

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERIA



T E S I S

**Conocimientos y aptitudes sobre los factores de riesgo de
cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del
Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020 - 2021**

Para optar el título profesional de

Licenciada en enfermería

Autor:

Bach. Nickol Stephania CULANTRES ORTEGA

Asesor:

Mg. Glenn Clemente ROSAS USURIAGA

Cerro de Pasco – Perú - 2024

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERIA



T E S I S

**Conocimientos y aptitudes sobre los factores de riesgo de
cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del
Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020 - 2021**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dr. Javier SOLÍS CÓNDOR

PRESIDENTE

Dr. Loli CABRERA ALVARADO

MIEMBRO

Mg. César Ivón TARAZONA MEJORADA

MIEMBRO



Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 087-2024

La Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión ha realizado el análisis con exclusiones en el Software Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por:

CULANTRES ORTEGA, Nickol Stephania

Escuela de Formación Profesional

Enfermería

Tesis

“CONOCIMIENTOS Y APTITUDES SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO EN EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - PASCO 2020-2021”

Asesor:

Mg. Glenn Clemente ROSAS USURIAGA

Índice de Similitud: 25 %

Calificativo

APROBADO

Se adjunta al presente el informe y el reporte de evaluación del software similitud.

Cerro de Pasco, 24 de mayo del 2024.



Firmado digitalmente por PAITA
HUATA Elsa Lourdes FAU
20154605046 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 24.05.2024 14:41:13 -05:00

Dra. Elsa Lourdes PAITA HUATA
Directora de la Unidad de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud

DEDICATORIA

A Dios por concederme la vida quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas.

A mis padres que gracias a ellos soy lo que soy, por ser la fuerza para obtener todos los logros además porque son el motivo de mi inspiración y superación.

A mi familia, por estar en los momentos más importantes de mi vida.

AGRADECIMIENTO

La realización de este trabajo de investigación fue gracias al esfuerzo y desempeño personal, guiada por nuestro asesor y docentes de nuestra universidad nacional danierl Alcides Carrión quienes con dedicación y esmero me han podido orientar y guiar para durante todo el proceso.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo: relacionar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco. El estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo y tipo descriptivo, los métodos utilizados fueron deductivo, analítico y sintético. Para la recolección de datos se consideró la técnica; entrevista virtual, los instrumentos fueron: Ficha de registro sobre competencia cognitiva de los factores de riesgo. Cuestionario sobre prevención del cáncer gástrico.

La muestra estudio fueron 65 personales de salud. Se obtuvo como resultado: El nivel de conocimientos del personal sobre los factores de riesgo y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco es alto frente a la prevención del cáncer gástrico que es adecuada en el 44.6%. Y las conclusiones fueron; El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco.es adecuada en el personal masculino 44,6%, poco adecuada en el personal de estado civil conviviente 38,5% y nivel socio económico medio 32,5%.

El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco.es poco adecuada en el personal que como característica tiene el factor ROH "O" 29,2%, y en los que tienen otros tipos de factores del 30,8%. El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud de del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco.es adecuada en el personal de salud que tiene peso normal 40,0%, y poco adecuada 40%.

Palabras Clave: Prevención del cáncer gástrico, competencia cognitiva del personal de salud.

ABSTRACT

The present research work aimed to: Determine the level of cognitive competence on risk factors and gastric cancer prevention in the personnel of the Félix Mayorca Soto de Tarma Health Network. The research study had a quantitative and descriptive approach; the methods used were deductive, analytical and synthetic. For data collection, the following technique was used; In the virtual interview, the instruments were: Record sheet on cognitive competence of risk factors. Gastric cancer prevention questionnaire. The study sample consisted of 65 internal users or health personnel. It was obtained as a result: The level of cognitive competence of the health personnel of the Network is high compared to the prevention of gastric cancer, which is adequate in 44.6%. And the conclusions were; The level of gastric cancer prevention in the health personnel of the Daniel Alcides Carrion Network is adequate in 44.6% male personnel, not very adequate in cohabiting civil status personnel 38.5% and average socio-economic level 32.5 %. The level of gastric cancer prevention in the health personnel of the Network is not very adequate in the personnel who as a characteristic have the ROH factor "O" 29.2%, and in those who have other types of factors of the 30.8%. The level of prevention of gastric cancer in the health personnel of the Network is adequate in health personnel who have a normal weight of 40.0%, and inadequate in 40%.

Keywords: Prevention of gastric cancer, cognitive competence of health personnel.

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico es una patología del grupo de las neoplasias; evidenciando en la última década, la disminución de casos por factores como: menor consumo de tabaco, mejor estilo de vida y consumo alimentario hiposódico de la población; sin embargo, persiste una alta mortalidad en países latinos como Costa Rica, representando la tercera malignidad más frecuente del país y el segundo en muertes por cáncer, luego de la neoplasia de próstata. (1) Asimismo, las detecciones que no hayan invadido la capa muscular en diagnósticos tardíos, se mostraron del 20% una sobrevida a 5 años; mientras que, en países con programas especializados y avanzados en tamizaje, lograron del 90% una sobrevida a los 5 años. (2)

El incremento del número de casos del cáncer en el Perú, se determina por las circunstancias sociales de la salud y la exposición frecuente de la población a los factores de riesgo. Estos determinantes son consideradas relevantes para el cáncer gástrico, como: la pobreza, educación, urbanización y contaminación ambiental; es así que, según los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), revelan que, en los últimos 11 años, la pobreza en el Perú, muestra una inclinación descendente, pasando de 42,4% en el año 2007 al 21,7% en el año 2017.

En contraste a los factores de riesgo, la Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas efectuada durante los años 1998-2010 por las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) ejecutado en los años 2014-2017, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) y por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); manifiesta y expone que el consumo de tabaco y alcohol tienen una predilección descendente, así como la obesidad y el sobrepeso tienen predilección ascendente; caso contrario a una tendencia estacionaria con el bajo consumo de frutas y verduras.

Las infecciones oncogénicas son más comunes en poblaciones vulnerables, siendo las infecciones por *Helicobacter pylori* y el virus del papiloma humano (VPH). La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), en el año 2018, expuso

que la incidencia de casos por cáncer en el Perú era de 192,6 por 100 000 personas habitantes, conllevando a un diagnóstico de 66 627 casos nuevos en un grupo de 32 551 811 habitantes por año. Estas estimaciones se basan en datos proporcionados por los registros poblacionales de cáncer de las ciudades de Lima y Arequipa. La vigilancia epidemiológica del cáncer basada en registros médicos, realizada principalmente en hospitales del Ministerio de Salud, muestra que los cánceres más comunes en los hospitales costeros son el cáncer de cuello uterino, piel, mama, estómago e intestino grueso; En zonas montañosas, las lesiones más comunes son el cuello uterino y el estómago; Aunque los cérvidos son más comunes en la selva, su incidencia es mucho mayor que en la costa y la montaña. (3)

En Pasco, el cáncer de cuello uterino es el cáncer más común en las mujeres, después del cáncer de mama, el cáncer de colon y el cáncer de estómago en ambos sexos. Hombres con cáncer de próstata y pulmón. El problema surge porque nuestra sociedad no tiene una cultura de prevención y, por lo tanto, cuando se hace el diagnóstico, estamos ante una enfermedad terminal que no se puede curar a causa de la enfermedad. DIRESA fortalece las capacidades técnicas del personal superior de salud en las áreas de promoción de la salud, detección temprana y control integral del cáncer; brindar atención de alta calidad a la sociedad a través de estrategias efectivas e innovadoras que mejoren los servicios integrales de atención del cáncer.(4)

Con base a todo lo descrito se elaboró un estudio sobre: ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo en la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco? Con el objetivo de; Determinar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco. Para contrastar la hipótesis: Sí, el nivel de competencia cognitiva es regular sobre los factores de riesgo en la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco.

El estudio está conformado por datos preliminares donde se presenta la dedicatoria, el reconocimiento, resumen e introducción. El Capítulo I, que tiene como título Problema de Investigación y subtítulos como identificación y determinación del problema, delimitación de la investigación, formulación del problema, problema principal, problemas específicos, formulación de objetivos, objetivo general, objetivos específicos, justificación de la investigación, limitaciones de la investigación. Capítulo II cuyo título es Marco Teórico y contiene los siguientes subtítulos: antecedentes del estudio, bases teóricas científicas, definición de términos básicos, formulación de hipótesis, hipótesis general, hipótesis específica, identificación de variables, operacionalización de variables e indicadores. Capítulo III que tiene por título Metodología y Técnicas de Investigación, a la vez tiene los subtítulos: tipo de investigación, método de investigación, diseño de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas de procesamientos y recolección de datos, tratamiento estadístico, selección y validación de los instrumentos de investigación. Capítulo IV tiene como título Resultados y Discusión donde los subtítulos son: Descripción del trabajo de campo, Presentación análisis e interpretación de resultados que se obtuvo en el trabajo de campo, prueba de hipótesis, discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones, Bibliografía y Anexos.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
ÍNDICE	
INDICE DE TABLAS	
INDICE DE GRÁFICOS	

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y determinación del problema	1
1.2. Delimitación de la investigación	5
1.3. Formulación del problema.....	6
1.3.1. Problema general	6
1.3.2. Problemas específicos.....	6
1.4. Formulación de objetivos	7
1.4.1. Objetivo general.....	7
1.4.2. Objetivos y específicos	7
1.5. Justificación de la investigación	8
1.6. Limitaciones de la investigación.....	9

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio	10
2.2. Bases teóricas científicas.....	17
2.2.1. Cáncer.....	17
2.2.2. Cáncer gástrico.....	21
2.2.3. Prevención de cáncer gástrico.....	31
2.2.4. La función preventiva promocional de la enfermera.....	58
2.3. Definición de términos básicos	60
2.4. Formulación de hipótesis.....	61
2.4.1. Hipótesis general	61

2.4.2. Hipótesis específicas	61
2.5. Identificación de variables.....	62
2.6. Definición operacional de variables e indicadores.....	63

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación	65
3.2. Nivel de investigación	65
3.3. Métodos de investigación	65
3.4. Diseño de investigación	65
3.5. Población y muestra	65
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	66
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	66
3.8. Tratamiento estadístico.....	66
3.9. Orientación ética filosófica y epistémica.....	67

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo.....	68
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	68
4.3. Prueba de hipótesis	79
4.4. Discusión de resultados.....	84

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021	68
Tabla 2: Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021	70
Tabla 3: Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021	71
Tabla 4: Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021	73
Tabla 5: Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021	74
Tabla 6: Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021	76
Tabla 7: Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021	77
Tabla 8:	79
Tabla 9:	79
Tabla 10:	80
Tabla 11:	80
Tabla 12:	81
Tabla 13:	81

Tabla 14:	82
Tabla 15:	82
Tabla 16:	83
Tabla 17:	83

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021	69
Gráfico 2: Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021	71
Gráfico 3: Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021	72
Gráfico 4: Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021	74
Gráfico 5:	75
Gráfico 6: Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021	77
Gráfico 7: Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021	78

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y determinación del problema

El cáncer de estómago es uno de los cánceres cuya incidencia ha disminuido en la última década debido a una serie de factores como un menor consumo de tabaco, una mejor nutrición de la población y alimentos bajos en sodio, pero aun así las tasas de mortalidad son altas, principalmente en países como Costa Rica, donde es el tercer cáncer más común en el país y la segunda causa de muerte. del cáncer, después del cáncer de próstata (1)

Normalmente, la tasa de supervivencia a 5 años es del 20 % debido al diagnóstico tardío; sin embargo, en países con programas de detección generalizados, la tasa de supervivencia a 5 años es del 90 % cuando se detecta de forma no invasiva, sobre todo cuando no invade la capa muscular. (2) El aumento de la incidencia del cáncer en el Perú se debe en gran medida a los determinantes sociales de la salud, así como a la exposición de la sociedad a factores de riesgo. Los determinantes sociales más importantes del cáncer son la urbanización pobreza y la educación. Datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) evidencian que la tasa de pobreza en el Perú ha tenido una tendencia a la baja durante los últimos 11 años, pasando del 42,4% en 2007 al 21,7% en 2017.

En cuanto a factores de riesgo, se destacan la Encuesta Nacional sobre Prevención del Uso y Consumo de Drogas en la Población General, realizada de 1998 a 2010 por la Comisión Nacional para una Vida y Desarrollo Libre de Drogas (DEVIDA) y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática en 2014-2017 muestran que el consumo de cigarrillo y alcohol tiende a disminuir, mientras que la obesidad y el sobrepeso aumentan; mientras que consumir menos verduras y frutas es una tendencia habitual.

Las infecciones neoplásicas muestran preponderancia en población general y poblaciones vulnerables siendo las más incidentes la infección por *Helicobacter pylori* y la infección por el virus del papiloma humano (VPH). La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), en el año 2018, expone que las ocurrencias de cáncer en el Perú, fue de 192,6 casos nuevos por 100 000 habitantes; esta cantidad es representativo para el diagnóstico de 66 627 casos nuevos en una población de 32 551 811 personas para presente año. Estos valores, se consideran en base a los datos proporcionados por los registros de carcinomas malignas de base poblacional de Lima Metropolitana y Arequipa.

La Vigilancia Epidemiológica sobre casos de Cáncer, evidenciado en los Registros Hospitalarios del Ministerio de Salud, manifiestan que los carcinomas malignos de mayor frecuencia en hospitales de la zona norte y costa del Perú son: cáncer cervical, de piel, estómago, mama y colorrectal; asimismo, los más frecuentes en la zona sierra son: cáncer de estómago y cervical; y de mayor proporción y preocupación en la zona selva es el de cervical. (3)

En la ciudad de Cerro de Pasco, la primera tasa de incidencia de cáncer, es de mayor frecuencia en la población femenina como: el cáncer de cuello uterino, de colon y mama, y en la población masculina es el cáncer del estómago, de Próstata y pulmón.

El factor preponderante surge debido a la falta de sensibilización, conciencia y responsabilidad de una cultura preventiva que nuestra sociedad carece; por lo tanto, durante el desarrollo del diagnóstico patológico, se halla a la enfermedad en estadios mayores o avanzados. Es por eso que la Dirección Regional de Salud (DIRESA) se está enfocando en fortalecer y garantizar las competencias técnicas de los profesionales de la salud, garantizando la atención preventiva promocional, detección temprana y control integral del cáncer; con el propósito o la finalidad de brindar atención holística, integra y de calidad a la población, utilizando las diversas estrategias innovadoras con eficiencia y eficacia, para fortalecer y afianzar los servicios en la atención de los casos diversos de oncología de forma integral. (4)

El cáncer es un problema de salud pública mundial debido a su gran carga, especialmente en los países en desarrollo. Más de 18 millones de personas son diagnosticadas con cáncer cada año en todo el mundo y se espera que esta cifra aumente a 29,5 millones para 2040 (5). Aunque la incidencia del cáncer en América del Sur es menor (204,3 nuevos casos por 100.000 habitantes) que en Europa (281,5 por 100.000) o Estados Unidos (352,2 por 100.000), la mortalidad todavía afecta a las personas mayores. Este hecho se debe principalmente a que el cáncer se detecta en una etapa tardía, en parte debido al menor acceso a servicios médicos para su tratamiento. En Estados Unidos, el 60% de los casos de cáncer de mama se diagnostican en las primeras etapas; mientras que en Brasil solo el 20% y en México solo el 10% se diagnostican en etapas tempranas. (6,7,8). Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9), en el año 2018, se notificaron aproximadamente 1.034.000 nuevos casos de cáncer gástrico en todo el mundo (5,7 % de todos los casos de cáncer gástrico), ubicándolo en quinto lugar en incidencia entre todos los cánceres neoplásicos. De manera similar, el cáncer de estómago se está convirtiendo en

la cuarta neoplasia maligna más común en los hombres, con un estimado de 684.000 casos nuevos, casi el doble que, en las mujeres, con 350.000 casos nuevos.

A nivel mundial, el continente con el mayor número de casos nuevos es, Asia (75% de los diagnósticos estimados en 2018), seguido de China (44%) y Japón (11%). Los siguientes continentes con más casos son Europa (13%) y América Latina (6,5%). (9)

Al extrapolar estos datos, se determina el riesgo acumulativo entre regiones. De manera similar, se dice que Corea del Sur tiene la tasa de incidencia más alta del mundo, y América Latina y el Caribe está emergiendo como la región con la segunda tasa de incidencia más alta a nivel continental. Costa Rica ocupó el cuarto lugar.

El Ministerio de Salud informa que en Costa Rica la incidencia en hombres es de 17,3 por 100.000 hombres, lo que la convierte en la tercera neoplasia maligna más común en el país, pero ha tenido una tendencia a la baja desde el año 2000. El promedio nacional es San José (20,3 casos por 100.000 hombres), seguida de Cartago (18 casos por 100.000 hombres).

A nivel nacional, el cáncer de estómago es menos común en mujeres que en hombres, lo que lo convierte en el quinto cáncer más común; con una incidencia de 10,8 por 100.000 mujeres (1)

En cuanto a los servicios oncológicos, se encontraron datos del 2017 a nivel nacional, donde había 110 unidades de mamografía en funcionamiento y aunque todas las unidades contaban con al menos un dispositivo, en unidades como Cajamarca, Cusco, Piura, Lima, Loreto, Ica, La Libertad y Puño. el número de equipos no es suficiente para el público objetivo.

Este año se brindaron servicios de citología en 21 departamentos, a excepción de Pasco, Madre de Dios, Huánuco y Amazonas, que tuvieron que

subcontratar el servicio; De manera similar, todos los departamentos excepto Amazonas y Pasco cuentan con al menos una instalación de patología. Los servicios más concentrados son radioterapia y trasplante de médula ósea en establecimientos públicos y se limitan a Lima, Arequipa, La Libertad, Cusco y Junín; mientras que los trasplantes de médula ósea se realizan en Lima, Lambayeque y Arequipa. (3)

El análisis de exposición territorial muestra que los departamentos más susceptibles a las medidas de prevención y control del cáncer son Huánuco, Pasco, Ayacucho, Amazonas, Cajamarca, Loreto y San Martín. Estas agencias requieren una intervención gubernamental prioritaria en el corto plazo para fortalecer los esfuerzos de prevención y control del cáncer. Las provincias de Apurímac, Ica, Huancavelica, Madre de Dios, Junín, Lambayeque y Piura también son vulnerables y requieren intervención a corto y mediano plazo.

El Instituto Regional del Cáncer, ubicado en la provincia de Concepción, señala en su sitio web que los principales cánceres atendidos en el centro quirúrgico del IREN son: cáncer de estómago 40%, cáncer colorrectal 20%, cáncer de mama 20% y cáncer de ovario. 6%, tiroides 4%, meningioma (neurocirugía) 2%. (11)

Por lo tanto, esperábamos realizar un estudio sobre los factores de riesgo de cáncer gástrico en la comunidad, ya que esto es consistente con nuestra experiencia y creemos que el primer nivel de atención es muy importante para prevenir esta enfermedad a través de actividades promocionales y preventivas.

1.2. Delimitación de la investigación

a. Delimitación conceptual.

En este estudio se desarrolló el sustento teórico de estas dos variables:

- Conocimientos y aptitudes sobre factores de riesgo
- Medidas de prevención del cáncer gástrico.

b. Delimitación espacial.

El estudio se efectuó en personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco

c. Delimitación temporal.

El tiempo estimado para este estudio fue de 8 meses aproximadamente, fechas en que duró el cronograma estimado.

d. Delimitación social.

Esta investigación favoreció al personal profesional y no profesional de la salud, ya que permitió identificar los factores de riesgo y aplicación de las medidas preventivas del cáncer gástrico.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Conocimientos y aptitudes sobre los factores de riesgo de cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo demográficos y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco?
- ¿Cuál es el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo características clínicas y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco?
- ¿Cuál es el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo estado nutricional y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides

Carrión – Pasco?

