



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**AREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**TEMA:**

**“PREVALENCIA DEL CANCER GASTRICO Y SU RELACION CON LOS FACTORES SOCIO-AMBIENTALES Y ECONOMICOS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL ONCOLOGICO VICENTE RODRIGUEZ WITT SOLCA -LOJA EN EL PERIODO DE ENERO 2005 A DICIEMBRE DEL 2008”**

TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL  
TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA

**AUTORA:**

**CLAUDIA ROCIO NOLE ERREYES**

**DIRECTORA:**

**LIC. MG. JUDITH ENCALADA ELIZALDE**

**LOJA - ECUADOR**

**2010**

## **CERTIFICACIÓN**

Lic. Mg. Sc. Judith Encalada Elizalde docente de la Carrera de Enfermería del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, directora de tesis.

Certifica que ha dirigido el proceso de elaboración de tesis de Licenciatura en Enfermería presentado por la egresada Claudia Rocio Nole Erreyes con el tema: “PREVALENCIA DEL CANCER GASTRICO Y SU RELACION CON LOS FACTORES SOCIO-AMBIENTALES Y ECONOMICOS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL ONCOLOGICO “VICENTE RODRIGUEZ WITT” SOLCA- LOJA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2005 A DICIEMBRE DEL 2008.” una vez que se han cumplido por parte de la postulante las observaciones y sugerencias realizadas, autoriza la presentación del trabajo ante las instancias correspondientes.

LOJA, JULIO del 2010.

.....

Mg. Sc. Judith Encalada Elizalde

**DIRECTORA DE TESIS**

## **AGRADECIMIENTO**

Deseo expresar mi profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, que luchan para alcanzar la excelencia académica, a los docentes del Área de la Salud Humana y en especial a las de la Carrera de Enfermería por haber impartido sus conocimientos para la formación de profesionales de calidad.

Mi cordial y efusivo reconocimiento de gratitud a la Lic. Mg. Sc. Judith Encalada Elizalde, quien en calidad de Directora, con su experiencia y capacidad profesional me supo orientar a lo largo del presente trabajo de tesis.

Al personal de biblioteca y estadística del Hospital Oncológico Vicente Rodríguez Witt Solca- Loja por haber dado las facilidades para el acceso de información.

A mi esposo e hijos, a mi familia, amigas/os y a todas las personas quienes con su aporte material e intelectual apoyaron en la realización de la presente investigación.

La Autora.

## **AUTORÍA**

Las ideas, puntos de vista y desarrollo del contenido de la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Que este aporte en beneficio de la Universidad Nacional de Loja, favorezca al avance de futuros proyectos tanto en el campo de la salud como al desarrollo de la visión productiva de la Universidad.

*Claudia Rocio Nole.*

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi amor a Dios que es el sostén de mi vida, a mi esposo e hijos quienes, con mucho amor me brindaron la confianza y el apoyo incondicional para que pueda culminar con este trabajo, a mi madre y mis hermanos por impartirme enseñanzas de esfuerzo, sacrificio y lucha para conducirme a ser una persona de bien y que han sido mi apoyo durante toda mi carrera. A mi suegra, a mis docentes, compañeras de clase, a mis amigas/os que recuerdo con mucho cariño y que mediante sus consejos, me han enseñado que a la vida se la pueda enfrentar con retos y oportunidades, y a todas las personas que me apoyaron en la elaboración de este trabajo.

*Claudia Rocío Nole.*

## ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
AUTORÍA.....	IV
DEDICATORIA.....	V
ÍNDICE.....	VI
TEMA.....	V
RESUMEN.....	8
SUMARY.....	10
INTRODUCCIÓN.....	12
ESQUEMA DE CONTENIDOS.....	15
MARCO TEÓRICO.....	16
MATERIALES Y MÉTODO.....	33
RESULTADOS.....	35
DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
BIBLIOGRAFÍA.....	44
ANEXOS.....	46

**“PREVALENCIA DEL CANCER GASTRICO Y SU  
RELACION CON LOS FACTORES SOCIO-  
AMBIENTALES Y ECONOMICOS EN LOS PACIENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL ONCOLOGICO VICENTE  
RODRIGUEZ WITT SOLCA- LOJA EN EL PERIODO DE  
ENERO DEL 2005 A DICIEMBRE DEL 2008.”**

## RESUMEN

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo-retrospectivo para determinar la Prevalencia del cáncer gástrico y su relación con los factores socio-ambientales y económicos en los pacientes que acuden al Hospital Oncológico "Vicente Rodríguez Witt" SOLCA - Loja en el periodo de Enero del 2005 a Diciembre del 2008.

Para desarrollar esta investigación se procedió de la siguiente manera: primeramente se determinó el total de pacientes diagnosticados de cáncer en el departamento de consulta externa de oncología clínica basándose en el libro de ingresos y egresos diario del departamento de quimioterapia, siendo un total 2378 pacientes. Segundo, se determina la muestra de 70 pacientes diagnosticados con cáncer gástrico de los cuales se revisaron las historias clínicas.

