ,05); 79,2%; a dietas pobre en frutas y verduras (sig. < ,05); y los otros factores ambientales como alcoholismo, tabaquismo y ocupación de riesgo no son significativos en la presencia del cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma. El 86,8%, presentaron gastritis atrófica, metaplasia intestinal y displasia (sig. < ,05); 81,1%; anemia perniciosa (sig. < ,05); y los otros factores de riesgo pre malignos como pólipos gástricos y cirugía previa de estómago no son significativos en la presencia del cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma. El 86,8%, presentaron infección por helicobacter pylori (sig. < ,05). Conclusiones. Los factores de riesgo ambientales, premalignos e infecciosos están asociados a la presencia de cáncer gástrico. (20), en estos resultados reportados por el autor se puede establecer que existe relación con lo encontrado en nuestra investigación como factores de riesgo prevalente en la zona de Huancayo.

### **6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.**

Se cumplió con los requisitos sobre responsabilidad ética ya que la información recogida solo se mantiene para uso de la investigación y guardando la confiabilidad de los pacientes.

## **CONCLUSIONES:**

1. Se observa que el factor prevalente de cáncer gástrico son los factores exógenos en mayor proporción a los factores endógenos en un 36,5%.
2. El factor prevalente de cáncer gástrico endógeno es la herencia familiar de los padres y en segundo lugar los abuelos.
3. Se encontró que entre los factores exógenos el factor predominante de cáncer gástrico en cuanto a hábitos nocivos es el alcoholismo, el consumo de alimentos salados, en segundo lugar, los que consumen alimentos condimentados; y el consumo de carnes, en cuanto a antecedentes patológicos es la gastritis, respecto al estado emocional es el estrés, en cuanto a la automedicación es el consumo de antibióticos.

## RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a los pobladores de la localidad de Huancayo y otros distritos de la provincia a realizarse el cribaje periódico según indique el médico para descartar el cáncer gástrico.
2. Se sugiere al personal profesional que labora en el primer nivel de atención a realizar actividades de promoción y prevención sobre el cáncer a través de la organización de ferias de salud u otros que vayan a favorecer la prevención de esta enfermedad.
3. A las familias de la localidad se sugiere que tengan bastante cuidado en el consumo de determinados alimentos que pueden causar cáncer como son las carnes ahumadas, saladas, muy condimentadas, etc. Que pueden ocasionar cáncer gástrico.
4. A los pacientes; que eviten el consumo de sustancias estimulantes psicoafectivas como el alcohol, tabaco y otros que actúan como factores de riesgo a su salud física y mental.
5. A los pacientes que están padeciendo esta enfermedad se sugiere un cambio en la rutina alimenticia con determinados productos que no condiciones el agravamiento de su enfermedad.



## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ministerio de Salud de Costa Rica. Situación epidemiológica del cáncer actualizado. 2015. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/2722-situacion-epidemiologica-del-cancer/file>. [Ingreso el 2 de diciembre del 2019].
2. Miyahara R, Niwa Y, Matsuura T, Maeda O, Ando T, Ohmiya N et al. Prevalence and prognosis of gastric cancer detected by screening in a large Japanese population: Data from a single institute over 30 years. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2007;22(9):1435-1442.
3. Bray F., Znaor A., Cueva P., Korir A., Swaminathan, Otros. Planificación y Desarrollo de Registros de Cáncer de Base Poblacional en los Países de Ingresos Bajos y Medios. Francia: Agencia Internacional de Investigación Sobre el Cáncer (IARC); 2015. Publicaciones Técnicas N° 23.
4. DIRESA JUNIN  
[http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2019101130\\_diresa\\_lanza\\_la\\_semana\\_de\\_junn\\_contra\\_el\\_cancer/](http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2019101130_diresa_lanza_la_semana_de_junn_contra_el_cancer/)
5. International Agency for Research on Cancer. *Cancer today*. Lyon: IARC; 2018. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>.
6. Simon S, Bines J, Barrios C. Clinical characteristics and outcome

of treatment of Brazilian women with breast cancer treated at public and private institutions—the AMAZONE project of the Brazilian breast cancer study group (GBECAM). San Antonio Breast Cancer Symposium; San Antonio, TX, USA; dic 9–13, 2009. Abstr 3082