- ¿Cuál es el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo consumo de alimentos y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco?
- ¿Cuál es el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo sustancias psicoactivas y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco?
- ¿Cuál es el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo patologías previas y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimientos y aptitudes sobre los factores de riesgo y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.

1.4.2. Objetivos y específicos

- Identificar el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo demográficos y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.
- Identificar el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo características clínicas y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco..

- Identificar el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo estado nutricional y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.
- Identificar el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo consumo de alimentos y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.
- Identificar el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo sustancias psicoactivas y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.
- Identificar el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo patologías previas y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.

1.5. Justificación de la investigación

Justificación Teórica.

El presente estudio sirvió para incrementar el conocimiento sobre los factores de riesgo al que está expuesto y conoce el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco., también este trabajo estará al alcance de otros estudios de Investigación, para que lo tomen como antecedente y puedan mejorarlo.

Así mismo, se planteará sugerencias para que el personal de salud mejore las condiciones de vida en el cuidado de su salud para prevenir esta enfermedad crónica.

Justificación Práctica.

Permitirá concientizar al personal de salud del establecimiento sobre la importancia de preservar la salud del personal.

Justificación. Metodológica.

Para ejecutar este estudio las investigadoras cuentan con dos instrumentos que medirán a ambas variables de estudio.

1.6. Limitaciones de la investigación

Limitante teórica:

No se identificaron estudios locales para esta investigación, pero hubo estudios realizados a nivel nacional e internacional y fueron citados cuando correspondía.

Limitante temporal:

Esta investigación es de naturaleza descriptiva y correlacional, y la información recopilada será relevante en un corto periodo de tiempo debido a la naturaleza de las variables estudiadas.

Limitante espacial:

No se encontraron restricciones institucionales de naturaleza no geográfica.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio

Internacional:

Paredes-T. Et.al. 2021. México. Los objetivos de este estudio fueron: Determinar los factores de riesgo relacionados con la morbilidad y la mortalidad después de la gastrectomía radical D2 en el tratamiento del cáncer gástrico. Métodos: En este estudio retrospectivo de serie de casos se consideraron las historias clínicas de pacientes con cáncer gástrico sometidos a gastrectomía radical D2 entre enero de 2014 y diciembre de 2018. Se realizaron análisis univariados y multivariados para identificar factores de riesgo asociados con la morbilidad y mortalidad posoperatoria a los 90 días. Resultado. fueron en 691 pacientes, la morbilidad y mortalidad postoperatorias fueron del 23,3% y 3,3%, respectivamente. En el análisis multivariado, la edad ≥ 70 años, la gastrectomía total y la esplenopancreatectomía se asociaron con una mayor morbilidad posoperatoria. Por otro lado, la edad ≥ 70 años, un IMC más bajo y la hipoalbuminemia se asociaron con una mayor mortalidad después de la gastrectomía radical D2 total y distal. Conclusión: fueron que la gastrectomía radical D2 para el cáncer gástrico es un método de tratamiento seguro, con baja morbilidad y mortalidad posoperatoria. La edad ≥ 70 años, ASA III-IV,

gastrectomía total y pancreatosplenectomía fueron factores asociados con mayores tasas de complicaciones. La edad \geq 70 años, el IMC más bajo y la hipoalbuminemia son predictores de mortalidad en la gastrectomía radical y distal. (12)

Gómez Z. Et.al. 2017. Colombia. El objetivo fue: Identificar marcadores moleculares (perfiles de expresión de ARNm) que ayuden a distinguir a los pacientes con enfermedades precancerosas (atrofia, metaplasia) y cáncer gástrico de los pacientes con inflamación del estómago únicamente. Métodos: Se reclutaron pacientes en cada etapa de la etapa de Correa. Resultados: Se incluyeron en el estudio 89 pacientes, la endoscopia mostró gastritis antral crónica en 27 pacientes (30,3%), cáncer gástrico avanzado en 25 pacientes (28%), inflamación crónica del estómago en 15 pacientes (16,8%), cáncer temprano en 7 pacientes. (7,8%), sospecha de metaplasia intestinal en 6 (6,7%), sospecha de gastritis atrófica en 3 (3,3%) y úlcera gástrica en 2 (2,2%). Al examinar la patología se detectó gastritis crónica en 34 pacientes (22 mujeres), adenocarcinoma intestinal en 20 casos (4 mujeres), metaplasia intestinal en 18 casos (13 mujeres), cáncer difuso en 11 casos (7 mujeres), cáncer pequeño. Nivel displásico en 4 pacientes, nivel alto en 1 paciente y solo atrofia en 1 paciente. Al analizar la expresión genética, se descubrieron 48 genes que distinguen a los pacientes con gastritis crónica de los pacientes con cáncer gástrico. También encontramos 14 genes que distinguían a los pacientes con enfermedad metastásica de los pacientes con enfermedad intestinal y un grupo de 48 genes que distinguían a los pacientes con gastritis crónica de los pacientes con metaplasia intestinal. Conclusión: Este es el primer trabajo en Colombia y en el mundo que permite identificar nuevos biomarcadores mediante expresión genética de ARN mensajero que ayudan a distinguir estadios del linaje Correa en la sangre y permiten diagnosticar el cáncer de estómago. Es

posible que puedan utilizarse como pruebas de diagnóstico o seguimiento en el futuro. (13)

Pérez C. Et.al. 2017. Colombia. Este estudio tuvo como objetivo: Identificar factores genéticos y epigenéticos del cáncer gástrico. Resultado. Los cambios genéticos incluyen pérdida de heterocigosidad (LOH), inestabilidad de microsatélites (MSI), translocaciones, aneuploidía y mutaciones de GST; y amplificación o mutaciones en protooncogenes. Por otro lado, la alteración epigenética más común es la metilación del promotor. Actualmente el CG es un problema de salud pública en Colombia debido a tres factores: alta morbilidad/mortalidad, costos adicionales para tratar enfermedades progresivas y falta de acceso público a servicios médicos. Esta revisión resaltará las alteraciones genéticas y epigenéticas que se observan con mayor frecuencia en el CG y su asociación con diferentes tipos de CG. (14)

Pinilla, R. Et.al. 2017. Colombia. Los objetivos de este estudio fueron: Identificar factores relacionados con la carcinogenicidad del cáncer gástrico. Métodos: Estudio observacional, analítico, transversal para evaluar un modelo con un grupo de variables relacionadas con el diagnóstico endoscópico del cáncer. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con adenocarcinoma gástrico sometidos a laparoscopia de estadificación desde enero de 2008 hasta el final del muestreo y hubo 153 casos. Las variables evaluadas fueron edad, sexo, pérdida de peso, concentración de albúmina sérica, localización endoscópica del tumor, tipo histológico de Laurent, descripción tomográfica del tumor (T), presencia de ganglios linfáticos (N) y ascitis. La presencia de un tumor carcinoide se determinó mediante observación endoscópica. Resultados: Se analizaron 153 pacientes; 102 hombres (66%) y 51 mujeres (33%) tenían entre 28 y 86 años. Los factores estadísticamente significativos asociados con la presencia de cáncer peritoneal fueron la edad menor de 65 años, el sexo femenino, la localización del tumor en el corazón, la presencia de ascitis y la

histología difusa. Concluir. La estadificación endoscópica es una herramienta valiosa en el abordaje inicial de pacientes con cáncer gástrico avanzado y las pruebas de imagen no pueden reemplazarla. Las mujeres hasta 65 años con tumores cardíacos histológicos difusos y ascitis confirmada por tomografía computarizada tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer peritoneal al momento del diagnóstico, por lo que recomendamos su uso del sistema laparoscópico por etapas en los pacientes que encontramos. una o más de estas características. (15)

Varila. M. Et.al. 2017. España. El propósito del estudio fue: Conocer las características clínicas de los pacientes con cáncer gastrointestinal hospitalizados en el Hospital Universitario Major Mederi. Métodos de investigación: Estudio retrospectivo transversal realizado desde julio de 2014 a julio de 2016. Se revisaron los expedientes de 399 pacientes con valoraciones nutricionales y se realizaron análisis simples y multivariados para variables categóricas. Se incluyeron 384 pacientes en el análisis multivariado. Resultados: Entre los pacientes que perdieron peso, el 47% experimentó una pérdida de peso severa. Los cánceres más comunes fueron el de estómago (32,1%), colon (24,5%) y recto (7,3%). Los diagnósticos más comunes son la desnutrición y la suplementación oral. La desnutrición proteico-calórica moderada y grave se asocia con neoplasias malignas del recto, el esófago y el estómago. El apoyo intestinal se ha relacionado con el cáncer de esófago y de estómago. La suplementación oral se ha asociado con la aparición de desnutrición. Conclusión: El 52% de los pacientes con cáncer gastrointestinal fueron examinados en la clínica de nutrición. El diagnóstico más común relacionado con la nutrición es la desnutrición y el apoyo más común es la suplementación oral. El diagnóstico dietético de sobrepeso y obesidad está relacionado con el cáncer de hígado y vesícula biliar. (16)

Nacional:

Corasma U. 2019. Perú. El objetivo del estudio fue: Identificar los factores de riesgo más importantes relacionados con la muerte por cáncer de estómago en pacientes atendidos en el centro IREN NORTE en el período 2010-2015. Metodología; a través de estudios analíticos – retrospectivos de casos y controles. La muestra incluyó 285 historias clínicas (95 historias clínicas de pacientes fallecidos y 190 historias clínicas de pacientes vivos).

Los resultados muestran que en ambos grupos la mayor proporción son hombres; En el grupo de pacientes que fallecieron, el 40% tenía cáncer localizado en el cuerpo del estómago y en el grupo de pacientes que aún estaban vivos, el 41% tenía cáncer localizado en el núcleo pulposo del estómago. En ambos grupos, la tasa más alta de cáncer de estómago fue el estadio IV (73% en el grupo de pacientes fallecidos y 61% en el grupo de pacientes vivos). Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores de riesgo y se encontró que al nivel de significancia del 5%, las variables relevantes fueron edad, sexo masculino, estadio clínico IV, cirugía y cirugía más con quimioterapia. Se seleccionó un modelo de predicción con una puntuación de clasificación global del 79,6%. Debido a que los pacientes acuden a los centros de salud en una etapa tardía y el tratamiento es limitado, se deben priorizar las campañas de detección para los grupos de riesgo mayores de 40 años y los hombres. (17)

Valdivia R. 2018. Perú. Objetivo de la investigación fue: Identificar factores clínicos y epidemiológicos relacionados con el cáncer de estómago en pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central en el período 2015-2016. Métodos: fue un estudio analítico de casos y controles. Un total de 102 pacientes; Se diagnosticó cáncer gástrico en 51 pacientes y en el grupo de control, en 51 pacientes. La información se recopiló de los registros médicos mediante un formulario de recolección de datos previamente validado

que contiene datos clínicos, patológicos y socioecológicos. Se utilizó el método estadístico CHI2 para determinar los niveles de significancia y los odds ratios con intervalos de confianza del 95%. Resultados: La muestra estuvo compuesta por 102 pacientes, de los cuales los hombres representaron el 58,82% y las personas mayores de 50 años el 52,94%. Existe asociación entre el cáncer de estómago y los siguientes factores de riesgo: sexo masculino, edad de 50 años o más, origen Sierra, Helicobacter pylori; IMC superior a 25, nitritos. Conclusión: Hombres mayores de 50 años, provenientes de zonas montañosas, infectados con la bacteria Helicobacter pylori, IMC mayor o igual a 25 y consumir mucho nitrito son factores de riesgo para desarrollar cáncer de estómago (18)

Berrospi Z. 2017. Perú. Los objetivos del estudio fueron: Determinar factores relacionados con el conocimiento sobre la prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en el Ambulatorio del Hospital Vitarte. Métodos: Se realizó un estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo. La muestra estuvo compuesta por 321 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El método de recolección de datos fue una encuesta y los instrumentos fueron el Test de Conocimientos sobre Prevención del Cáncer Gástrico y el Test de Graffard, ambos validados. Para el análisis de los datos se utilizó Estadística Analítica, utilizando Microsoft Excel 2013 para MS Windows y el programa estadístico IBM SPSS versión 23. Resultados: el 62% de los encuestados adquirieron conocimientos en el nivel intermedio, el 37% en el nivel avanzado y el 1% en el nivel intermedio bajo nivel de conocimiento. Los factores relacionados encuestados fueron: edad; sexo; nivel de estudio; ocupación, acceso a internet y nivel socioeconómico. Estas últimas tres variables son estadísticamente significativas y son $p = 0,009$, $p = 0,018$ y $p = 0,001$, respectivamente. Conclusión: Existe una asociación significativa entre no tener trabajo, carecer de acceso a Internet y pertenecer a clases socioeconómicas 4ª

y 5ª con cualificación media y baja. No se encontraron relaciones significativas con el resto de variables de estudio. (19)

Taipe A. et.al. 2017. Perú. El objetivo del estudio fue: Determinar los factores de riesgo asociados al tipo de cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia en el período 2014-2016. Metodología. Se realizó un estudio descriptivo transversal correlacional en el Hospital Regional de Huancavelica “Zacarias Correa Valdivia”. La muestra incluyó pacientes con cáncer gástrico (n = 53); Entre ellos, se realizó análisis de contenido de documentos. Resultado. El 35,8% de los pacientes con cáncer de estómago tiene entre 61 y 70 años y el 20,8% tiene entre 71 y 80 años. El 5,7% eran hombres, el 45,3% eran mujeres, el 64,2% eran residentes rurales y el 35,8% eran residentes urbanos. El cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma se detectó en el 88,7% de las personas tratadas y otros tipos en el 11,3%. El 83,0% de los pacientes con adenocarcinoma del tipo cáncer gástrico estuvieron expuestos al consumo de alimentos ahumados, salados y picantes (índice < 0,05); 79,2%; para dietas bajas en frutas y verduras (ref. no <0,05); Otros factores ambientales como el alcoholismo, el tabaquismo y las ocupaciones peligrosas no están asociados con el tipo adenocarcinoma de cáncer gástrico. El 86,8% presentó gastritis atrófica, metaplasia intestinal y displasia (sig. <0,05); 81,1%; anemia perniciosa (valor < 0,05); y otros factores de riesgo precancerosos, como pólipos gástricos y cirugía gástrica previa, no se asociaron con el tipo adenocarcinoma de cáncer gástrico. El 86,8% estaban infectados por *Helicobacter pylori* (tasa de incidencia < 0,05). Concluir. Los factores de riesgo ambientales, precancerosos e infecciosos están asociados con la aparición de cáncer gástrico. (20)

Local.

Benites R. 2019. Perú – Huancayo. Este estudio se realizó para: determinar la supervivencia de pacientes diagnosticados con cáncer gástrico

avanzado (CAG) operados en el Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Priale (HNRPP) de 2012 a 2017. Métodos de investigación: Investigación aplicada, investigación descriptiva y observación analítica. La población incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de CGA operados en el Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Es Salud Huancayo, según criterios de inclusión y exclusión durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017. Para el estudio se utilizó un instrumento específico. Resultado. La supervivencia de los pacientes quirúrgicos, según el tipo de procedimiento realizado y la edad, fue de 48 y 19 meses ($p = 0,022$). El tiempo de supervivencia de los pacientes quirúrgicos según el tipo de procedimiento quirúrgico realizado y sexo fue de 24 y 42 meses ($p = 0,001$), y la esperanza de vida de los pacientes quirúrgicos según el tipo de procedimiento quirúrgico y sexo tipo histológico. no hubo diferencia significativa ($p = 0,103$). Concluir. El tiempo de supervivencia de los pacientes operados en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale EsSalud Huancayo dependiendo del tipo de cirugía realizada fue de 14 y 51 meses ($p = 0,001$).

2.2. Bases teóricas científicas.

2.2.1. Cáncer.

2.2.1.1. Definición.

El cáncer representa más del 12% de todas las causas de muerte en el mundo. Más de 7 millones de personas mueren cada año a causa de esta enfermedad. A medida que aumenta la esperanza de vida en el planeta, la incidencia del cáncer, estimada en 11 millones de nuevos casos en 2002, alcanzará más de 15 millones en 2020. Esta última revisión fue realizada por la UICC en 2005. Una explicación de este aumento es que las personas están más expuestas a factores de riesgo de cáncer. La redefinición de estilos de vida basados en condiciones de trabajo, nutrición y consumo provocada por la

industrialización global tiene implicaciones importantes para las características epidemiológicas de las poblaciones. Los cambios demográficos, acompañados de una disminución de la mortalidad y la fertilidad, han provocado un aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de las sociedades, lo que ha provocado un aumento de la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, especialmente enfermedades cardiovasculares y cáncer. 20

2.2.1.2. Cáncer en el mundo.

El cáncer representa más del 12% de todas las causas de muerte en el mundo. Más de 7 millones de personas mueren cada año a causa de esta enfermedad. A medida que aumenta la esperanza de vida en el planeta, la incidencia del cáncer, estimada en 11 millones de nuevos casos en 2002, alcanzará más de 15 millones en 2020. Esta última revisión fue realizada por la UICC en 2005. Una explicación de este aumento es que las personas están más expuestas a factores de riesgo de cáncer. La redefinición de estilos de vida basados en condiciones de trabajo, nutrición y consumo provocada por la industrialización global tiene implicaciones importantes para las características epidemiológicas de las poblaciones. Los cambios demográficos, acompañados de una disminución de la mortalidad y la fertilidad, han provocado un aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de las sociedades, lo que ha provocado un aumento de la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, especialmente enfermedades cardiovasculares y cáncer.20

2.2.1.3. Fisiopatología del cáncer.

1. La célula en estado normal.

Las células son la unidad estructural básica de todos los organismos vivos. Hay aproximadamente 60.000 billones

de células en el cuerpo humano adulto y, aunque hay muchos tipos diferentes, todas tienen ciertas características comunes. Por ejemplo, necesitan alimentos para sobrevivir y utilizan oxígeno (O₂), combinado con lípidos, proteínas o carbohidratos (CHO), para liberar la energía necesaria para funcionar. Los mecanismos que convierten los nutrientes en energía son los mismos en todas las células y todas dejan los productos de reacciones químicas en el líquido circulante. La mayoría de ellos son capaces de reproducirse, y cada vez que uno es destruido, el resto muere. Se repite el mismo tipo hasta alcanzar el número correcto. Este intercambio activo está controlado por un mecanismo de control que se detiene cuando la pérdida es superada o sana.

2. Patrones de crecimiento proliferativo.

2.1. Patrones de crecimiento no neoplásico

- Hipertrofia. Este es un aumento en el tamaño de las células. Esto suele ocurrir debido a una mayor carga de trabajo, estimulación hormonal o compensación directamente relacionada con la pérdida de otros tejidos.
- Hiperplasia. Implica un aumento reversible en el número de células de un tipo de tejido particular, lo que lleva a la formación de una mayor masa de tejido. Esto casi siempre ocurre como una respuesta normal durante períodos de rápido crecimiento y desarrollo (p.ej., embarazo o pubertad).

- Metaplasia. un tipo de célula madura es reemplazado por otro tipo de célula que es poco común en el tejido afectado. Si se elimina el estímulo, este proceso es reversible; De lo contrario, la displasia puede convertirse en displasia.
- La deficiencia de vitaminas y diversas sustancias químicas pueden causar metaplasia.
- Displasia. Se caracteriza por cambios en las células adultas sanas que resultan en un cambio en la forma u organización normal o en el reemplazo de un tipo de célula madura por otro tipo de célula en una etapa inferior de madurez. La causa más común de displasia es casi siempre un factor externo como radiación, inflamación, sustancias químicas tóxicas o irritación crónica. La displasia se puede revertir si se elimina el irritante.

2.2. Patrones de crecimiento neoplásico.

- Anaplasia. Significa "sin forma" y representa un cambio irreversible mediante el cual la estructura celular madura regresa a un nivel más primitivo. Este es un signo típico de cáncer. Las células anaplásicas pierden la capacidad de realizar funciones especializadas y se desorganizan en ubicación y citología.
- Neoplasia. Esto significa nuevo crecimiento y describe una masa anormal de tejido que se

extiende más allá del tejido sano y por lo tanto no lleva a cabo la función normal de las células de ese tejido. Los tumores se caracterizan por un crecimiento descontrolado, división y trastornos del crecimiento, y una motilidad anormal; algunos son potencialmente dañinos para el huésped al ocupar espacio y competir por los nutrientes esenciales. Los tumores cancerosos se dividen en benignos y malignos. Las enfermedades benignas incluyen papilomas o verrugas, mientras que las enfermedades malignas que pueden destruir al huésped incluyen tumores sólidos y leucemia. Cáncer es el término más común para todos los tumores malignos.

2.2.2. Cáncer gástrico.

2.2.2.1. Estomago.

El estómago es un órgano en el que se acumula comida. Varía de forma según el estado de repleción (cantidad de contenido alimenticio presente en la cavidad gástrica) en que se halla, habitualmente tiene forma de J. Consta de varias partes que son: fundus, cuerpo, antro y píloro. Su borde menos extenso se denomina curvatura menor y la otra, curvatura mayor. El cardias es el límite entre el esófago y el estómago y el píloro es el límite entre estómago y el intestino delgado. En un individuo mide aproximadamente 25 cm de (cardias al píloro) y el diámetro transversal es de 12 cm. En el estómago se realiza la digestión de:

- Proteínas (principalmente pepsina).
- Lípidos
- NO ocurre la digestión de Carbohidratos.

Otras funciones del estómago son la eliminación de la flora bacteriana que viene con los alimentos por acción del ácido clorhídrico.

El estómago es un órgano de almacenamiento de alimentos. Su forma cambia dependiendo del estado de saciedad (cantidad de alimento en la cavidad del estómago) en el que se encuentra, suele tener forma de J; Consta de varias partes: fondo, cuerpo, antro y píloro. Su borde menos sobresaliente se llama curvatura menor y el otro borde se llama curvatura mayor. Los cardias es el límite entre el esófago y el estómago, el píloro es el límite entre el estómago y el intestino delgado. En los seres humanos, su longitud desde los cardias hasta el píloro es de unos 25 cm y su diámetro transversal es de 12 cm.

La digestión se realiza en el estómago:

- Lípidos
- Proteínas (principalmente pepsina).
- Los carbohidratos NO se digieren.

Otra función del estómago es destruir la flora bacteriana suministrada con los alimentos bajo la influencia del ácido clorhídrico.

2.2.2.2. Cáncer gástrico: epidemiología.

De los siete cánceres más comunes en el país, el cáncer de estómago, causado por la bacteria *Helicobacter pylori*, es el responsable del mayor número de muertes en hombres y mujeres peruanas, ya que en 2004 y 2006 se reportaron 2.603 muertes por esta enfermedad prevenible. Este número supera a cientos de otros casos. El cáncer de estómago es más común en Japón, Chile, Costa Rica, Corsa, Inglaterra y Venezuela. y otros países de Asia y América del Sur. Se ha informado

un mayor riesgo en pacientes hispanos con enfermedad de úlcera péptica.

Esto se debe a una dieta rica en sal, a fumar y a comer poca fruta y verdura. La infección por *Helicobacter pylori* es el factor de riesgo más importante en el 80% o más de los casos de cáncer gástrico. La enfermedad se presenta con más frecuencia en hombres que en mujeres, especialmente en personas mayores de 50 años. En Corea, el 10% de los casos son hereditarios. Se cree que un pequeño grupo de cánceres gástricos difusos de tipo M son hereditarios. Estos factores genéticos se han identificado recientemente y el conocimiento sobre ellos aún no está muy avanzado.

Hay pruebas genéticas y opciones de tratamiento disponibles para familias de alto riesgo. En Japón, el consumo de helechos y esporas se ha relacionado con el cáncer de estómago. Los epidemiólogos aún no han determinado por qué Asia tiene más infecciones que otras regiones.

Se ha informado de una propensión a las mutaciones genéticas en afroamericanos, personas de ascendencia paquistaní y algunos isleños del Pacífico. La metástasis ocurre en el 85,1% de los pacientes con cáncer gástrico, con una mediana de supervivencia de 5 años en el 75% de los pacientes diagnosticados en estadio temprano y menos de 5 años en el 30% de los pacientes en estadio avanzado.²³

2.2.2.3. Anatomía patológica.

El cáncer de estómago o cáncer gástrico es un tipo de crecimiento de tejido maligno provocado por la proliferación continua de células anormales que pueden atacar y destruir otros tejidos y órganos, especialmente el esófago y los intestinos, provocando alrededor de un millón de muertes en todo el mundo cada año. En forma metastásica, las células cancerosas pueden penetrar los vasos linfáticos de los tejidos y

extenderse a los ganglios linfáticos. y tras superar esta barrera, entran en el sistema circulatorio sanguíneo, tras lo cual se abre el camino a casi todos los órganos del cuerpo.

Histológicamente, existen dos tipos principales de cáncer gástrico (clasificación de Loren): tipo intestinal y tipo difuso. Adenocarcinoma intestinal: las células tumorales tienen una estructura tubular irregular, multicapa, muchas luces y tejido conectivo reducido.

Normalmente, la metaplasia intestinal se fusiona con la mucosa adyacente. Dependiendo de la composición de la glándula, la forma diferenciada de las células y la secreción de la mucosa, el adenocarcinoma puede tener 3 grados de diferenciación: buena, moderada y mala. Según el tipo de adenocarcinoma (mucoso, coloide): Las células cancerosas se descomponen y secretan moco, que se acumula en el intestino formando una gran cantidad de moco coloidal (observar el espacio vacío). Es difícil diferenciarlo. Si queda moco dentro de la célula cancerosa, empuja el núcleo hacia la periferia, la llamada "célula condensada en anillo".

2.2.2.4. Síntomas.

El cáncer de estómago puede ser difícil de detectar en sus primeras etapas porque a menudo no presenta síntomas y en muchos casos el cáncer se ha diseminado antes de ser detectado. Cuando se presentan síntomas, suelen ser tan sutiles que la persona no les presta atención. El cáncer de estómago puede provocar las siguientes consecuencias:

- Dolor abdominal o sensación de ardor.
- Malestar o dolor abdominal
- Náuseas y vómitos
- Diarrea o estreñimiento

- Hinchazón después de comer.
- Pérdida de apetito
- Debilidad y fatiga.
- Sangrado anormal
- Cambios en el ritmo intestinal o urinario.
- Las heridas tardan en sanar
- Dificultad para tragar alimentos.
- Cambio repentino en la apariencia de las verrugas en la piel.
- Tos o ronquera persistentes
- Perder peso

Cualquiera de estos síntomas podría ser causado por cáncer u otros problemas de salud menos graves, como un virus estomacal o una úlcera.

Por tanto, sólo un médico puede determinar la causa real.

Si experimenta alguno de estos síntomas, comuníquese con su médico.

Luego, este médico puede derivarlo a un médico especializado en problemas digestivos.

Es el gastroenterólogo quien posteriormente realizará el diagnóstico y determinará el diagnóstico exacto y correcto. 24

2.2.2.5. Clasificación del cáncer gástrico.

- Dependiendo del tipo histológico, el 87,9% de los casos de cáncer son adenocarcinomas, también conocidos como cáncer de estómago. El 12,1% restante tenía linfoma, carcinoma epidermoide, tumor carcinoide, leiomioma, rabdomiosarcoma, etc.
- Por su aspecto macroscópico, el cáncer gástrico se puede clasificar como un cáncer “temprano”, perteneciente al

grupo T1, en el que las lesiones afectan a la mucosa y submucosa.

- Cuando el cáncer es más profundo e invade estructuras como el músculo o la capa subserosa, se denomina cáncer avanzado o T2 o T3 si invade la serosa. La invasión de estructuras adyacentes se clasifica como T4.
- Debido a su ubicación, los cánceres de estómago se localizan en una de las regiones anatómicas en las que se divide el estómago: Tercio superior (C) Base Tercio medio (M) Tercio inferior (A) Antro. Si desde cualquiera de estas áreas el cáncer se propaga a otra área, para demostrarlo, el área original se marca primero con la letra correspondiente y el área afectada se marca en segundo lugar. Por ejemplo, si el cáncer se localizó inicialmente en la región M del cuerpo y luego se extendió a la cavidad abdominal, esto se expresaría de la siguiente manera: En los estadios. Para evaluar el tratamiento quirúrgico del cáncer de estómago, es necesario determinar claramente el grado de diseminación del tumor primario y la metástasis.
- T representa la penetración del tumor en la pared gástrica.
- mucosa T1
- Submucosa T2 25

2.2.2.6. Teorías del cáncer.

- **Teoría Humoral.**

Hipócrates propuso la teoría humoral, según la cual el cuerpo está formado por cuatro fluidos: sangre, moco, bilis amarilla y bilis negra, cuyo desequilibrio provocará enfermedades, provocando cáncer debido a un exceso de

bilis negra.29

- **Teoría de la Semilla y la Tierra.**

En 1889, Stephen Paget estudió la metástasis del cáncer y formuló la teoría de la "semilla y el suelo"; Después de analizar más de 1.000 autopsias de mujeres con cáncer de mama, concluyó que el patrón de metástasis que registraron no era aleatorio, lo que sugiere que las células cancerosas (gránulos) tienen afinidad por una fuerza específica con órganos específicos (suelo), lo que lleva a la "semilla" y metástasis. "tierra" compatible. 30

- **Teoría Viral del Cáncer.**

En 1911, Peyton Rous descubrió que el sarcoma, un tumor maligno que surge en el tejido conectivo, podía trasplantarse de un ave enferma a otra sana utilizando un extracto de tumor libre de células. Lo atribuyó al virus que ahora lleva su nombre, el virus del sarcoma de Rous. El experimento no fue bien recibido porque se creía que el cáncer no era contagioso y no podía tener una causa infecciosa.

En la década de 1950, las opiniones de los investigadores cambiaron después de que surgiera evidencia de que la leucemia en ratones era causada por la replicación viral. Más tarde se creyó que la causa infecciosa del cáncer estaba relacionada con el virus. 31

- **Teoría del Oncogen.**

En 1969, Huebner y Todaro propusieron que existía un gen en el cuerpo que podía causar la enfermedad y que podía

ser desencadenada por rayos X, virus o carcinógenos. Más tarde, la investigación de otros científicos condujo al descubrimiento de que existen formas mutadas de genes llamados oncogenes que pueden hacer que las células normales se conviertan en células cancerosas. Este descubrimiento demuestra que las células cancerosas son características del organismo, superando la concepción inicial de principios del siglo XX cuando se las consideraba extrañas al organismo. 32.

- **Teoría del Anti-oncogen o Genes Supresores de Tumor.**

Se cree que los oncogenes estimulan el crecimiento tumoral y, en muchos casos, desempeñan un papel importante en el ciclo celular normal. En 1984, comenzaron a recibir atención los cánceres hereditarios, como el retinoblastoma, un tumor maligno que se desarrolla en el tejido nervioso que recubre la parte posterior del ojo¹⁰; relacionado con la ausencia o inactivación de un gen específico.

Estos genes faltantes o inactivados se consideran antígenos o genes supresores de tumores, dado que su ausencia elimina la resistencia que mantiene a la célula en un estado normal, tras lo cual se produce la expansión del linaje que produce los tumores.³²

- **Teoría Génica del Cáncer.**

En la década de 1990 surgió la teoría del gen del cáncer, que combina elementos tanto de la teoría como del postulado de que existe una serie de eventos que combinan mutaciones en genes específicos y su ausencia o inactivación de genes supresores de tumores.

Así como la inhibición o sobreexpresión de genes no mutados 32. Esta teoría sugiere que esta asociación puede ser causada por fumar, una dieta rica en grasas y la radiación ultravioleta.

- **Teoría de la Inflamación o del Micro-ambiente.**

Esta teoría se considera ahora un nuevo paradigma. Sostuvo que la transformación maligna de una célula no significa necesariamente el desarrollo de un tumor y que las células anormales tienen más probabilidades de ser destruidas por el sistema de reparación de errores del ADN. Sin embargo, si esta célula no se destruye, produce una copia modificada que puede persistir en el lugar de origen durante mucho tiempo hasta que el sistema inmunológico detecta su presencia. Este subconjunto de células transformadas puede activarse mediante la presencia de moléculas producidas durante la inflamación. Por tanto, la inflamación representa una estimulación del sistema inmunológico, alterando la MEC, activando linfocitos, macrófagos y células dendríticas; Estas respuestas eventualmente conducen al crecimiento de nuevos vasos sanguíneos necesarios para sustentar el crecimiento del tumor. 33.

Diversos estudios en modelos animales in vitro han demostrado que *H. pylori* puede causar gastritis crónica, que a su vez se asocia con inflamación y carcinogénesis 32. Tanto la teoría genética del cáncer, la teoría de la inflamación y la teoría del microambiente sugieren que el cáncer es una enfermedad genética que implica mutaciones

del ADN y cambios en los patrones de expresión genética. La teoría de la inflamación o microambiente enfatiza que la progresión del cáncer ocurre en un microambiente en el que las células tumorales y componentes estromales como: fibroblastos (células del tejido conectivo que producen y secretan proteína de colágeno), adipocitos (células cuya función principal es almacenar lípidos como reservas de energía 34) , células formadoras de vasos sanguíneos y células inmunitarias que intercambian proteasas (enzimas que digieren proteínas) y citocinas. Las citocinas son antígenos o proteínas inespecíficos producidos por monocitos, linfocitos y otros tipos de células que actúan como mediadores intercelulares de la respuesta inflamatoria, liberados temporalmente durante la activación celular 35, influyendo en la proliferación, supervivencia e invasión a través de la proteólisis local y la estimulación de la MEC.36- 37

- **Teoría Multicausal.**

El estado de salud de un individuo o de una población es el resultado de la interacción de muchos factores diferentes en diferentes momentos, y esta cuestión ha recibido atención desde que se rompieron las cadenas de la aparente formalidad, sostiene que la enfermedad no es un resultado automático de la entrada. un cuerpo sano. patógeno, pero la causa de la enfermedad tiene una secuencia de dos partes: la causa ocurre antes de cualquier respuesta del cuerpo; y los mecanismos intracelulares que conducen desde la respuesta inicial a los síntomas

específicos de la enfermedad, sugiriendo así una cadena causal relacionada con la aparición del trastorno 39. Por lo tanto, esta investigación se apoya en varias de las teorías descritas, además de la teoría de la causalidad múltiple, que postula que la enfermedad no es el resultado de un solo factor sino que se produce una cadena de eventos causales antes de que cualquier respuesta corporal y los mecanismos endógenos conduzcan a ella. síntomas característicos de la enfermedad, sugiriendo la existencia de una relación causa-efecto en cuanto a la aparición del trastorno 40. La teoría de la inflamación o microambiente sienta un precedente para este trabajo de investigación porque considera que, en el caso del cáncer de estómago, la infección por *H. pylori* puede causar gastritis crónica⁴¹, por lo que se asociará con el desarrollo de gastritis. Potencial proceso cancerígeno por la relación con otros factores como ambientales y genéticos ⁴¹.

2.2.3. Prevención de cáncer gástrico.

Aspectos conceptuales.

El concepto de prevención está relacionado con el proceso salud-enfermedad; En cada época histórica, la salud y la enfermedad tienen diferentes entendimientos, que están estrechamente vinculados a la situación política, económica y social de cada momento histórico.

Al igual que la promoción, la prevención también fue descrita por Henry Seegerist en 1945 como una de las cuatro funciones de la medicina, junto con la reparación o tratamiento de lesiones y la rehabilitación: más tarde los estadounidenses las llamaron funciones de salud pública. Sigerist distingue entre promoción de la salud y prevención de enfermedades y concluye que las

actividades de promoción de la salud tienen un efecto preventivo y no al revés, es decir, un programa de prevención del tabaquismo es una actividad publicitaria; Además, otro objetivo para dejar o reducir el tabaquismo es desarrollar medidas preventivas; Por ejemplo, dejar de fumar reduce el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Es la aplicación de medidas técnicas, incluidos aspectos médicos y de otro tipo, destinadas a prevenir la aparición de enfermedades. Su objetivo es reducir el nivel de factores de riesgo o la probabilidad de enfermedad.

Están asociados a problemas de salud y esencialmente tienen propiedades medicinales. La prevención se aplica principalmente a individuos o grupos sociales específicos que, por sus características, son susceptibles a enfermedades específicas. "Las medidas no sólo deben tener como objetivo prevenir la aparición de la enfermedad, por ejemplo reduciendo los factores de riesgo, sino también detener la progresión de la enfermedad y minimizar las consecuencias una vez que se diagnostica" (OMS, 1998).

Esto permite neutralizar los factores de riesgo con estrategias de control prácticas y efectivas. Por tanto, se espera un impacto potencialmente perjudicial para la salud pública. Aunque el contenido y las estrategias son a menudo los mismos, "la prevención se define como una actividad distinta de la promoción de la salud" (OMS, 1998), y la principal diferencia está en el enfoque: acción preventiva para poblaciones sanas, acción preventiva para poblaciones enfermas o enfermas.

Poblaciones de riesgo. Las acciones preventivas, según el problema y la naturaleza específica de la acción, pueden operar en tres niveles: social, grupal e individual, con acciones dirigidas principalmente a individuos y grupos; La prevención de enfermedades es una estrategia fundamental de atención de salud que se vuelve efectiva cuando las personas reciben una atención integral.

Examina al individuo desde una perspectiva biopsicosocial y vincula la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con diferentes estructuras y niveles del sistema nacional de salud. Por tanto, se entiende por prevención la mejora de la salud, el diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes, así como el restablecimiento de la función y la prevención de complicaciones o consecuencias de la enfermedad a través de diversos niveles de intervención.

El uso de medidas preventivas permite, según el nivel de intervención, mejorar la salud de las personas a corto, medio o largo plazo.

En este contexto, la prevención de enfermedades es una actividad que a menudo tiene sus raíces en la atención de la salud y reconoce que los individuos y las comunidades están expuestos a factores de riesgo identificables que a menudo están asociados con muchos comportamientos individuales de riesgo. Cambiar estos comportamientos riesgosos es uno de los principales objetivos de la prevención de enfermedades. 26 el desarrollo de una enfermedad es un proceso dinámico, determinado por muchos factores que afectan a la persona y su salud, que intervienen y regulan en las diferentes etapas del desarrollo. Cuanto antes se apliquen las intervenciones, más eficaces serán para prevenir las enfermedades y sus consecuencias.

La enfermedad y su historia natural son el resultado de un proceso dinámico en el que patógenos y factores de riesgo interactúan con el huésped, pudiendo distinguirse claramente tres etapas.

- Pre-enfermedad: comienza con la exposición a factores de riesgo o patógenos.
- Patogenico: La enfermedad se presenta en dos etapas: la primera etapa o asintomática, en la que el paciente aún no presenta ningún síntoma de la enfermedad, y la segunda etapa o sintomática, en la que el paciente ha

sufrido cambios orgánicos que se manifiestan como signos y síntomas de la enfermedad.