7. Secretaría de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Dirección General Adjunta de Epidemiología. México, 1993–2004.
8. Mohar A, Bargallo E, Ramirez MT, Lara F, Beltran-Ortega A. Available resources for the treatment of breast cancer in Mexico. *Salud Publica Mex* 2009; 51 (suppl 2): 263–9.
9. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin D, Piñeros M Et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International Journal of Cancer*. 2018;144(8):1941-1953.
10. DIRESA JUNIN [https://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2019101130\\_diresa\\_lanza\\_la\\_semana\\_de\\_junn\\_contra\\_el\\_cancer/](https://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2019101130_diresa_lanza_la_semana_de_junn_contra_el_cancer/)
11. Epidemiologia IREN CENTRO [https://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2020071516\\_mas\\_de\\_100\\_cirugas\\_oncolgicas\\_realiz\\_el\\_iren\\_centro\\_de\\_concepcin/](https://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2020071516_mas_de_100_cirugas_oncolgicas_realiz_el_iren_centro_de_concepcin/)
12. Paredes-Torres OR, García-Ruiz L, Luna-Abanto J, Meza-García K, Chávez-Passiuri I, Berrospi-Espinoza F, et al. Factores de riesgo asociados con morbilidad y mortalidad postoperatoria en gastrectomía radical D2 por cáncer gástrico. *Revista de*

- Gastroenterología de México [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Apr 29];(Preprints). Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=ejs55398179&lang=es&site=eds-live&scope=site>
13. Gómez Zuleta MA, Torres KE, Falduto MT, Magnuson SR. Identificación de biomarcadores sanguíneos para la detección de lesiones premalignas y el diagnóstico del cáncer gástrico. (Spanish). Revista Colombiana de Gastroenterología [Internet]. 2017 Jan [cited 2021 Apr 29];32(1):7–19. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=123009149&lang=es&site=eds-live&scope=site>
  14. Pérez-Cala T, Camargo M, Martínez A. Factores genéticos y epigenéticos del cáncer gástrico / Genetic and epigenetic factors of gastric cancer. Actualidades Biológicas [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2021 Apr 29];39(106):5–20. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S0304.35842017000100005&lang=es&site=eds-live&scope=site>
  15. Pinilla R, Facundo H, Oliveros R, Sánchez R. Factores asociados con carcinomatosis por Cáncer Gástrico: ¿A quiénes hacemos laparoscopia? / Factors associated with peritoneal carcinomatosis due to gastric cancer: On whom do we perform laparoscopy? Revista Colombiana de Cancerología [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2021 Apr 29];21(4):187–93. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S0123.90152017000400187&lang=es&site=eds-live&scope=site>

16. María Alejandra V, Milena Andrea R, Olga Lucia PE, Bejarano Elizabeth V. Estado Nutricional de pacientes con neoplasias del tracto gastrointestinal. (Spanish). Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria [Internet]. 2017 Apr [cited 2021 Apr 29];37(2):139–46. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=137792371&lang=es&site=eds-live&scope=site>
17. Corasma Uñurucu VY. Factores de riesgo asociados a la mortalidad por cáncer de estómago en pacientes atendidos en el IREN Norte, 2010 - 2015 [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo; 2019 [cited 2021 Apr 29]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00912a&AN=CONCYTEC.UNITRU.14359&lang=es&site=eds-live&scope=site>
18. Valdivia Cabrera RF. Factores clínicos y epidemiológicos asociados a cáncer gástrico en pacientes del servicio de gastroenterología en el Hospital Militar Central en el año 2015 - 2016 [Internet]. Lima; 2018 [cited 2021 Apr 29]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00912a&AN=CONCYTEC.URP.1262&lang=es&site=eds-live&scope=site>

19. Berrospi Zavala M. Factores asociados a conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, setiembre-noviembre 2017 [Internet]. Lima; 2018 [cited 2021 Apr 29]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00912a&AN=CONCYTEC.URP.1239&lang=es&site=eds-live&scope=site>
20. Taipe de la Cruz AS, Zevallos Crisostomo BB. Factores de riesgo y tipo de cancer gástrico en pacientes diagnosticados en el Hospital Regional 'Zacarías correa Valdivia', 2014-2016 [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica; 2017 [cited 2021 Apr 29]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00912a&AN=CONCYTEC.UNH.1103&lang=es&site=eds-live&scope=site>
21. Benites Quispe R. Cáncer gástrico en un Hospital de altura periodo 2012-2017 [Internet]. Universidad Peruana Los Andes; 2019 [cited 2021 Apr 29]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00912a&AN=CONCYTEC.UPLA.641&lang=es&site=eds-live&scope=site>
22. Organización Mundial de la Salud (OMS) <https://www.who.int/es/news-room/fact->
23. Society of Clinical Oncology (internet). ed. Board 2005-2014. Disponible en: <http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-est%C3%B3mago/factores-de-riesgo>