- Resultado: el efecto de la progresión, el cese o las consecuencias de los cambios orgánicos causados por el patógeno, expresados en muerte, discapacidad, cronicidad o recuperación de la enfermedad. 27

1. Prevención primaria.

La prevención primaria es la acción encaminada a prevenir la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de patógenos y factores de riesgo. En prevención primaria, las estrategias se centran principalmente en la población en su conjunto y serán más efectivas en la medida en que la propia sociedad se comprometa a generar conciencia para cambiar ciertos patrones de comportamiento peligrosos o insalubres. Su objetivo es prohibir o limitar la exposición humana a elementos nocivos a niveles que no sean perjudiciales para la salud. 28

Factores de riesgo.

En epidemiología, el riesgo se define como la probabilidad de que ocurra un resultado adverso, daño o evento no deseado.

Es necesario ampliar el concepto de riesgo a las condiciones de vida y de salud, adquiriendo un significado más general e incluyendo en su definición una serie de condiciones que pueden amenazar el nivel de salud o la calidad de vida de las personas. La aparición de enfermedades refleja en última instancia el estilo de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales de las personas.

Actualmente se acepta que la aparición de cáncer está directamente relacionada con muchos motivos de preocupación.

No hay duda de que la predisposición genética y la interacción con el entorno externo juegan un papel importante en algunos tipos de cáncer.

Entre esta susceptibilidad, el estilo de vida y los factores o condiciones

ambientales, eventualmente surgirá el riesgo de desarrollar cáncer.

La globalización de los factores de riesgo de cáncer, fuertemente influenciada por la occidentalización, ha traído consigo nuevos hábitos relacionados con la dieta, el consumo de tabaco y alcohol, el estado reproductivo y hormonal, así como la inactividad física.

Los estilos de vida sedentarios comenzaron a importarse de los países desarrollados a los países pobres, donde las infecciones eran comunes. 29

En el cáncer gástrico, depende principalmente de tres factores: patógeno, genética del huésped y medio ambiente. Factores genéticos y personales, Factores ambientales, Factores biológicos.

a. Factores genéticos y personales.

Alteraciones genéticas.

Un estudio europeo encontró que la combinación de ciertos genotipos bacterianos y del huésped aumentaba el riesgo de cáncer de estómago. Los pacientes con polimorfismos de alto riesgo (IL1B-511/IL-1RN*2) y bacterias virulentas (Cag-A/Vac A_{s1}) tienen mayor riesgo de desarrollar cambios histológicos graves en la mucosa del estómago. Estos y otros estudios similares sugieren que los polimorfismos genéticos influyen en la expresión de citocinas, la inflamación gástrica y el riesgo de desarrollar lesiones precancerosas en individuos infectados con *H. pylori*. El riesgo aumenta si la infección es causada por cepas virulentas, como las que expresan los genes CagA y VacA. 30

- **Antecedente familiar de cáncer gástrico.**

El riesgo de desarrollar la enfermedad es mayor en personas que tienen más de un familiar de primer grado con cáncer de estómago.

- **Cáncer gástrico difuso hereditario.**

Este es un síndrome genético que aumenta significativamente el riesgo de desarrollar cáncer de estómago.

La enfermedad es rara, pero el riesgo de sufrir cáncer de estómago a lo largo de la vida en las personas afectadas es aproximadamente del 70% al 80%.

Las mujeres con este síndrome también tienen mayor riesgo de desarrollar cierto tipo de cáncer de mama.

Esta afección es causada por una mutación (defecto) en el gen (E-cadherina/CDH1). Algunos centros oncológicos pueden realizar pruebas para detectar estas mutaciones genéticas.

- **Antecedentes de cirugía estomacal previa.**

El cáncer de estómago es más común en personas a las que se les ha extirpado parte del estómago para tratar afecciones no cancerosas, como las úlceras.

Esto puede suceder porque el cuerpo tiene más bacterias productoras de nitritos.

Además, después del tratamiento quirúrgico de una úlcera, la producción de ácido se reduce y la bilis puede regresar del intestino delgado al estómago. El riesgo continúa aumentando entre 15 y 20 años después de la cirugía.

- **Edad y sexo.**

El cáncer de estómago es más común en hombres que en mujeres. Después de 50 años, la incidencia de cáncer de estómago aumenta significativamente. La mayoría de las personas diagnosticadas con cáncer de estómago tienen entre 60, 70 y 80 años.

- **Anemia perniciosa.**

Ciertas células del revestimiento del estómago normalmente producen una sustancia necesaria para absorber la vitamina B12

de los alimentos, llamada factor intrínseco.

Las personas que carecen del factor intrínseco pueden tener deficiencia de vitamina B12, que afecta la capacidad del cuerpo para producir nuevos glóbulos rojos.

Esta condición se llama anemia perniciosa.

Además de la anemia (recuento bajo de glóbulos rojos), los pacientes con esta afección también tienen un mayor riesgo de sufrir cáncer de estómago.

- **Enfermedad de menetrier.**

Esta es una afección en la que el revestimiento del estómago crece demasiado, provocando grandes pliegues y niveles bajos de ácido estomacal. Debido a que la enfermedad es tan rara, no se sabe exactamente en qué medida aumenta el riesgo de cáncer de estómago.

- **Gastritis atrófica.**

Cuando las glándulas normales del estómago se han reducido o desaparecido. Existe cierto grado de inflamación (las células del sistema inmunológico del paciente dañan las células del estómago) que a menudo se asocia con la infección por *Helicobacter pylori*. No se sabe exactamente por qué esta afección se convierte en cáncer.³¹

- **Tipo de ocupación laboral.**

La IARC (2006) clasificó 99 sustancias utilizadas en la industria como cancerígenas. Algunas industrias relacionadas con el cáncer de estómago son las siguientes:

tipo industrial

Borde: leucemia, estómago.

Hierro fundido y acero: pulmones, leucemia, estómago, próstata y riñones. 32

b. Factores medioambientales.

- **Alimentación.**

Implica la absorción de determinadas sustancias que tomamos del mundo exterior y que componen nuestra dieta. Comer es una actividad voluntaria y consciente que aprendemos a lo largo de nuestra vida.

Las dietas pueden ser inconsistentes y estar influenciadas por muchos factores diferentes, como los medios de comunicación.

Alimento: es cualquier sustancia o producto, en su estado natural o procesado, que presenta características aptas y palatables para el consumo humano para satisfacer los requerimientos proteicos y calóricos para el crecimiento, desarrollo y vida. Los alimentos proporcionan la energía y los nutrientes que necesita el cuerpo humano para realizar diversas funciones y mantener la salud.

Alimentación saludable: se refiere a una dieta variada que aporte energía y todos los nutrientes necesarios que cada persona necesita para mantener la salud, propiciando una mejor calidad de vida en todas las edades.

- **Seguridad alimentaria y cáncer:**

La accesibilidad está asociada con un aumento del empleo y de los ingresos de los hogares. Para lograr este objetivo, es importante mejorar la inversión pública y privada en áreas con relativamente mayor potencial económico y atraer personas de lugares con menor potencial, reduciendo así el número de personas que no tienen suficientes recursos para satisfacer sus necesidades diarias. Al mismo tiempo, el Estado debe garantizar una red de programas

sociales (educación, salud, agua, saneamiento y nutrición) en áreas con un potencial de crecimiento relativamente bajo. El cáncer de estómago se asocia con niveles socioeconómicos bajos porque las personas de este nivel tienen un acceso limitado a ciertos alimentos, prefiriendo comidas rápidas que tienen indicadores de salud e higiene cuestionables en su proceso de procesamiento de alimentos.

- **Disponibilidad.**

Esto se puede lograr produciéndolos, importándolos o donándolos. Para lograr este objetivo en el mediano plazo, es importante que el crecimiento económico genere un ingreso básico que permita aumentar las importaciones comerciales de alimentos que no son producidos localmente por el sector público o privado, a partir de eso se reduce la dependencia de los alimentos donados.

La alta disponibilidad de alimentos procesados y/o preparados conlleva un mayor riesgo de consumir ingredientes cancerígenos, como es el caso de algunos conservantes artificiales.

- **La utilización, tiene que ver con dos condiciones básicas.**

- a. Los miembros de la familia necesitan tener suficiente información sobre alimentación y nutrición para poder llevar una dieta equilibrada y adecuada a sus necesidades nutricionales, edad, actividad física o mental y estado reproductivo.

- b. Esto significa que los alimentos consumidos tienen buena biodisponibilidad, lo que depende de la salud óptima de cada miembro de la familia.

Para lograrlo, es importante que tengan un conocimiento completo sobre cómo prevenir y tratar las principales enfermedades

comunes según cada etapa de la vida; tener acceso regular a atención sanitaria básica, agua y saneamiento; Proporcionar un entorno seguro y al mismo tiempo adoptar hábitos y comportamientos saludables.

El uso y la preparación están asociados con una mala higiene, lo que aumenta el riesgo de contaminación por HP (cancerígeno), así como con el uso excesivo de ciertos ingredientes como sal, vinagre, embutidos y productos cárnicos ahumados.³³

- **Alimentos relacionados al cáncer gástrico nitrosaminas.**

Las primeras son las nitrosaminas preformadas que se encuentran en la carne, el pescado y otros alimentos conservados con nitritos, salsas ahumadas, alimentos salados y bebidas alcohólicas como la cerveza y el whisky.

Una segunda fuente es el nitrato de las verduras, que se utiliza como aditivo para el queso y los embutidos (50).

Los nitratos de la dieta pueden reducirse a nitritos por las bacterias de la cavidad bucal y por las bacterias del estómago a compuestos N-nitroso mediante reacciones con amidas, aminoácidos y aminas, así como mediante la formación de óxido nítrico en el proceso inflamatorio. Se descubrió que el mayor riesgo de cáncer de estómago se debe a la formación de nitrosaminas durante la infección por H. pylori o concentraciones plasmáticas reducidas de vitamina C. Diversos estudios experimentales y observacionales indican que las nitrosaminas y el consumo de alimentos procesados que contienen sustancias relacionadas aumentan el riesgo de cáncer de estómago.

Sal.

Existe evidencia de un mayor riesgo de desarrollar CC en personas

que consumen grandes cantidades de sal o consumen grandes cantidades de alimentos conservados con sal.

Ocho estudios realizados por el Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer (WCRF) y el Instituto Americano para la Investigación del Cáncer (AIRC) mostraron un mayor riesgo de cáncer (OR, 2,1 a 5,0) con la ingesta de sal, pero cuatro estudios no encontraron asociación.

Experimentalmente, la sal aumenta los tumores de estómago.

Las altas concentraciones de sal en el estómago tienen diversos efectos nocivos: inflamación, daño a la capa mucosa, proliferación celular y síntesis de ADN, que pueden aumentar el riesgo de cáncer de estómago en un estado de inflamación continua. También se ha demostrado que el daño a la mucosa inducido por la sal aumenta la persistencia de la infección por H. pylori en ratones. 34

Carnes ahumadas.

Resulta que el método de preparación de embutidos causa cáncer. Sus efectos tóxicos se deben a los hidrocarburos policíclicos que se producen en el proceso. Hoy en día se opta por la quema de leña para evitar el contenido de resina y se utilizan métodos de combustión a baja temperatura. Estas precauciones reducen la cantidad de sustancias tóxicas. Recomendado para uso regular.

Grasas.

La producción comercial de aceite de cocina ha contribuido a la pérdida de grasas omega-3, la mayoría de las cuales son ricas en grasas omega-6 (soja, maíz, girasol, semilla de algodón), promoviendo el desarrollo de cáncer cuando los ácidos grasos omega-3 lo inhiben.

Además, aumentar el contenido de ácidos grasos omega-3 (linaza, nueces, germen de trigo) actúa como factor protector al prolongar la supervivencia, aumentar la eficacia de la quimioterapia y reducir los efectos secundarios de la radioterapia.

También se sabe que la exposición al calor, la hidrogenación, la luz y el oxígeno produce grasas químicamente alteradas (margarina, manteca vegetal, aceites parcialmente hidrogenados, aceites de cocina, aceites refinados, aceites desodorizados, aceites expuestos a la luz o al oxígeno) que son tóxicas para nuestras células y, por lo tanto, son tóxicas para nuestras células. Las grasas que combaten el cáncer son los ácidos grasos frescos y los aceites sin refinar.

Escaso consumo de alimentos protectores.

Estudios epidemiológicos y experimentales han demostrado que las dietas ricas en frutas, legumbres y verduras protegen contra el cáncer.

Una evaluación internacional del consumo de estos alimentos y el riesgo de cáncer, coordinada por la IARC en 2003, concluyó que la incidencia de cáncer es prevenible en todo el mundo debido al bajo consumo de estos alimentos es del 5 al 12%. en el caso de los cánceres del tubo digestivo superior, esta tasa puede llegar al 20-30%.

La OMS recomienda comer al menos 5 porciones de verduras y frutas al día, unos 400 g de grasas anticancerígenas que son ácidos grasos frescos y aceites sin refinar. La investigación sobre el mecanismo de acción de las sustancias protectoras que se encuentran en frutas, legumbres y verduras muestra que un mayor consumo conduce a una reducción del daño genético que puede

causar cáncer y, por lo tanto, acelera la tasa de reparación del ADN, lo que ayuda a comprender por qué estos alimentos protegen contra el cáncer. Muchos tipos de cáncer, incluido el cáncer de piel.

35

Higiene.

Es el conjunto de actividades más adecuadas para promover y mantener la salud individual y colectiva, contribuyendo a incrementar los factores protectores de la salud y reducir la morbilidad y mortalidad de la población. Su alcance e intereses no conocen fronteras, incluidas la edad, el género, la etnia, la cultura y el estilo de vida; así como el entorno

que rodea a las personas: hogares, comunidades, instituciones educativas, lugares de trabajo, centros de entretenimiento y otros lugares.

La higiene personal incluye la higiene personal: limpieza del cuerpo, prestando especial atención al lavado de manos, utensilios de cocina, desinfección de suelos, paredes y sanitarios de la casa; Limpiar y manipular adecuadamente los alimentos.

El saneamiento público incluye el suministro de agua potable, la recolección de aguas residuales, la construcción de redes de drenaje apropiadas, la desinfección y el control de lugares de alto riesgo como baños públicos, restaurantes, instalaciones educativas y hospitales, así como la construcción de plantas de tratamiento de aguas residuales para empresas industriales. residuos, entre otras cosas 36

Higiene, manipulación y conservación de los alimentos:

Todas las personas involucradas en el procesamiento de alimentos deben ser conscientes de que las intoxicaciones alimentarias

debidas a errores en la cadena de manipulación de estos productos pueden tener consecuencias muy graves para la salud y, en algunos casos, incluso provocar la muerte. Los contaminantes pueden ser físicos (tierra, cabello, papel, heces, etc.), químicos (pesticidas, algunos aditivos alimentarios, detergentes y desinfectantes, toxinas naturales de algunos productos alimenticios, etc.) y biológicos (virus, bacterias, parásitos, hongos, etc.) Por lo tanto, es importante tomar medidas adecuadas en cada punto de la cadena alimentaria donde los alimentos puedan estar contaminados: A la hora de elegir y comprar, preste atención al nivel de conservación de los alimentos, especialmente carnes, pescados, mariscos, lácteos y huevos. Asegúrese de que los productos empaquetados no hayan caducado. Las conservas de carne, lácteos y alimentos procesados se deben conservar en el frigorífico, los guisos y la harina en recipientes herméticos adecuados, las verduras se deben conservar en un lugar fresco y en recipientes con buena circulación de aire. El local debe estar limpio, libre de insectos y roedores.

Preparación, limpieza y orden En el área de preparación de comidas (cocina), lávese bien las manos con agua y jabón antes de tocar los alimentos; mantén tus uñas cortas; Utilice recipientes y utensilios limpios; lavar verduras y frutas con agua limpia; Evite cocinar si tiene una enfermedad infecciosa o una lesión en la mano. Si no tiene agua corriente, guárdela en recipientes limpios y bien tapados y use una botella limpia que se use solo para agua.

Ingestión: Utilice utensilios limpios y lávese las manos con jabón y agua corriente antes de ingerir cualquier alimento.

En la venta de alimentos al público se deberán implementar las

medidas recomendadas por la DIGESA en el Reglamento de Alimentos y Bebidas en cada uno de los siguientes puntos de servicio de alimentos:

- Recepción, almacenamiento y conservación de materias primas.
- Preparar platos.
- Higiene de las personas en contacto con los alimentos.
- Limpiar todos los equipos, materiales y herramientas que puedan entrar en contacto directo con los alimentos. 37

Hábitos nocivos.

Cada día surgen situaciones en nuestra vida en las que tenemos que realizar actividades que hemos realizado innumerables veces: desde vestarnos y desvestarnos hasta tareas más complejas como conducir un coche. No pudimos descubrir cómo hacer cada una de estas cosas por una sencilla razón: no tendríamos tiempo suficiente para hacer todo lo que había que hacer. Por eso hacemos estas actividades “habituales” automáticamente sin pensar.

Lo mismo ocurre con una variedad de actividades, como las necesarias para levantarme de la cama donde duermo y llegar a la oficina donde necesito trabajar.

A medida que caminas por la vida, te encuentras con situaciones nuevas y antiguas. Una situación antigua es aquella que usted ha encontrado antes; nuevo, un lugar donde nunca has encontrado tu camino.

En cada situación, es razonable preguntarse cómo reaccionará, ya que los humanos no tenemos instintos, como los animales, que les

digan siempre qué hacer.

En cualquier situación, pensar qué hacer resulta agotador. Entonces tendemos a repetir aquellos patrones de conducta que en casos anteriores nos trajeron buenos resultados o al menos nos permitieron salir de situaciones que no eran tan malas. Así se forma un hábito.

Una de las decisiones que la gente más a menudo tiene que tomar es cómo emplear su tiempo y cómo gestionarlo.

Los hábitos suelen estar influenciados por disposiciones, es decir, rasgos de personalidad que tenemos desde el nacimiento. Una persona puede tener el hábito de sentarse y leer, otra puede tener el hábito de bailar. Cuando se trata de cambiar hábitos, debes ser capaz de distinguir entre lo que puedes cambiar y lo que es una tendencia profunda en tu personalidad. 38

Tabaco.

Los fumadores están expuestos habitualmente a 4.500 sustancias, de las cuales 120 son tóxicas y 60 cancerígenas.

En 17 lugares, los fumadores tenían un mayor riesgo de cáncer y otras enfermedades crónicas que los no fumadores.

El tabaco causa cáncer de pulmón, laringe, boca, lengua, mama, esófago, estómago, páncreas, hígado, pleura, vejiga, riñón, cuello uterino, piel y leucemia mieloide.

Se estima que el riesgo de muerte por cáncer es mayor en fumadores que fuman de 1 a 14 cigarrillos, de 5 a 24 cigarrillos y más de 25 cigarrillos, respectivamente, que en personas que nunca han fumado 8, 14 y 24 veces. También hay que tener en cuenta que los fumadores pasivos también inhalan hasta un 30% del humo del cigarrillo y también corren riesgo de sufrir enfermedades

provocadas por esta adicción. 39

c. Factor biológico.

▪ **Agente etiológico Helicobacter pylori.**

La colonización gástrica por Helicobacter pylori es la infección crónica más común en humanos y afecta aproximadamente al 60% de la población mundial.

La contribución más importante a la epidemiología de esta infección proviene de investigaciones basadas en el análisis de la secuencia genética, que muestran que los seres humanos pueden haber estado infectados con Helicobacter pylori desde la migración de los pueblos africanos, es decir, hace unos 58.000 años.

En Perú, las tasas de infección entre las poblaciones socioeconómicas bajas se han mantenido sin cambios durante los últimos 20 años; mientras que en las clases socioeconómicas media y alta la tendencia tiende a disminuir (del 80% al 45%).

En 1994, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificaron al Helicobacter pylori como carcinógeno del Grupo 1. El sistema de clasificación de carcinógenos más utilizado es el sistema IARC, parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Durante los últimos 30 años, la IARC ha evaluado aproximadamente 900 candidatos cancerígenos potenciales, clasificándolos en uno de los siguientes grupos:

Grupo 1: "Causa cáncer en humanos". Hay evidencia de que puede causar cáncer en humanos.

Grupo 2A: "Puede provocar cáncer en humanos". Hay mucha evidencia de que puede causar cáncer en humanos, pero actualmente no hay una conclusión firme.

Grupo 2B: “Puede provocar cáncer en humanos”. Existe cierta evidencia de que puede causar cáncer en humanos, pero actualmente no es concluyente.

Grupo 3: “No puede clasificarse como cancerígeno para los humanos”. Actualmente no hay evidencia de que cause cáncer en humanos.

Grupo 4: “Probablemente no cancerígeno para los humanos”. Hay evidencia suficiente para demostrar que no causa cáncer en humanos.

▪ **Mecanismos de transmisión.**

Para las infecciones fecal-orales, la ingestión directa o indirecta de agua contaminada puede ser un mecanismo importante de transmisión en los países en desarrollo.

La transmisión de virus boca a boca a través de la placa dental sigue siendo controvertida. Los dentistas e higienistas dentales que están expuestos profesionalmente a la placa dental no tienen un mayor riesgo de infección.

Por otro lado, el aislamiento de microorganismos en el líquido gástrico y el vómito de personas infectadas convierte al tracto gastrointestinal-oral en una fuente potencial de infección, especialmente durante enfermedades, exposición a vómitos y procedimientos iatrogénicos como sondas nasogástricas, endoscopia y accesorios.

Los siguientes factores aumentan el riesgo de infección por *H. pylori*:

- Agua sucia: Beba agua sucia o impura.
- Entorno: hacinamiento, instalaciones que atienden a personas con enfermedades mentales o discapacidades físicas.

- Desnutrición: dieta baja en vitaminas o alta en sal.
- Mala higiene: higiene inadecuada, no lavarse las manos, compartir utensilios.

Características de la infección por hp.

1. Motilidad y Adhesión bacteriana.

Helicobacter pylori tiene flagelos adaptados a un ambiente ácido, lo que le permite penetrar el moco gástrico, que es un mecanismo necesario en el proceso de colonización.

Además, también tiene la capacidad de reconocer receptores en las células del tejido del estómago y conectarse a ellos a través de una compleja familia de adhesinas bacterianas.

Este proceso de adhesión cambia la morfología y fisiología de las células epiteliales gástricas y activa algunas funciones bacterianas; Muy tóxico para el tejido epitelial.

2. Liberación de enzimas.

Helicobacter pylori libera una serie de enzimas que pueden causar daño celular mediante mecanismos directos o indirectos.

La ureasa representa el 5% de la masa bacteriana. Hidroliza la urea, produciendo dióxido de carbono y compuestos de amonio, lo que permite a este microorganismo sobrevivir en ambientes ácidos.

Además, los compuestos resultantes, como el cloruro de amonio y la monocloramina, provocan daños directos a las células epiteliales.

Esta enzima también es antigénica y activa el sistema inmunológico, provocando daño indirecto mediante estimulación inflamatoria.

Su actividad enzimática está regulada por el canal de urea sensible al pH (Urel), que se abre en un ambiente ácido y se cierra en un ambiente de pH neutro. La actividad de la fosfolipasa altera la estructura e integridad de la mucosa gástrica, provocando cambios en su tensión superficial, hidrofobicidad y permeabilidad.

La fosfolipasa A2 convierte la lecitina en lisolecitina (un compuesto tóxico), provocando daño celular directo. *Helicobacter pylori* produce más catalasa que la mayoría de las bacterias. Esta enzima actúa como antioxidante y protege a las bacterias de los compuestos tóxicos de oxígeno liberados durante la activación de los neutrófilos, asegurando su supervivencia y proliferación en las mucosas dañadas. *Helicobacter pylori* también tiene actividad enzimática proteolítica que puede degradar el moco gástrico, pero la importancia de este proceso aún no está clara;

3. Toxinas.

Las cepas VacA expresan la citotoxina VacA, una proteína de 87 kD que puede causar daño a las células gástricas in vitro e in vivo.

Después de la secreción, penetra en la membrana de las células epiteliales y forma canales selectivos de aniones dependientes de voltaje, capaces de aumentar la permeabilidad del epitelio gástrico a la urea, el bicarbonato y otros aniones orgánicos.

Este flujo de aniones crea un entorno favorable para la supervivencia de *Helicobacter pylori*.

También puede penetrar la membrana mitocondrial del tejido

epitelial, desde donde induce la salida de citocromo C e induce la apoptosis.

La virulencia de la toxina VacA parece estar relacionada con el receptor tirosina fosfatasa en las células epiteliales gástricas.

Las cepas de *Helicobacter pylori* con diferentes alelos VacA tienen diferente virulencia.

Aunque todas las cepas de *Helicobacter pylori* tienen el gen que codifica la toxina VacA, éste se expresa sólo en cepas que contienen el gen asociado a la toxina A (CagA).

Este gen codifica una proteína de 128 a 140 kDa cuya función se desconoce, pero debido a que es necesario para la expresión del gen VacA, serviría como factor de transcripción, factor de liberación débil y regularía la función de la toxina VacA. Además, se prevé que esta proteína se transloque a las células epiteliales, donde se fosforilará y se unirá a los residuos de tirosina fosfatasa SH2, actuando como un factor de crecimiento celular que aumenta la producción de citoquinas.⁴⁰

Mecanismo de acción patogénico.

Activación de neutrófilos.

La activación y migración de los neutrófilos (CD11a/CD18 y CD11b/CD18) al tejido gástrico debido a la infección por *Helicobacter pylori* conduce a la producción de óxido nítrico y metabolitos como superóxido e iones hidroxilo, que dañan el ADN y provocan mutaciones variables degeneración maligna de las células de este tejido.

Hipoclorhidria y ácido ascórbico.

Debido a la gastritis atrófica y la metaplasia causada por *Helicobacter pylori*, la secreción ácida de las células parietales disminuye y el pH del estómago aumenta, la multiplicación de bacterias forma nitritos, que interactúan con compuestos nitrogenados cancerígenos.

El ácido ascórbico puede prevenir esta reacción de nitrosación. Debido a este efecto del ácido ascórbico, en casos de gastritis crónica con pH alto e infección por *Helicobacter pylori*, la concentración de ácido ascórbico en el jugo gástrico disminuirá.

De manera similar, los pacientes con metaplasia intestinal tienen concentraciones séricas bajas de ácido ascórbico en comparación con los pacientes sanos.

Por otro lado, se ha descubierto que la ingesta de ácido ascórbico se asocia con una reducción del riesgo de cáncer de estómago.

Etapas de apoptosis.

Durante la carcinogénesis ocurren dos procesos importantes: la apoptosis, es decir, la muerte celular programada, y la proliferación excesiva. Al daño del ADN le sigue la apoptosis como mecanismo protector para prevenir la replicación del ADN mutado. La consecuencia de la apoptosis puede ser una gastritis atrófica con destrucción y daño de las glándulas. Se ha informado de un aumento de la apoptosis central en individuos infectados por *Helicobacter pylori* y desaparece después de la erradicación. 41

2. Prevención secundaria de cáncer gástrico.

Medidas destinadas a prevenir o frenar la progresión de una enfermedad o problema de salud que una persona ya padece en cualquier momento de su aparición. En particular, cabe destacar que en la prevención secundaria,

el diagnóstico precoz, la detección precoz y el tratamiento adecuado son importantes para controlar la enfermedad.

De ahí la importancia de la detección temprana de los casos y el seguimiento periódico de las personas afectadas para evitar o retrasar la aparición de consecuencias. Lo ideal es aplicar medidas preventivas en la etapa preclínica, cuando el daño al organismo aún no ha progresado seriamente y por lo tanto aún no han aparecido los síntomas. Esto es especialmente importante en el caso de enfermedades crónicas.

En particular, su objetivo es detectar enfermedades de forma temprana mediante pruebas de detección.

ATAP desempeña un papel en la identificación de poblaciones en riesgo de enfermedades específicas y refiriéndolas a la sede del EBAIS para su detección y colaborando en algunas de esas medidas, como la detección de jóvenes y ancianos cuando visitan sus hogares.⁴²

Detección precoz del cáncer gástrico.

Lesiones precancerígenas.

Estos son cambios patológicos que pueden convertirse en cáncer (transformación maligna). En un caso individual, es imposible estar seguro de si se ha producido una transformación maligna, pero en grandes grupos de pacientes con las mismas lesiones se ha descubierto que la probabilidad de desarrollar cáncer es mayor que en grupos de población que no están sujetos a estos cambios. Quizás la degeneración maligna sea el resultado de la persistencia de sus causas, por lo que el tratamiento es necesario para prevenir la aparición del cáncer pero también es necesario prevenir su recurrencia.

Atrofia gástrica.

Cuando las glándulas normales del estómago se han reducido o desaparecido.

Existe cierto grado de inflamación (las células del sistema inmunológico del paciente dañan las células del estómago) que a menudo se asocia con la infección por *Helicobacter pylori*.

No se sabe exactamente por qué esta afección se convierte en cáncer.

Metaplasia intestinal.

Otro cambio que puede ser precanceroso es el cáncer de estómago, una enfermedad en la que el revestimiento normal del estómago es reemplazado por células que son muy similares a las células que normalmente recubren los intestinos.

Las personas con esta enfermedad suelen tener gastritis atrófica crónica.

No se sabe cómo ni por qué se produce este cambio y conduce al cáncer de estómago.

También puede ser causada por una infección por la bacteria *Helicobacter pylori*. 43

Métodos de detección precoz para lesiones precancerígenas gastro endoscopia.

El examen endoscópico del tracto gastrointestinal superior e inferior se inició en nuestro país en la década de 1950 con el uso de instrumentos rígidos o semirrígidos, que, como en el caso del estómago, no permitían examinar los puntos ciegos. La endoscopia es un procedimiento médico que utiliza un sistema óptico para observar el tracto digestivo.

Estos se llaman gastroscopia, que examina el tracto digestivo superior (esófago, estómago e intestino delgado), y colonoscopia, que examina el intestino grueso. El endoscopio consta de un tubo de fibra óptica largo y flexible con una cámara conectada a vídeo que permite ver el interior del tracto digestivo.

El endoscopio cuenta con canales internos que permiten: la inyección de aire o líquido para estirar el tracto digestivo y examinarlo, así como lavar la zona a examinar, succionar y tomar muestras de la superficie del tracto digestivo para su examen, utilizar un microscopio realizar una biopsia y tomar muestras de tejido para examen, examen microscópico, extracción de pequeños objetos extraños que ingresan accidentalmente al cuerpo, pólipos de la mucosa de los órganos digestivos, cauterización de venas varicosas o masas hemorrágicas, etc.

Utilice microscopios y otros instrumentos para realizar procedimientos en el esófago, el estómago o los intestinos (extirpación de pólipos, tumores, etc.). 44

Biopsia gastro endoscópica.

Una biopsia es un procedimiento que se realiza para extraer tejido o células del cuerpo para examinarlos con un microscopio. Algunas biopsias se pueden realizar en el consultorio de un médico, mientras que otras se pueden realizar en un hospital. Además, algunas biopsias requieren el uso de anestésico para adormecer el área, mientras que otras no requieren sedación.

A menudo se realiza una biopsia para determinar si el tumor es maligno (canceroso) o para determinar la causa de una infección o inflamación desconocida. Una biopsia se puede realizar de varias formas, según el tipo de muestra necesaria.

Un endoscopio flexible (un tubo flexible de fibra óptica con una lente que proporciona visión y luz) permite al cirujano mirar el interior del cuerpo a través de una pequeña incisión y tomar muestras de tejido.

Las muestras de tejido suelen ser pequeñas y se toman de tejidos que parecen estar experimentando cambios estructurales, como los tumores.

Este tipo de biopsia se realiza utilizando un endoscopio de fibra óptica (un tubo largo y delgado con un telescopio en el extremo para observar) que se inserta a través de una abertura natural (como el recto) o una incisión menor (como durante la artroscopia).

Un endoscopio se utiliza para examinar un órgano en busca de áreas anormales o sospechosas, de modo que se pueda extraer una pequeña cantidad de tejido para examinarlo. Los procedimientos endoscópicos reciben el nombre del órgano o parte del cuerpo que se examina, se trata o ambos.

El médico puede insertar el endoscopio en el tracto digestivo (endoscopia gastrointestinal), en la vejiga urinaria (cistoscopia), en la cavidad abdominal (laparoscopia), en la cavidad articular (artroscopia), en la mitad del tórax (mediastinoscopia) o en la tráquea y el sistema bronquial (laringoscopia y broncoscopia).

Le administrarán sedantes y analgésicos (analgésicos).

No sentirá dolor y no recordará el procedimiento.

Se puede rociar un anestésico local en la boca para evitar la necesidad de toser o vomitar después de insertar el endoscopio.

Para proteger los dientes y el endoscopio, se debe usar un protector bucal y quitarse la dentadura postiza. En la mayoría de los casos, se le colocará una vía intravenosa en el brazo para administrar medicamentos durante el procedimiento. Se le pedirá que se acueste sobre su lado izquierdo. Después de usar sedantes:

- El endoscopio pasa a través del esófago hasta el estómago y el duodeno.
- Luego se introduce aire a través del endoscopio para mejorar la visualización.
- Se examina el revestimiento del esófago, el estómago y la parte

superior del duodeno y se puede tomar una biopsia (muestra de tejido vista bajo un microscopio) usando un endoscopio.

- Se pueden utilizar varios tratamientos, como alargar o ensanchar la parte estrecha del esófago.
- Una vez que se complete la prueba, se restringirá su ingesta de alimentos sólidos y líquidos hasta que regrese el reflejo nauseoso para evitar la asfixia.
- La prueba dura entre 5 y 20 minutos. 45

Indicaciones.

- Dolor de estómago
- Sentirse satisfecho antes de lo habitual o después de comer menos de lo habitual.
- Gastroparesia
- Acidez de estómago
- Anemia de causa desconocida.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Vómitos de sangre
- Vómitos continuos

Complicaciones.

Existe un pequeño riesgo de perforación (agujero) en el estómago, duodeno o esófago y un pequeño riesgo de sangrado en el lugar de la biopsia. Es posible que tenga una reacción adversa a los anestésicos, medicamentos o sedantes. Esta reacción puede causar:

- Apnea (dificultad para respirar)
- Ritmo cardíaco lento
- Sudar demasiado
- Hipotensión (presión arterial baja)
- Laringoespasma (laringoespasma)

- Insuficiencia respiratoria (dificultad para respirar).

El riesgo general es de menos de 1 de cada 1.000 personas. 46

2.2.4. La función preventiva promocional de la enfermera.

El MINSA, a través de la Dirección de Salud de la Población, ha elaborado el documento técnico: “Lineamientos para la atención integral de la salud de las personas y adultos mayores, 2005” proporcionar un sistema de referencia y un conjunto de directrices que puedan utilizarse como base.

Acciones encaminadas a la atención integral de la salud de las personas mayores, hacia un sistema de atención sanitaria moderno, eficiente y eficaz, con nueva oferta de servicios que pueda satisfacer las necesidades de salud de las personas mayores y promover un envejecimiento activo y saludable.

Considerando las características psicosociales y epidemiológicas de esta población, las actividades consideradas prioritarias del programa incluyen: proteger la salud, promover el desarrollo de capacidades, habilidades y destrezas, ayudar a las personas mayores a mantener sus proyectos de vida, generando oportunidades para que actúen de forma independiente cuidar de su salud y garantizar la plena integración social. Los principios fundamentales que determinan los beneficios de la atención integral de la salud de las personas mayores son:

Universalidad en la atención de salud.

La atención a las personas mayores debe ser universal porque pretende lograr, a través del trabajo coordinado de todos los actores del sector, que la atención realmente alcance, promueva y restablezca la salud de esta población en la medida en que es un derecho. Es básico para todos los adultos mayores.

Integralidad de la persona y de la atención.

Como parte de la atención integral, el anciano es entendido como una entidad biopsicosocial inmersa en un complejo sistema de interconexiones políticas, sociales, culturales y ecológico-biológicas.

Así, la enfermería satisface diversas necesidades de salud integrando los aspectos preventivos y de salud con los aspectos de enfermería y curativos, colocando al individuo en el centro del cuidado de la salud.

Calidad de atención.

La satisfacción de los usuarios y el respeto a su integridad como personas con derechos inalienables es la base de la política del Sector.

Por lo tanto, el respeto a este derecho ciudadano requiere la disponibilidad de recursos humanos con habilidades, perspectivas y capacidades especiales, así como el desarrollo de tecnologías diversas para tomar en cuenta adecuadamente las diferencias culturales propias de esta población con respeto y responsabilidad.

Equidad.

Las inversiones e intervenciones basadas en la equidad significan satisfacer las necesidades de salud de las personas mayores de manera más amplia, centrando las inversiones en personas que viven en condiciones aisladas, vulnerables y en riesgo.

Solidaridad.

El Estado tiene la obligación de promover la solidaridad en toda la sociedad, es responsable de satisfacer las necesidades y facilitar el acceso a los servicios de salud de las personas mayores con recursos limitados y fomenta todas las actividades de servicios comunes de las personas mayores. El número de personas asegura que uno contribuya al bienestar de sus conciudadanos.

Participación.

Las personas mayores son ciudadanos y por tanto tienen derecho a una promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud de alta calidad,

respetuosas y acogedoras; También tienen la responsabilidad de cuidar de su salud, de sus familias y de la comunidad.

Por lo tanto, mejorar la salud de las personas mayores también significa que el gobierno facilita el acceso y aumenta el conocimiento sobre los servicios, cuidando siempre de ajustar las políticas e intervenciones adecuadas a las características epidemiológicas y sociales y a las expectativas de atención de esta población. 47

Según la teoría de enfermería de Dorothea Orem, el sujeto es el actor principal para garantizar su propia salud.

Así, vemos que la promoción de la enfermería tiene como objetivo proporcionar a la sociedad el conocimiento adecuado para que pueda practicar formas de cuidado personal, familiar y social.

Las personas mayores son un grupo especial en esta estructura debido al desgaste natural del cuerpo y por tanto de sus funciones biológicas, por lo que es muy importante empezar a cuidar y mantener la salud física desde una edad temprana.

La vida adulta es tangible, permitiéndote disfrutar de mejores condiciones físicas, mentales y sociales en ti mismo y en las relaciones con los demás.

Las personas asumen la responsabilidad de su salud y felicidad eligiendo un estilo de vida saludable. Las enfermeras en todas las áreas de práctica tienen oportunidades de ayudar a las personas a tomar medidas para mejorar su salud, promover estilos de vida saludables y educar a las personas sobre los riesgos que enfrentan y cómo evitarlos o minimizarlos.

Es trabajo de toda enfermera actuar. en beneficio de las personas y su sociedad.

2.3. Definición de términos básicos

- **Factores de riesgo.**

En esta investigación se refieren a aquellos factores que de manera directa e indirecta pueden condicionar a la aparición del cáncer gástrico y contribuir a su desarrollo.

- **Conocimiento**

El acto y efecto de la percepción, es decir, recopilar información valiosa que nos permite comprender la realidad a través de la razón, la comprensión y la inteligencia.

- **Medidas de prevención del cáncer gástrico.**

Están referidas a los cuidados que debe tener el personal de salud para evitar que se produzca el cáncer gástrico y deteriore su organismo.