24. Sociedad americana de cáncer (internet). Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/acerca/que-es-el-cancer-de-estomago.html>
25. Dirección de epidemiología del Ministerio de Salud, Perú, 2013. Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Vol 1ed. Perú, 2013.
26. Instituto americano para la prevención del cáncer, cáncer en línea (Internet). Disponible en: [http://www.canceronline.cl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=67&Itemid=67](http://www.canceronline.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=67)
27. Federico Sopena Biargea y María Asunción García González. Cáncer Gástrico. España. Vol. 10 N° 4, pag. 163 AL 170. España 2011. Disponible en: <http://aeeh.es/wp-content/uploads/2011/12/v10n4a691pdf001.pdf>
28. Cáncer (internet). España. Disponible en: <https://www.cancer.gov/español/cáncer/naturaleza/que-es><http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
29. Mejor sin cáncer (internet). 6 agosto 2015. Disponible en: <http://mejorsincancer.org/2015/08/06/beber-alcohol-y-cancer/>
30. Arturo Arroyo, Universidad de Argentina, área de comunicación e investigación (internet). Disponible en: <http://argentinainvestiga.edu.ar/noticia.php?id=653>
31. CENEN (internet). Disponible en: [http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/CENAN/Tabla\\_valor\\_nutricional\\_segun\\_IMC\\_adultos.pdf](http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/CENAN/Tabla_valor_nutricional_segun_IMC_adultos.pdf)

32. Instituto nacional del cáncer (internet). 15 de noviembre de 2011. España. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causasprevencion/investigacion/obesidad-y-riesgo-de-cancer>.
33. Hernández Sampieri, Roberto; et al. Metodología de la Investigación. 2ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2016. Pág. 52 - 134.

# **ANEXOS**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
ESCUELA DE POSGRADO  
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INTENSIVA**

**ANEXO N° 01  
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<p><b>Problema general.</b> ¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín - 2021?</p> <p><b>Problemas específicos.</b></p> <p>1. ¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo endógenos de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín?</p> <p>2. ¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo exógenos de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín?</p>	<p><b>Objetivo general.</b> Determinar la prevalencia de los factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín.</p> <p><b>Objetivos específicos.</b></p> <p>1. Identificar la prevalencia de los factores de riesgo endógenos de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín.</p> <p>2. Identificar la prevalencia de los factores de riesgo exógenos de cáncer gástrico en pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro, Concepción Junín.</p>	<p>Prevalencia de factores de riesgo de cáncer de riesgo gástrico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo endógeno.</li> <li>• Factores de riesgo exógeno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herencia familiar</li> <li>• Hábitos nocivos.</li> <li>• Hábitos alimenticios.</li> <li>• Estado nutricional.</li> <li>• Antecedentes patológicos</li> <li>• Estado emocional.</li> <li>• Automedicación.</li> </ul>	<p><b>Tipo de Investigación.</b> Enfoque cuantitativo, descriptivo.</p> <p><b>Diseño de investigación.</b> Descriptivo simple.</p> <p><b>Población.</b> Estará conformada por la población adulta entre 30 a 59 años y el número aproximado es de 60 pacientes.</p> <p><b>Muestra:</b> 52 pacientes con cáncer gástrico.</p> <p><b>Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.</b></p> <p><b>Técnica:</b></p> <p><b>Encuesta</b></p> <p><b>Instrumento.</b> Cuestionario sobre factores de riesgo de cáncer gástrico.</p>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
ESCUELA DE POSGRADO  
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

**ANEXO N° 02**

**CUESTIONARIO SOBRE FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER  
GÁSTRICO**

**I. DATOS GENERALES:**

1. Número de Ficha: \_\_\_\_\_

2. Tipo de paciente:

Estadío de la enfermedad:

I grado: ( )

II grado ( )

III grado ( )

IV grado ( )

10. Edad:

• 31 – 40 años ( )

• 41 – 50 años ( )

• 51 – 60 años ( )

11. Sexo:

• Masculino ( )

• Femenino ( )

12. Procedencia:

• Rural ( )

• Urbana ( )

13. Escolaridad:

- Sin escolaridad ( )
- Primaria ( )
- Secundaria ( )
- Superior ( )

14. Ocupación:

- Obrero ( )
- Empleado ( )
- Agricultor ( )
- Ama de casa ( )
- Temporal ( )
- Desocupado ( )

15. Etnia:

- Mestiza
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**II. DATOS ESPECÍFICOS:**

**FACTORES DE RIESGO ENDÓGENOS:**

1. Antecedentes familiares de cáncer.

- Abuelos ( )
- Padres ( )
- Hermanos ( )
- Hijos ( )

**FACTORES DE RIESGO EXÓGENOS:**

2. Hábitos nocivos.

- Tabaquismo ( )
- Coquismo ( )
- Alcoholismo ( )

3. Hábitos alimenticios.

- Tipo de alimento
  - Alimentos secos, ( )
  - Ahumados ( )
  - Salados ( )
  - Muy condimentados ( )
  - Carnes ( )
  - Dieta pobre en frutas ( )
  - Dieta pobre en verduras ( )

4. Antecedentes patológicos

- Gastritis. ( )
- Úlcera gástrica ( )

5. Estado emocional.

- Estrés. ( )

6. Automedicación.

- Antibióticos ( )
- Antiinflamatorios ( )  
no esteroideos