- **Cáncer gástrico.**

Enfermedad humana caracterizada por una proliferación anormal de células del estómago que atacan los tejidos normales, provocando su muerte o disfunción y, dependiendo de su gravedad, puede poner en peligro la salud o la vida de la persona enferma.

- **Personal de salud.**

Para el estudio se incluirá al personal profesional del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.

2.4. Formulación de hipótesis.

2.4.1. Hipótesis general

Sí, el nivel de conocimientos y aptitudes se relaciona con la prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.

2.4.2. Hipótesis específicas

- Sí, el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo demográficos es regular en la prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional

Daniel Alcides Carrión – Pasco.

- Sí, el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo características clínicas es regular en la prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.
- Sí, el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo estado nutricional es regular en la prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.
- Sí, el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo consumo de alimentos es regular en la prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.
- Sí, el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo sustancias psicoactivas es regular en la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.
- Sí, el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo patologías previas es regular en la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.

2.5. Identificación de variables

Variable 1:

Conocimientos y aptitudes sobre factores de riesgo

Variable 2:

Medidas de prevención del cáncer gástrico.

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

VARIABLES	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	PARÁMETROS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN
Variable 1: Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Demográficas • Características Clínicas. • Nutricional. • Consumo de Alimentos. • Sustancias psicoactivas. • Patologías Previas. 	En esta investigación se refieren a aquellos factores que de manera directa e indirecta pueden condicionar a la aparición del cáncer gástrico y contribuir a su desarrollo.	Se refiere a la evaluación cognitiva del personal en cuanto a los factores de riesgo del cáncer gástrico.	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Estado civil • Nivel Socio económico • Tipo sanguíneo • Nivel de Hb. • Estado de nutrición. • Alimentos preservados • Alimentos naturales • No precisa • Tabaquismo • Alcoholismo • Infección por H. pylori • Linfoma de estómago • Anemia perniciosa • Enfermedad de Menetrier • Síndrome de cáncer hereditario • Cáncer gástrico difuso hereditario. • Cáncer colon rectal • Pólipos adenomatosa • Antecedentes familiares de cáncer 	Buena Regular aceptable	Ficha de registro sobre factores de riesgo
Variable 2: Prevención del cáncer gástrico.	<ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos. • Factores medioambientales. 	Están referidas a los cuidados que debe tener el personal de salud para evitar que se produzca el cáncer gástrico	Se refiere a la aplicación de las medidas preventivas que aplica el personal frente al cáncer Gástrico.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Antecedentes familiares • Tipos de trabajo • Alimentos relacionados con cáncer • Alimentos protectores • Alimentos calentados 	Adecuada Poco adecuada Aceptable	Cuestionario sobre prevención del cáncer gástrico.

	<ul style="list-style-type: none"> • Factores biológicos. • Detección temprana de cáncer gástrico. 	y deteriore su organismo.		<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de sal • Comer a deshora • Selección de alimentos • Hábitos nocivos • Bacterias que originan el cáncer • Signos y síntoma • Endoscopia 		
--	--	---------------------------	--	--	--	--

CAPÍTULO III

METODOLÓGIA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación fue el cuantitativo descriptivo que permitió relacionar las variables: Aspecto cognitivo que tiene el personal de salud con las medidas preventivas que aplica en el cáncer gástrico.

3.2. Nivel de investigación

La presente investigación tiene nivel descriptivo

3.3. Métodos de investigación

Se utilizó el método científico y al ser un estudio cuantitativo se utilizó el método deductivo, analítico y sintético, permitiendo sacar conclusiones en este estudio.

3.4. Diseño de investigación

El diseño fue el no experimental de tipo descriptivo transversal.

3.5. Población y muestra

Población muestral

La población estuvo conformada por todo el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco.

No se estimó tamaño de muestra por ser una población accesible a las investigadoras.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas:

- **Entrevista**

Utilizando este método, se envió un cuestionario cognitivo a cada miembro de la muestra que participó en este estudio.

Instrumentos.

- **Cuestionario cognitivo.**

Es un instrumento de tipo estructurado estuvo compuesto por 15 preguntas que permitió evaluar al personal a investigar sobre los conocimientos que tienen sobre los factores de riesgo del cáncer gástrico.

- **Ficha de registro sobre factores de riesgo del cáncer gástrico.**

Este es un instrumento compuesto por todas las dimensiones a evaluar al personal de salud precisamente permitió determinar qué factores de riesgo están relacionados al cáncer gástrico.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Para procesar la información se utilizaron los paquetes estadísticos Excel y SPSS V25. Para ello se realizaron los siguientes pasos:

Codificación de herramientas de investigación.

- Construir una base de datos de herramientas usadas.
- Resumen de datos electrónicos.
- Intersecar variables para construir tablas estadísticas para resolver problemas planteados, alcanzar objetivos y comparar hipótesis de investigación.

3.8. Tratamiento estadístico

- Presentar cuadros estadísticos con las correspondientes pruebas de contraste de hipótesis, que permitan determinar la fuerza de su relación comparando hipótesis estadísticas; nulo y alterno al nivel de significancia

del 95%.

- Se realizaron análisis unidireccionales y bidireccionales de los resultados de las pruebas de panel estadístico.
- Se dieron los resultados, conclusiones y recomendaciones del estudio.

3.9. Orientación ética filosófica y epistémica

Durante el estudio, cada participante completó un formulario de consentimiento informado informándole del propósito y misión del anterior.

Controlar; garantizar que cada participante tenga pleno conocimiento y consentimiento para participar voluntariamente en el estudio y que los participantes tendrán la oportunidad de retirarse del estudio cuando lo consideren conveniente.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

La recolección de datos tuvo lugar en el servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, en dónde se aplicó el cuestionario a las que trabajan en este nosocomio, con la finalidad de recabar información para luego ser procesadas el cuadro y gráficos estadísticos y posteriormente presentarlos en el informe de investigación.

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados

Tabla 1:

Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021

COMPETENCIA	PREVENCIÓN DEL CÁNCER				Total	
	Adecuada		Poco adecuada			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mediana	10	15,4	19	29,2	29	44,6
Alto	29	44,6	7	10,8	36	55,4
Total	39	60,0	26	40,0	65	100,0

FUENTE: Ficha de registro sobre competencia cognitiva de los factores de riesgo- Cuestionario sobre prevención del cáncer gástrico.

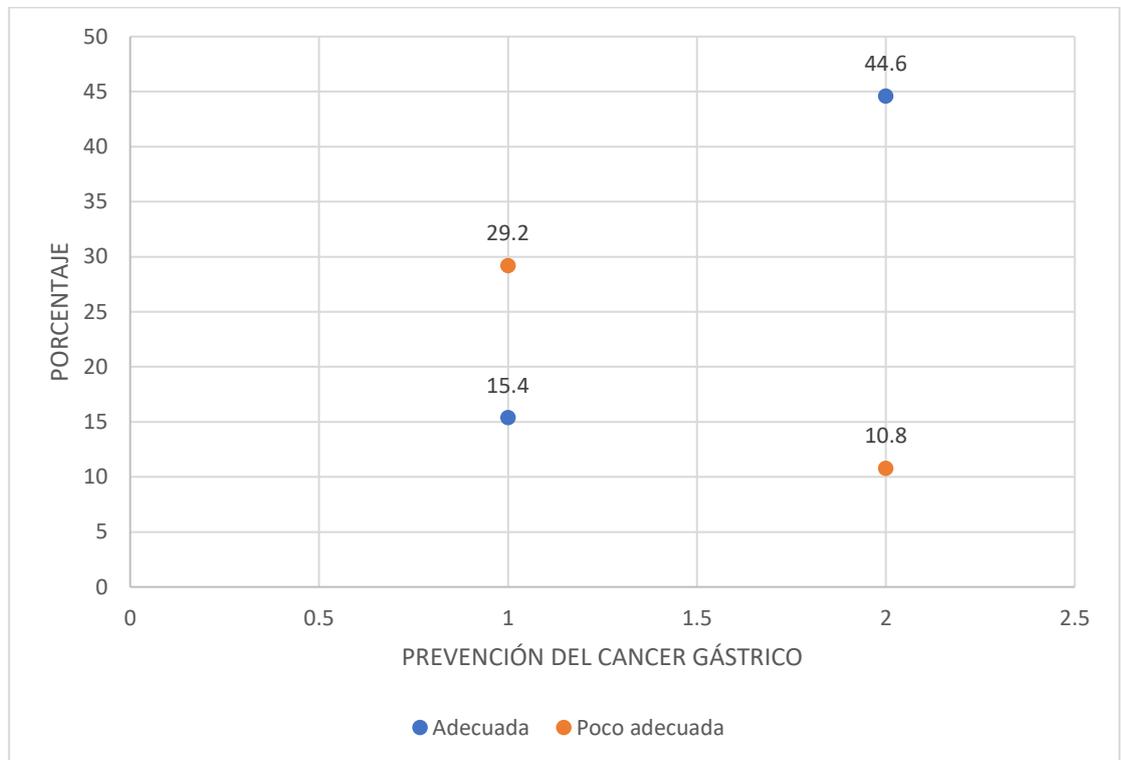
Análisis:

El nivel de competencia cognitiva del personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco es alto frente a la prevención del cáncer gástrico que es adecuada en el 44.6%.

El nivel de competencia mediana en el personal de salud es de 44.6% y el nivel de prevención en este grupo es poco adecuada en el 29,2% de los entrevistados.

Gráfico 1:

Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021



FUENTE: Tabla N° 1

Tabla 2:

Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021

NIVEL DE COMPETENCIA (Demográfica)	PREVENCIÓN DEL CÁNCER				Total	
	Adecuada		Poco adecuada			
	N°	%	N°	%	N°	%
Sexo						
Masculino	29	44,6	7	10,8	36	55,4
Femenino	10	15,4	19	29,2	29	44,6
Estado civil						
Casado	26	40,0	1	1,5	27	41,5
Conviviente	13	20,0	25	38,5	38	58,5
Nivel socioeconómico						
Bajo	1	1,5	5	7,7	6	9,2
Medio	38	58,5	21	32,3	59	90,8
Total	39	60,0	26	40,0	65	100,0

FUENTE: Ficha de registro sobre competencia cognitiva de los factores de riesgo- Cuestionario sobre prevención del cáncer gástrico.

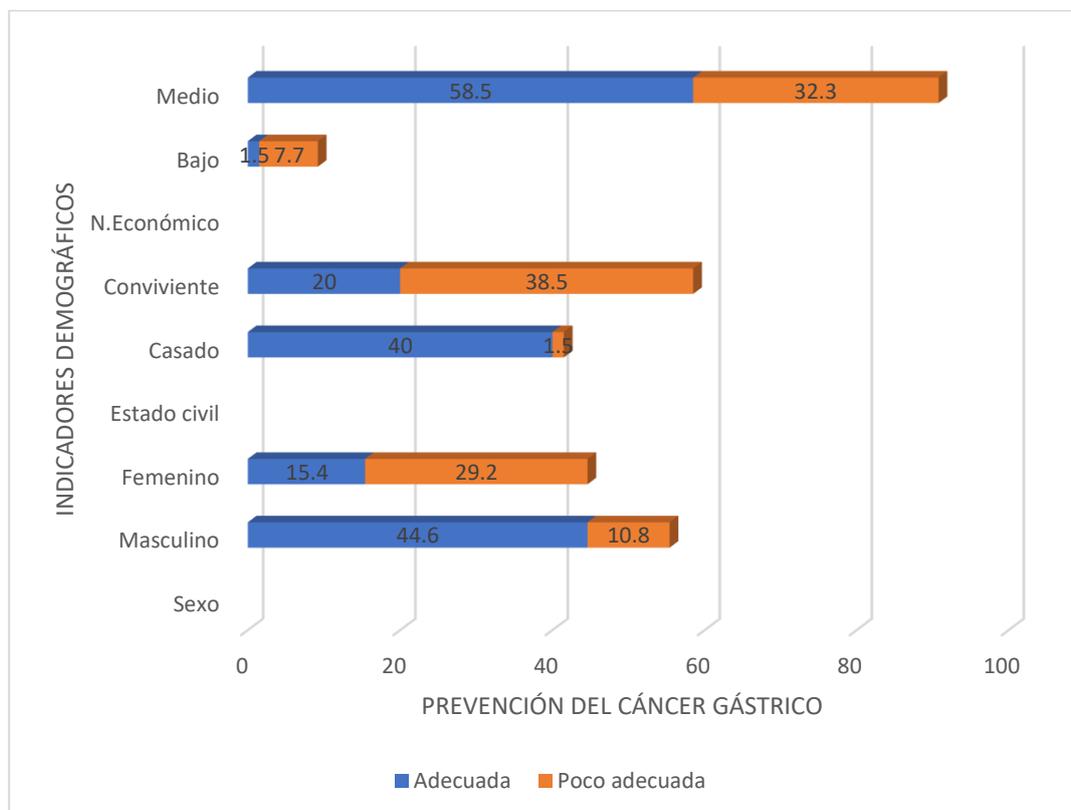
Análisis:

El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco es adecuada en el personal masculino 44,6%, poco adecuada en el personal de estado civil conviviente 38,5% y nivel socio económico medio 32,3%.

En segundo lugar, está el nivel de competencia demográfica en la prevención del cáncer gástrico que es poco adecuada en el sexo femenino 29,2%, de estado civil casado es adecuado en el 40% y de bajo nivel económico y prevención poco adecuada en el 7,7%.

Gráfico 2:

Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021



FUENTE: Tabla N° 2

Tabla 3:

Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	PREVENCIÓN DEL CÁNCER				Total	
	Adecuada		Poco adecuada			
	N°	%	N°	%	N°	%
Tipo sanguíneo						
Tipo O	19	29,2	24	36,9	43	66,2
Otros tipos	20	30,8	2	3,1	22	33,8
Nivel de hemoglobina						
Bajo	11	16,9	24	36,9	35	53,8
Normal	28	43,1	2	3,1	30	46,2
Total	39	60,0	26	40,0	65	100,0

FUENTE: Ficha de registro sobre competencia cognitiva de los factores de riesgo- Cuestionario sobre prevención del cáncer gástrico.

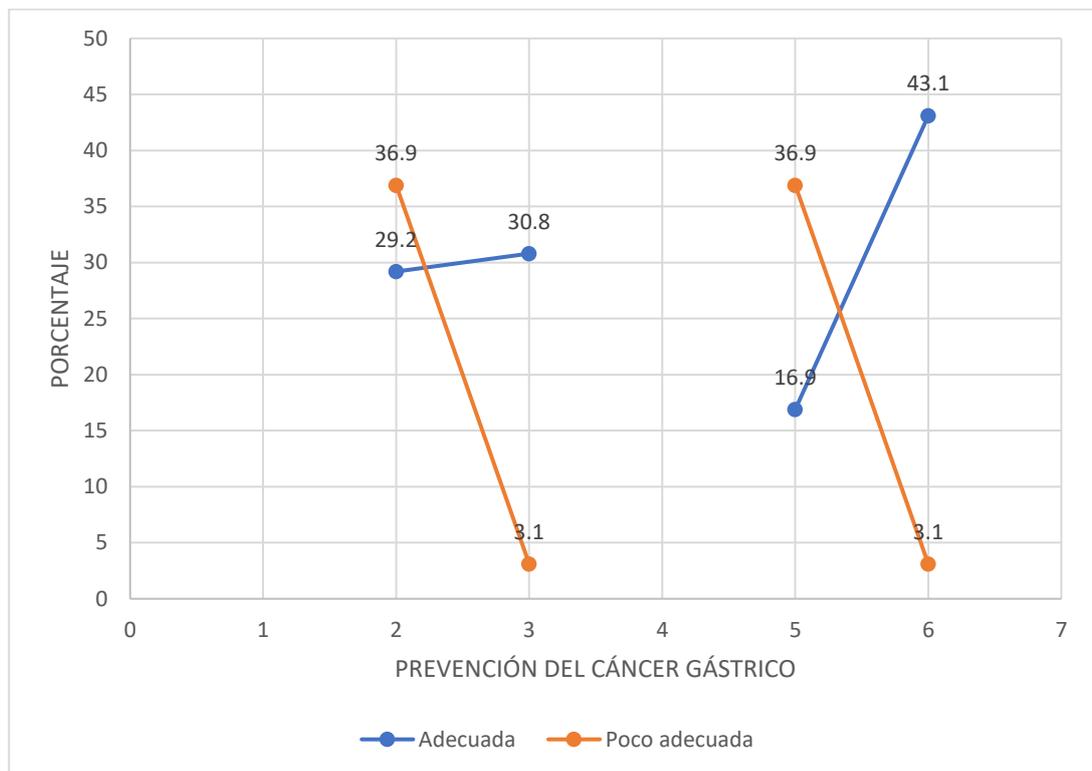
Análisis:

El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco es poco adecuada en el personal que como característica tiene el factor ROH “O” 29,2%, y en los que tienen otros tipos de factores del 30,8%.

El nivel de hemoglobina es del 36,9% en el personal que aplica medidas de prevención poco adecuadas frente al 43,1% que tienen nivel normal.

Gráfico 3:

Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021



FUENTE: Tabla N° 3

Tabla 4:

Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021

ESTADO NUTRICIONAL	PREVENCION DEL CANCER				Total	
	Adecuada		Poco adecuada			
	N°	%	N°	%	N°	%
Sobrepeso	13	20,0	0	0,0	13	20,0
Normal	26	40,0	26	40,0	52	80,0
Total	39	60,0	26	40,0	65	100,0

FUENTE: Ficha de registro sobre competencia cognitiva de los factores de riesgo- Cuestionario sobre prevención del cáncer gástrico.

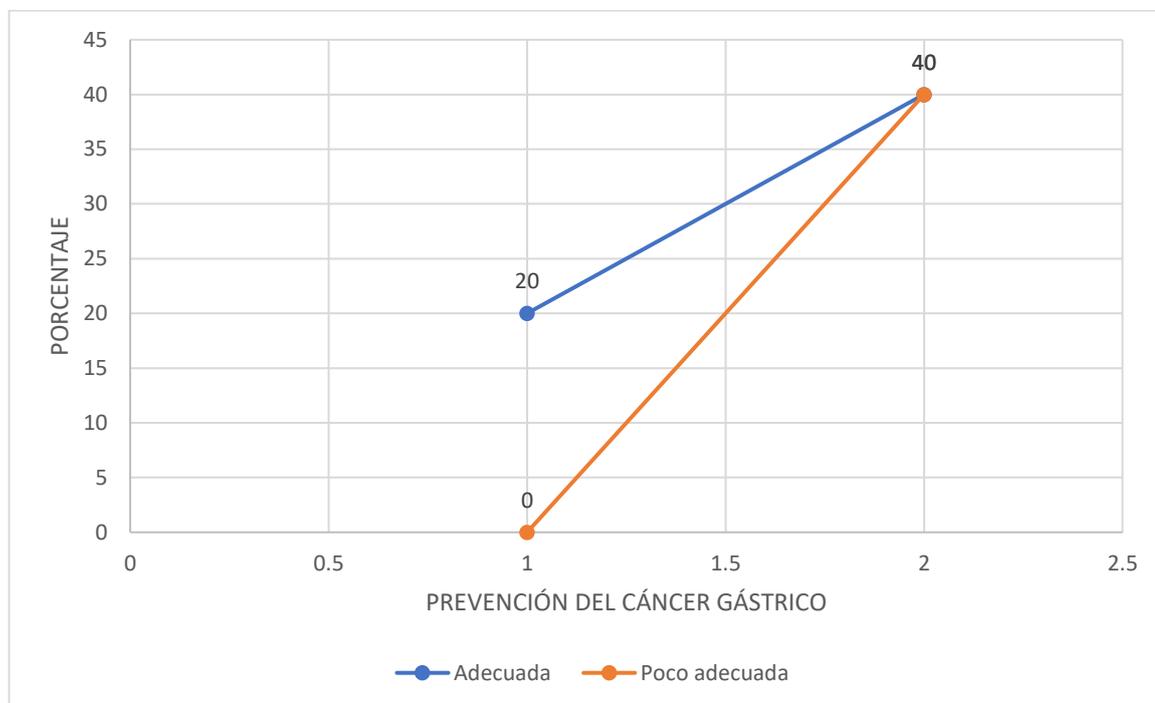
Análisis:

El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco es adecuada en el personal de salud que tiene peso normal 40,0%, y poco adecuada 40%

En segundo lugar, está el personal con sobrepeso y aplican nivel de prevención del cáncer gástrico adecuada 20%.

Gráfico 4:

Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021



FUENTE: Tabla N° 4

Tabla 5:

Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021

CONSUMO DE ALIMENTOS	PREVENCIÓN DEL CÁNCER				Total	
	Adecuada		Poco adecuada			
	N°	%	N°	%	N°	%
A. Preservados	6	9,2	12	18,5	18	27,7
A. Naturales	15	23,1	7	10,8	22	33,8
A. Balanceados	18	27,7	7	10,8	25	38,5
Total	39	60,0	26	40,0	65	100,0

FUENTE: Ficha de registro sobre competencia cognitiva de los factores de riesgo- Cuestionario sobre prevención del cáncer gástrico.

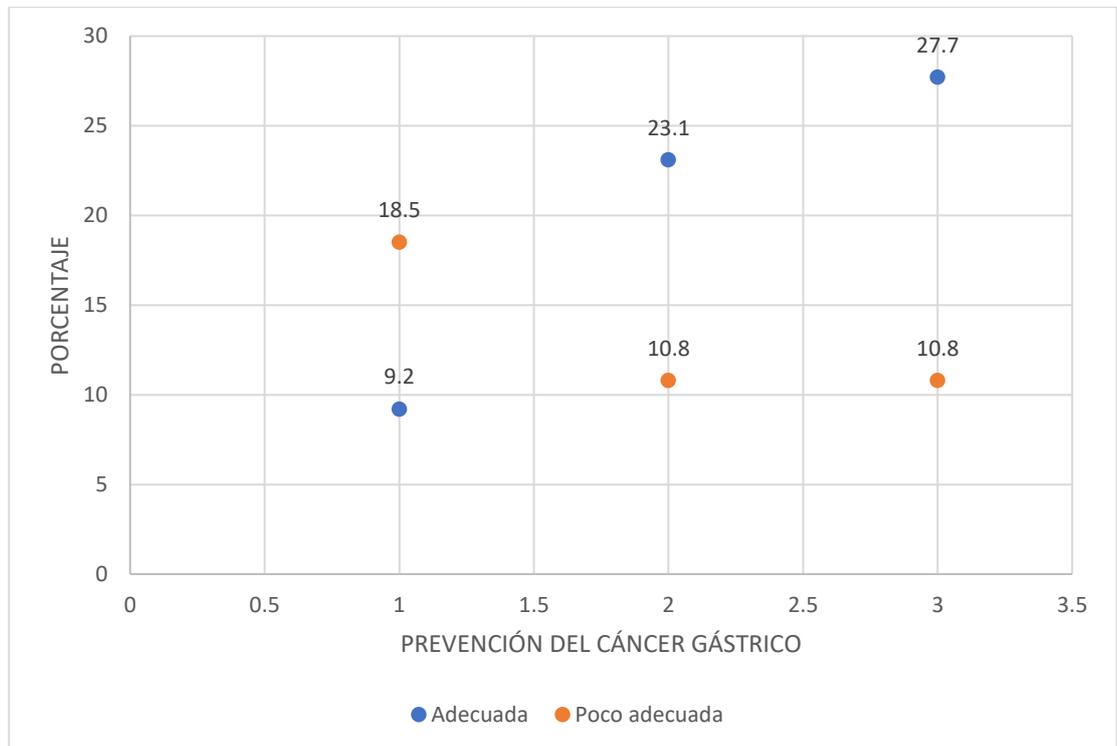
Análisis:

El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco es poco adecuada en el personal de salud que consume alimentos preservados 18,5%, y es adecuada en los que consumen alimentos naturales; 23,1%.

En segundo lugar, está el personal que consume alimentos balanceados y su actividad preventiva es adecuada en el 27,7%.

Gráfico 5:

Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021



FUENTE: Tabla N° 5

Tabla 6:

Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	PREVENCIÓN DEL CÁNCER				Total	
	Adecuada		Poco adecuada			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bebidas Alcohólicas	18	27,7	23	35,4	41	63,1
Tabaco	3	4,6	0	0,0	3	4,6
Ninguno	18	27,7	3	4,6	21	32,3
Total	39	60,0	26	40,0	65	100,0

FUENTE: Ficha de registro sobre competencia cognitiva de los factores de riesgo- Cuestionario sobre prevención del cáncer gástrico.

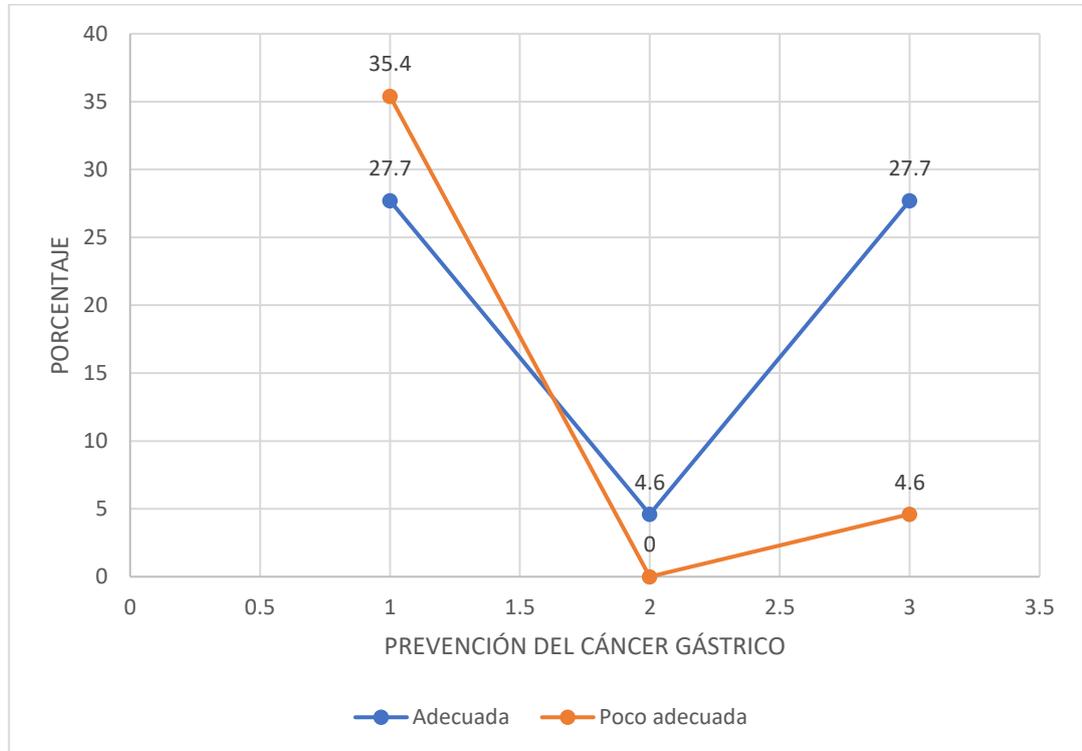
Análisis:

El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco es poco adecuada en el personal de salud que menciona consumir bebidas alcohólicas 35,4%.

En segundo lugar, está el personal que no consume bebidas alcohólicas ni tabaco 32,3%.

Gráfico 6:

Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021



FUENTE: Tabla N° 6

Tabla 7:

Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021

PATOLOGÍAS PREVIAS	PREVENCIÓN DEL CÁNCER				Total	
	Adecuada		Poco adecuada			
	N°	%	N°	%	N°	%
Infección por H. Pylori	6	9,2	4	6,2	10	15,4
Linfoma	10	15,4	16	24,6	26	40,0
Anemia	23	35,4	6	9,2	29	44,6
Total	39	60,0	26	40,0	65	100,0

FUENTE: Ficha de registro sobre competencia cognitiva de los factores de riesgo- Cuestionario sobre prevención del cáncer gástrico.

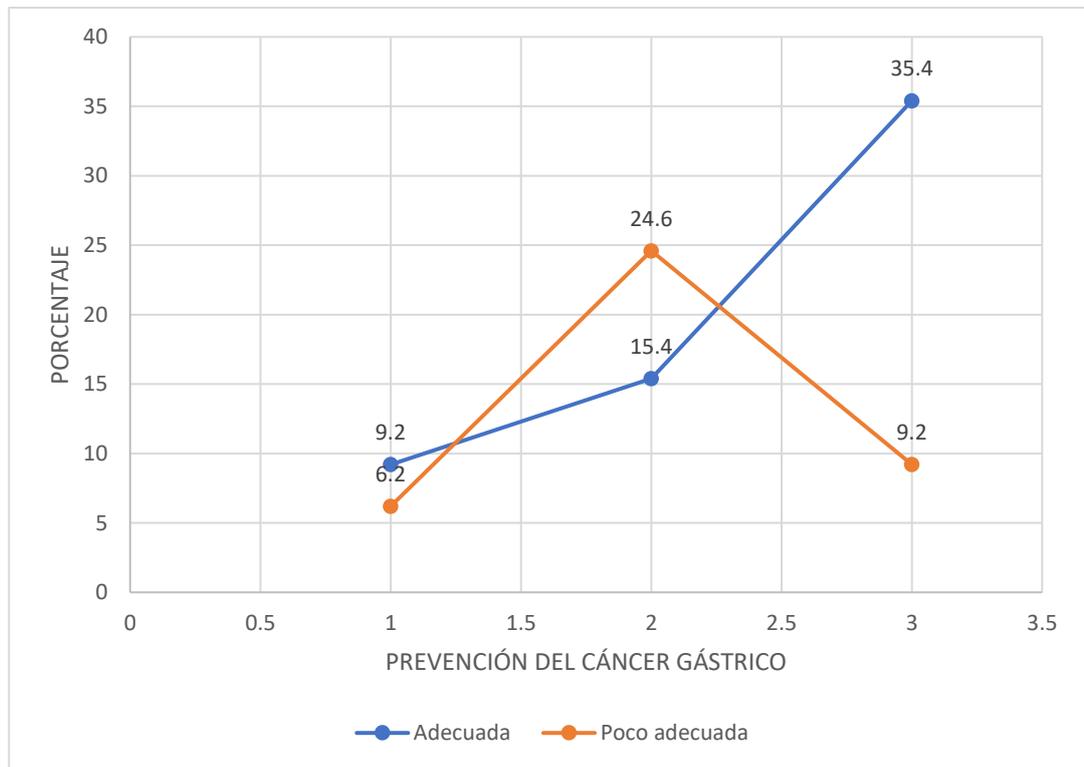
Análisis:

El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco es adecuada en el personal de salud que menciona que el Helicobacter Pylori ocasiona el cáncer gástrico 9,2%,

En segundo lugar, está el personal que opina al linfoma y aplica medidas preventivas poco adecuadas 24,6%.

Gráfico 7:

Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo según prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021



FUENTE: Tabla N° 7

4.3. Prueba de hipótesis

Tabla 8:

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,206 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	12,351	1	,000		
Razón de verosimilitud	14,661	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,987	1	,000		
N de casos válidos	65				

Decisión estadística:

El valor de Chi-cuadrado de Pearson = 14,206 y p valor = ,000; menor a 0.05 lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables.

DONDE:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ho = Se rechaza

Ha = Se acepta

Tabla 9:

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,206 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	12,351	1	,000		
Razón de verosimilitud	14,661	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,987	1	,000		
N de casos válidos	65				

Decisión estadística:

El valor de Chi-cuadrado de Pearson = 14,206 y p valor = ,000; menor a 0.05 lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables.

DONDE:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ho = Se rechaza

Ha = Se acepta

Tabla 10:

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,352 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	22,831	1	,000		
Razón de verosimilitud	30,113	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	24,962	1	,000		
N de casos válidos	65				

Decisión estadística:

El valor de Chi-cuadrado de Pearson = 25,325 y p valor = ,000; menor a 0.05

lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables.

DONDE:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ho = Se rechaza

Ha = Se acepta

Tabla 11:

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,172 ^a	1	,023		
Corrección de continuidad ^b	3,374	1	,066		
Razón de verosimilitud	5,262	1	,022		
Prueba exacta de Fisher				,034	,034
Asociación lineal por lineal	5,092	1	,024		
N de casos válidos	65				

Decisión estadística:

El valor de Chi-cuadrado de Pearson = 5,172 y p valor = ,034; menor a 0.05 lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables.

DONDE:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ho = Se rechaza

Ha = Se acepta

Tabla 12:

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,238 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	11,363	1	,001		
Razón de verosimilitud	15,060	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,035	1	,000		
N de casos válidos	65				

Decisión estadística:

El valor de Chi-cuadrado de Pearson = 13,238 y p valor = ,000; menor a 0.05 lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables.

DONDE:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ho = Se rechaza

Ha = Se acepta

Tabla 13:

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,794 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	23,279	1	,000		
Razón de verosimilitud	29,222	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	25,397	1	,000		
N de casos válidos	65				

Decisión estadística:

El valor de Chi-cuadrado de Pearson = 25,794 y p valor = ,000; menor a 0.05
lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables.

DONDE:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ho = Se rechaza

Ha = Se acepta

Tabla 14:

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,833 ^a	1	,001		
Corrección de continuidad ^b	8,850	1	,003		
Razón de verosimilitud	15,404	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,001	,000
Asociación lineal por lineal	10,667	1	,001		
N de casos válidos	65				

Decisión estadística:

El valor de Chi-cuadrado de Pearson = 10,883 y p valor = ,000; menor a 0.05
lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables.

DONDE:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ho = Se rechaza

Ha = Se acepta

Tabla 15:

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,447 ^a	2	,024
Razón de verosimilitud	7,408	2	,025
Asociación lineal por lineal	5,908	1	,015
N de casos válidos	65		

Decisión estadística:

El valor de Chi-cuadrado de Pearson = 7,447 y p valor = ,024; menor a 0.05 lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables.

DONDE:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ho = Se rechaza

Ha = Se acepta

Tabla 16:

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,213 ^a	2	,002
Razón de verosimilitud	14,040	2	,001
Asociación lineal por lineal	10,579	1	,001
N de casos válidos	65		

Decisión estadística:

El valor de Chi-cuadrado de Pearson = 12,213 y p valor = ,002; menor a 0.05 lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables.

DONDE:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ho = Se rechaza

Ha = Se acepta

Tabla 17:

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,531 ^a	2	,009
Razón de verosimilitud	9,815	2	,007
Asociación lineal por lineal	3,847	1	,050
N de casos válidos	65		

Decisión estadística:

El valor de Chi-cuadrado de Pearson = 9,531 y p valor = ,009; menor a 0.05 lo que indica que existe relación significativa entre ambas variables.

DONDE:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ho = Se rechaza

Ha = Se acepta

4.4. Discusión de resultados.

La investigación efectuada en la ciudad de Cerro de Pasco en el hospital regional Daniel Alcides Carrión nos permitió llegar a las conclusiones siguientes:

Objetivo general: Determinar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco. Concluyó que: El nivel de conocimientos y aptitudes del personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco es alto frente a la prevención del cáncer gástrico que es adecuada en el 44.6%. al respecto se cita el estudio efectuado por: Berrospi Z. 2017. En cuanto a los factores relacionados con el conocimiento sobre la prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en las consultas externas del hospital, se puede concluir que el 62% de los sujetos del estudio tenía conocimientos en la media, el 37% es alto y el 1% es bajo.

Los factores relacionados encuestados fueron: edad; sexo; nivel de estudio; ocupación, acceso a Internet y nivel socioeconómico.

Los resultados de estos dos estudios fueron similares, observándose algunas similitudes en ambos casos.

En cuanto al concepto de riesgo, es necesario ampliarlo para incluir las condiciones de vida y de salud, adoptando un significado más general e incluyendo en su definición una serie de condiciones que pueden amenazar el nivel de salud o la calidad de vida de las personas. La aparición de enfermedades refleja en última instancia el estilo de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales de las personas.

Actualmente se acepta que la aparición de cáncer está directamente relacionada con muchos motivos de preocupación.

No hay duda de que la predisposición genética y la interacción con el entorno externo juegan un papel importante en algunos tipos de cáncer.

Entre esta susceptibilidad, el estilo de vida y los factores o condiciones ambientales, eventualmente surgirá el riesgo de desarrollar cáncer.

Objetivo específico 1: Identificar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo demográficos y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión

Concluyó que: El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión es adecuada en el personal masculino 44,6%, poco adecuada en el personal de estado civil conviviente 38,5% y nivel socio económico medio 32,5%. Según Taipe A. et.al. 2017. Se realizó un estudio sobre factores de riesgo relacionados con el tipo de cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en el Hospital Regional Sacarías Correa Valdivia.

Se sabe que el 35,8% de los pacientes con cáncer de estómago tienen entre 61 y 70 años y el 20,8% tienen entre 71 y 80 años.

El 5,7% eran hombres, el 45,3% eran mujeres, el 64,2% eran residentes rurales y el 35,8% eran residentes urbanos. El cáncer gástrico de tipo adenocarcinoma se detectó en el 88,7% de las personas tratadas y otros tipos en el 11,3%. El 83,0% de los pacientes con adenocarcinoma del tipo cáncer gástrico estuvieron expuestos al consumo de alimentos ahumados, salados y picantes (índice < 0,05); 79,2%; para dietas bajas en frutas y verduras (ref. no <0,05); Otros factores ambientales como el alcoholismo, el tabaquismo y las ocupaciones peligrosas no están asociados con el tipo adenocarcinoma de cáncer gástrico. Estos números son consistentes con los datos obtenidos en nuestro estudio.

Objetivo específico 2: Identificar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo características clínicas y la prevención del cáncer gástrico personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión . Concluyó que: El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión es poco adecuada en el personal que como característica tiene el factor ROH "O" 29,2%, y en los que tienen otros tipos de factores del 30,8%. Y en el objetivo específico 3: Identificar el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo estado nutricional y la prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión. Concluyó que: El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión es adecuada en el personal de salud y que manifiestan que el peso es normal 40,0%, y poco adecuada 40%. Objetivo específico 4: Identificar el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo consumo de alimentos y la prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión. Concluyó que: El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión es poco adecuada en el personal de salud que consume alimentos preservados 18,5%, y es adecuada en los que consumen alimentos naturales; 23,1%.

Asimismo, según Taípe A. et. al. informó que el 83,0% de los pacientes con adenocarcinoma de tipo cáncer gástrico estuvieron expuestos al consumo de alimentos ahumados, salados o muy condimentados (ref. nº 1). <0,05); 79,2%; dieta baja en frutas y verduras (valor < 0,05); Otros factores ambientales como el alcoholismo, el tabaquismo y las ocupaciones peligrosas no están asociados con el tipo adenocarcinoma de cáncer gástrico. Estas cifras se relacionan al encontrado en nuestra investigación. Entonces podemos afirmar

que existen factores de riesgo en el mismo estilo de vida de cada uno de los pobladores.

Objetivo específico 5: Identificar el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo sustancias psicoactivas y la prevención del cáncer gástrico personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión. Concluyó que: El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión es poco adecuada en el personal de salud que menciona consumir bebidas alcohólicas.

Objetivo específico 6: Identificar el nivel de competencia cognitiva sobre los factores de riesgo patologías previas y la prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión. Concluyó que: El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión es adecuada en el personal de salud que menciona que el *Helicobacter Pylori* ocasiona el cáncer gástrico 9,2%. Según Taipe A. et al. informó que el 86,8% tenía gastritis atrófica, metaplasia intestinal y displasia (Figura 2). $<0,05$); 81,1%; anemia perniciosa (valor $< 0,05$); y otros factores de riesgo precancerosos, como pólipos gástricos y cirugía gástrica previa, no se asociaron con el tipo adenocarcinoma de cáncer gástrico. El 86,8% estaban infectados por *Helicobacter pylori* (tasa de incidencia $< 0,05$). Concluir. Los factores de riesgo ambientales, precancerosos e infecciosos están asociados con la aparición de cáncer gástrico. (20) De igual forma, podemos señalar que el concepto de prevención está relacionado con el proceso salud-enfermedad; En cada época histórica, la salud y la enfermedad tienen diferentes entendimientos, que están estrechamente vinculados a la situación política, económica y social de cada momento histórico.

Al igual que la promoción, la prevención también fue descrita por Henry Seegerist en 1945 como una de las cuatro funciones de la medicina, junto con la reparación o tratamiento de lesiones y la rehabilitación: más tarde los estadounidenses las llamaron funciones de salud pública.

Sigerist distingue entre promoción de la salud y prevención de enfermedades y concluye que las actividades de promoción de la salud tienen un efecto preventivo y no al revés, es decir, un programa de prevención del tabaquismo es una actividad publicitaria; Además, otro objetivo para dejar o reducir el tabaquismo es desarrollar medidas preventivas; Por ejemplo, dejar de fumar reduce el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimientos del personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco es alto frente a la prevención del cáncer gástrico que es adecuada en el 44.6%.
2. El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco, es adecuada en el personal masculino 44,6%, poco adecuada en el personal de estado civil conviviente 38,5% y nivel socio económico medio 32,5%.
3. El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco es poco adecuada en el personal que como característica tiene el factor ROH “O” 29,2%, y en los que tienen otros tipos de factores del 30,8%.
4. El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco, es adecuada en el personal de salud que tiene peso normal 40,0%, y poco adecuada 40%.
5. El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco es poco adecuada en el personal de salud que consume alimentos preservados 18,5%, y es adecuada en los que consumen alimentos naturales; 23,1%.
6. El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco es poco adecuada en el personal de salud que menciona consumir bebidas alcohólicas.
7. El nivel de prevención del cáncer gástrico en el personal de salud del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco, es adecuada en el personal de salud que menciona que el Helicobacter Pylori ocasiona el cáncer gástrico 9,2%.

RECOMENDACIONES

1. Considerar la posibilidad de la detección temprana de esta enfermedad para su diagnóstico oportuno, contribuyendo a mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las enfermeras, y evitar la muerte por cáncer.
2. En el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Pasco, Agencia para la Prevención y Control del Cáncer, creemos que es necesario incrementar el personal médico para que puedan participar en el trabajo de los especialistas. Las enfermeras participan en el Prevención y diagnóstico oportuno del cáncer para reducir la alta tasa de incidencia y mortalidad por cáncer.
3. Estudiantes de la Facultad de Enfermería; desarrolla actividades encaminadas a incrementar el conocimiento sobre la prevención del cáncer gástrico, implementar medidas para prevenir esta patología y realizar investigaciones en otros grupos universitarios y entre profesionales de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cáncer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cáncer Base No. 11 Lyon, France: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2013.
2. Cutipa Clemente K. Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico en usuarios del C.S. Primavera en el distrito El Agustino, 2010 [monograph on the Internet]. [place unknown]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011. [cited June 9, 2017]. Available from: Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto (ALICIA).
3. Alfonso Calvo B. Diagnóstico precoz del cáncer gástrico estrategias de prevención secundaria y dificultades del diagnóstico de lesiones precoces. Revista Médica Clínica Las Condes [serial on the Internet]. (2011, July 1), [cited June 9, 2017]; 22(Tema central: Cáncer. prevención y diagnóstico precoz): 477-484. Available from: Sáciense Direct.
4. Salazar Orellana, Jaime Leonardo Iván. Ronald Edgardo Rivas Gálvez. Caracterización clínico epidemiológicas de los pacientes con cáncer gástrico en el instituto salvadoreño del seguro social. 2015.
5. Jiménez, Ariel. Comportamiento clínico y epidemiológico de los casos de cáncer gástrico intervenidos quirúrgicamente en el hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, 2013 – 2015
6. García Pacheco Edgar Diomar. Et. Al. Factores de riesgo asociados a cáncer en la población adulta de cuatro estratos socioeconómicos del Municipio de Guatemala. 2015.
7. Brunner L.S. Enfermería Medicoquirurgica. Décima edición ED Mc Graw Hill Interamericana 2000.
8. Elena Gonzales briones. Nutrición y sanidad. Ministerio de Salud
9. Jorge lopez. Ed Harcout. Fisiopatología Gastrica. Madrid 2001
10. Shirley Otto. Enfermería Oncologica. 4ta ed. ED. Harcout. Barcelona 2002.

11. Jorge Emilio Retepro. Gastrología Y Hepatología. 5ta Edición. Medellín 2001.,
12. Guías para la promoción de la salud orientada a la prevención y control del cáncer. Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer Lima, febrero 2007
13. Plan Nacional Para El Fortalecimiento De La Prevención y Control Del Cáncer En El Perú. Coalición Multisectorial Perú contra el Cáncer Lima, diciembre 2006
14. Estimaciones de Parámetros Epidemiológicos y Cálculo De Avisa Del Cáncer. Poquioma E. Boletín PRAES-USAID 2007 Setiembre-octubre p: 23-28
15. Estudio de carga de enfermedad en el Perú – 2004. Lima: dirección general de epidemiología, Ministerio de Salud 2006
16. Minsa. Dirección general de promoción de la salud. alimentación y nutrición saludable. Lima 2005
17. MINSA. Dirección General de Promoción de la Salud. Higiene y Ambiente. Lima 2005
18. MINSA. Dirección General de Promoción de la Salud. Actividad Física. Lima 2005
19. Lesiones gástricas preneoplásicas y Helicobacter pylori en despistaje endoscópico para cáncer gástrico en población de nivel socioeconómico medio y alto Alfonso Chacaltana, Carlos Rodríguez Carlos Urday, Walter Ramon. Rev. Gastroenterol. Perú; 2009; 29-3: 218-225
20. Helicobacter Pylori: tratamiento actual, un importante reto en gastroenterología. William Otero Regino, MD, Alba Alicia Trespacios, MSc,2 Elder Otero. Rev Col Gastroenterol / 24 (3) 2009 PAG 279- 292
21. Helicobacter Pylori y cáncer gástrico. Alberto Ramírez Ramos, Rolando Sánchez Sánchez. Rev Gastroenterol Perú; 2008; 28: 258-266
22. Helicobacter Pylori 25 años después (1983 -2008): epidemiología, microbiología, patogenia, diagnóstico y tratamiento. Alberto Ramírez Ramos, Rolando Sánchez Sánchez. Rev. Gastroenterol. Perú; 2009; 29-2: 158-170
23. Cáncer gástrico en un hospital general: Santa Rosa. Paul Pilco, Sandra Viale, Nazario Ortiz, Carlos Deza, Néstor Juárez, Karem Portugal, Edwin. Rev.

- Gastroenterol. Perú; 2009; 29-1: 66-74.
24. Factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes colombianos. Martín Gómez Zuleta, William Otero Regino, Xiomara Ruiz Lobo. IRev Col Gastroenterol / 24 (2) 2009 PAG 134-143.
 25. Tratamiento endoscópico de cáncer gástrico temprano en Colombia con seguimiento a cinco años. Martín Gómez, MD,¹ William Otero, MD,² Víctor Arbeláez, MD. Rev Col Gastroenterol / 24 (4) 2009 PAG 347- 352
 26. Carcinogénesis gástrica. William Otero Regino, MD, Martín A. Gómez, Denny Castro. Rev Col Gastroenterol / 24 (3) 2009 PAG 314- 329
 27. Tamización de cáncer gástrico: ¿es la endoscopia la mejor elección? Rosario Albis Feliz, MD. Rev Col Gastroenterol / 25 (1) 2010.
 28. Martín Alonso Gómez, Orlando Ricaurte, Óscar Gutiérrez. Costo efectividad de la endoscopia digestiva alta como prueba diagnóstica en una campaña para detección del cáncer gástrico. Rev Col Gastroenterol / 24 (1) 2009 Pág 34-50.
 29. Cristián Alfredo Rodríguez León. Conocimientos de Salud Bucal de Estudiantes de 7° y 8° Básico de la Ciudad de Santiago. Chile. 2005.
 30. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Prevención de la enfermedad. Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública 2004
 31. Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Prevención y control del cáncer. 7 de abril de 2005.
 32. Guía clínica cáncer gástrico. Serie guías clínicas. Ministerio de Salud. MINSA N° 35. Santiago, 2006.
 33. Guía Contra El Cáncer. Asociación americana contra el cáncer. Nota descriptiva. 2010. www.cancer.org/docroot/esp/esp_0.asp.
 34. Cáncer En Latinoamérica y El Caribe. OMS/OPS. 2007. <http://www.who.int/topics/cáncer/es/index.html>

35. Prevención en Salud. [es.wikipedia.org/wiki/Medicina preventiva](http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_preventiva).
36. INEN. Estadísticas 2002- 2004. <http://www.inen.sld.pe/portal/>
37. OMS. Cáncer. Nota Descriptiva 297.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
38. Cáncer gástrico. es.wikipedia.org/wiki/cáncer_de_estómago.
39. Todd Eisner, MD, especialista en gastroenterología Dr. Tango, Inc. 15-10-09
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003888.htm>
40. Gastroendoscopia con Biopsia.
<http://www.fisterra.com/Salud/3proceDT/endoscopia.asp>
41. The American Cancer Society Inc., "The History of cáncer" [Internet]. 2002 Mar 25 [actualizado 2005 Jun 17; citado 2008 Sep 15]. Disponible en: www.cancer.org/docroot/CRI/2_6x_the_history_of_cancer_72.asp.
42. Fidler I. "The seed and soil hypothesis: vascularization and brain metástasis". *The Lancet Oncology*. 3 (2002): 53-57.

ANEXOS

Instrumentos de Recolección de Datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

FICHA DE REGISTRO SOBRE FACTORES DE RIESGO

PRESENTACIÓN:

Estimada Srta., somos estudiantes de la Escuela de Enfermería UNDAC Filial Tarma y estamos realizando un estudio de investigación por el que solicito a Ud. Su participación. El instrumento de recolección de datos es completamente anónimo y serán usados solo para el estudio científico, por lo que le doy las gracias por su participación.

INSTRUCCIONES:

En cada pregunta, marque con un aspa (x) en la alternativa que considere Ud. pertinente según sea el caso.

¿Cuál de los siguientes son factores de riesgo del cáncer gástrico?

ITEMS	ALTERNATIVAS	
	SI	NO
DEMOGRÁFICAS		
1. Edad		
2. Sexo		
Masculino		
Femenino		
3. Estado civil		
Casado		
Unión libre		
Soltero		
Viudo		
4. Nivel Socio económico		
Bajo		
Medio		
Alto		
No precisa		
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		
5. Tipo sanguíneo		
Tipo A		
Tipo O		
Otros tipos		
No precisa		
6. Nivel de Hemoglobina		
Alto		
Bajo		

Normal			
No precisa			
7. ESTADO NUTRICIONAL			
Desnutrición			
Normal			
Sobrepeso			
Obesidad			
No precisa			
8. CONSUMO DE ALIMENTOS.			
Alimentos preservados			
Alimentos naturales			
No precisa			
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			
9. Tabaquismo			
Fumador			
No fumador			
Ocasional			
No precisa			
10. Alcoholismo			
Bebedor			
Ex bebedor			
Ocasional			
No precisa			
11. PATOLOGÍAS PREVIAS	Si	No	No precisa
12. Helicobacter			
13. Linfoma de estomago			
14. Anemia perniciosa			
15. Enfermedad de Menetrier			
16. Síndromes de Cáncer hereditarios			
17. Cáncer Gástrico difuso hereditario			
18. Cáncer Colorrectal hereditario sin pólipos			
19. Poliposis Adenomatosa			
20. Antecedentes familiares de Cáncer			

- c. Ambos
 - d. No sabe
3. ¿Considera Ud. que tener antecedentes de familiares con cáncer gástrico representa un riesgo para que las personas también lo tengan algún día?
- Si
- No
- ¿Cuál de las siguientes enfermedades que a continuación se presentan aumentan el riesgo de aparición de cáncer gástrico? (Puede marcar más de una)
- a. Anemia Perniciosa
 - b. Enfermedad de Menetrier
 - c. Hepatitis
 - d. Tuberculosis
 - e. Gastritis atrófica

FACTORES MEDIOAMBIENTALES:

4. ¿De los siguientes tipos de trabajos señale aquel que se relacione con la aparición de cáncer gástrico?
- a. Industria de carbón, llantas, fundición de hierro y acero.
 - b. industria de cuadernos, lapiceros, muebles de escritorio
 - c. industria de de ropa de algodón, lino y polyalgodon
 - d. industria de transporte
5. ¿Qué alimentos cree que están mayormente RELACIONADOS a la aparición de cáncer gástrico?
- a. Frutas y hortalizas (naranja, papaya, brócoli,)
 - b. Lácteos (leche, queso...)
 - c. Embutidos (jamón, chorizo, salchichas...)
 - d. Productos de pastelería (bizcochos, tortas,)
6. ¿Qué alimentos consideraría PROTECTORES contra el cáncer gástrico?
- a. Frutas y hortalizas (naranja, papaya, brócoli,)
 - b. Lácteos (leche, queso...)
 - c. Embutidos (jamón, chorizo, salchichas...)
 - d. Productos de pastelería (bizcochos, tortas,)
7. ¿Comer alimentos preparados el día anterior (“calentados”), aumentaría el riesgo de padecer cáncer gástrico?
- Si
- No
8. ¿Consumir sal en exceso, aumentaría el riesgo de padecer cáncer gástrico?

- Si
- No
9. ¿Comer a cualquier hora el desayuno, almuerzo o cena, aumentaría el riesgo de padecer cáncer gástrico?
- Si
- No
10. ¿Cree Ud. que la selección adecuada de alimentos reduciría el riesgo de padecer cáncer gástrico?
- Si
- No
11. ¿Cree que hábitos nocivos como fumar frecuentemente aumenta el riesgo de padecer cáncer gástrico?
- Si
- No
12. ¿Cree que hábitos nocivos como el hábito de fumar frecuentemente AUMENTA EL RIESGO de padecer cáncer gástrico?
- Si
- No

FACTORES BIOLÓGICOS.

13. La bacteria que está reconocida como “que dan origen” al cáncer gástrico es...
- a. Salmonella
- b. Helicobacter pylori
- c. H1N1
- d. Ninguna
14. ¿Esta bacteria por sí sola, es capaz de originar el cáncer gástrico?
- a. Si
- b. No
15. ¿Esta bacteria esta podría causar lesiones en el estómago pudieran convertirse en cáncer?
- b. Si
- c. No

DETECCIÓN TEMPRANA DEL CANCER GÁSTRICO.

17. ¿Con qué signos y síntomas asocia usted el cáncer gástrico?
- a. Ardor en el estómago, dolor abdominal, náuseas y vómitos, pérdida del apetito, pérdida de peso.

- b. Dolor abdominal, diarrea, escalofríos, dolores musculares.
 - c. Diarrea, deshidratación, fiebre.
 - d. Diarrea, vómitos, fatiga, calambres, dificultad para comer.
 - e. No tengo idea al respecto.
18. ¿Conoce Ud. que asistir a la consulta médica en forma periódica es importante para la prevención del cáncer gástrico?
- Sí ()
- No ()
19. ¿Para Ud. es importante recibir información que contribuya a la prevención del cáncer gástrico?
- Sí ()
- No ()
20. ¿Conoce Ud. que la prueba de endoscopia es importante para la prevención del cáncer gástrico?
- Sí ()
- No ()
21. ¿Conoce Ud. que la biopsia es importante para la prevención del cáncer gástrico?
- Sí ()
- No ()
22. Las pruebas de endoscopía y biopsia sirven para:
- a. Detectar en forma temprana alteraciones y lesiones en las paredes del estómago que posteriormente puedan llegar a convertirse en cáncer del estómago.
 - b. Identificar el cáncer gástrico.
 - c. Identificar la presencia de *Helicobacter pylori*.
 - b. No conozco para que sirve estas pruebas.
23. ¿Con qué frecuencia considera Ud. que se debe realizar la endoscopía?
- a. Siempre que el médico lo indique.
 - b. Una vez al mes.
 - b. Una vez al año.
 - c. Una vez cada 2 años.
 - d. Nunca.
 - e. No sé con qué frecuencia se debe realizar.
24. ¿Conoce a partir de qué edad se debe realizar una endoscopia?
- a. Siempre que el médico lo crea conveniente.
 - b. A partir de los 20 años.

- c. A partir de los 30 años.
- d. A partir de los 40 años.
- e. Más de 40 años.
- f. No sé a partir de qué edad se realiza esta prueba.

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>Problema general. ¿Cuál es el nivel de conocimientos y aptitudes sobre los factores de riesgo en la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 2020-2021”?</p> <p>Problemas específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo demográficos y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco? • ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo características clínicas y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco? • ¿Cuál es el nivel de 	<p>Objetivo general: Determinar el nivel de conocimientos y aptitudes sobre los factores de riesgo en la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo demográficos y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco. • Identificar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo características clínicas y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco • Identificar el nivel de 	<p>Hipótesis general. Sí, el nivel de conocimientos y aptitudes es regular sobre los factores de riesgo en la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco</p> <p>Hipótesis específicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo demográficos es regular en la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Pasco. • Sí, el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo características clínicas es regular en la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco • Sí, el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo 	<p>Variable independiente: Conocimientos y aptitudes sobre factores de riesgo</p> <p>Variable dependiente: Prevención del cáncer gástrico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demográficos. • Características clínicas • Estado nutricional • Consumo de alimentos • Sustancias psicoactivas • Patologías previas • Factores genéticos. • Factores medioambientales. • Factores biológicos. • Detección temprana de cáncer gástrico. 	<p>Tipo de investigación. El tipo de investigación es el cuantitativo descriptivo.</p> <p>Método de investigación. Se utilizará el método científico, y por ser una investigación cuantitativa el método deductivo, analítico y sintético.</p> <p>Diseño. El diseño es no experimental de tipo descriptivo transversal.</p> <p>Población y muestra. Población muestral. La población estará conformada por todo el personal del servicio de medicina del</p>

<p>conocimientos sobre los factores de riesgo estado nutricional y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo consumo de alimentos y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco? • ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo sustancias psicoactivas y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco? • ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo patologías previas y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco? 	<p>conocimiento sobre los factores de riesgo estado nutricional y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo consumo de alimentos y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco • Identificar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo sustancias psicoactivas y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco • Identificar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo patologías previas y la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 	<p>estado nutricional es regular en la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo consumo de alimentos es regular en la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco • Sí, el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo sustancias psicoactivas es regular en la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco • Sí, el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo patologías previas es regular en la prevención del cáncer gástrico en el personal del servicio de medicina del hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco 			<p>hospital regional Daniel Alcides Carrión - Pasco.</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos.</p> <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista <p>Instrumentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de registro sobre competencia cognitiva de los factores de riesgo. • Cuestionario sobre prevención del cáncer gástrico.
--	---	--	--	--	---