Finalmente se procedió a la tabulación de datos, análisis de resultados en los cuales se pudo evidenciar que el cáncer gástrico prevalece en las personas mayores de 50 años en adelante con un 0.021%, además que el mayor porcentaje de cáncer gástrico se da en las personas fumadoras con el 52.86 %, a todo esto se suma el tipo de trabajo u ocupación con una igualdad entre agricultores y quehaceres domésticos con el 30%; sin dejar de lado el tipo de alimentación con un 42.857% debido a los malos hábitos de alimentación como el excesivo consumo de sal, carnes rojas, alimentos conservados en sal o ahumados los cual ha sido definido como causas predominantes para padecer cáncer gástrico. Ligado a esto va la situación económica con un 40% que pertenece a una mala situación económica para el tratamiento según el formulario de trabajo social. La falta de servicios básicos constituyen un escenario potencial para que prevalezca el cáncer gástrico con un 62.86% que pertenece al sector rural.



Espero que este trabajo investigativo pueda servir como información general para desarrollar estudios posteriores y de esta manera contribuir para que los lectores tengan conocimiento de esta cruda realidad. Palabrasclaves: cáncergástrico, factores socio-ambientales y económicos.

## **SUMMARY**

The present investigative work is of descriptive-retrospective type to determine the Prevalencia of the gastric cancer and its relationship with the partner-environmental and economic factors in the patients that go to the Oncological Hospital "Vicente Rodríguez Witt" SOLCA - Loja in the period of January of the 2005 to December of the 2008.

To develop this investigation you came in the following way: firstly the total of diagnosed patients of cancer was determined in the department of external consultation of clinical oncology basing me on the daily book of receipts and payments of the chemotherapy department, being a total 2378 patients. Second, the sample of 70 patients is determined diagnosed with gastric cancer of which the clinical histories were revised.

Finally you proceeded to the tabulation of data, analysis of results in which you could evidence that the gastric cancer prevails from now on in the 50 year-old grown-ups with 0.021%, also that the biggest percentage of gastric cancer is given in smoking people with 52.86%, to all this he/she sinks the working type or occupation with an equality between farmers and domestic chores with 30%; without leaving aside the feeding type with 42.857% due to the bad feeding habits like the excessive consumption of salt, red meats, allowances conserved in salt or smoky which it has been defined as predominant causes to suffer gastric cancer. Bound to this the economic situation goes with 40% that belongs to a bad economic situation for the treatment according to the social working form. The lack of basic services constitutes a potential scenario so that the gastric cancer prevails with 62.86% that belongs to the rural sector.

I hope this investigative work can be good as general information to develop later studies and this way to contribute so that the readers have knowledge of this raw reality. Palabrasclaves: cáncergástrico, partner-environmental and economic factors.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico es uno de los problemas más graves que se presentan en la salud del ser humano, y a su vez se constituye en una de las causas más comunes de muerte en nuestro medio. También está asociado a diferentes factores como son, socio-ambientales y económicos, “Un factor de riesgo es aquel que afecta la probabilidad de que usted padezca una enfermedad, como el cáncer. Los distintos tipos de cáncer conllevan diferentes factores de riesgo. Pero los factores de riesgo no lo indican todo.

Tener un factor de riesgo, o incluso varios factores, no significa que una persona padecerá de la enfermedad. Además, muchas personas que padecen de la enfermedad pueden no tener factores de riesgo conocidos. Se han descrito diversos factores de riesgo del cáncer gástrico, algunos de ellos permanecen en discusión y otros por el contrario se han ido confirmando de forma cada vez mas clara.”<sup>1</sup>

“Existen diversos factores de riesgo para este cáncer, la mayoría con asociaciones de baja magnitud, que incluyen el tabaquismo, la ingesta de sal, alimentos, ahumados, nitritos y tocino, poseer parientes de primer grado con historia de cáncer gástrico.

También se vinculan a este cáncer los estratos socioeconómicos bajos, el sexo masculino, la raza negra, la presencia de adenomas gástricos, el grupo sanguíneo A. La Anemia perniciosa, la gastritis atrófica y el antecedente de gastrectomía parcial por lesiones benignas.

---

<sup>1</sup>Artículo de revista cubana oncológica Piñal F/Paniagua M; cáncer gástrico; factores de riesgo; 1998; Págs. 71,73.

Un estudio identificó además una fuerte asociación entre el consumo de carnes rojas y los cánceres gástricos con inestabilidad micro satelital. Es conocido también el hecho que cuando personas de zonas de alto riesgo emigra a zonas de bajo riesgo, sus descendientes presentan una incidencia de cáncer menor que sus progenitores. “<sup>2</sup>

Todos estos motivos impulsaron a realizar el presente estudio denominado: “PREVALENCIA DEL CANCER GASTRICO Y SU RELACION CON LOS FACTORES SOCIO-AMBIENTALES Y ECONOMICOS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL ONCOLOGICO VICENTE RODRIGUZ WITT SOLCALOJA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2005 A DICIEMBRE DEL 2008.”

Esto permitirá aportar con algunos criterios para la prevención de cáncer gástrico, sin embargo debido a la complejidad del problema se debe desarrollar y promover ampliamente la investigación interdisciplinaria de todos los aspectos antes señalados, además de estrategias destinadas para el control preventivo del cáncer gástrico.

El objetivo general que persiguió este proyecto es el siguiente: Determinar la prevalencia de Cáncer Gástrico y su relación con los factores socio-ambientales y económicos en los pacientes que acuden al hospital oncológico “Vicente Rodríguez Witt” SOLCA en el periodo Enero del 2005 a Diciembre del 2008.

Los objetivos específicos que se plantearon se describen a continuación: 1. Conocer como inciden los factores socio-económicos en el cáncer gástrico. 2. Determinar cuales son los factores ambientales que inciden en el cáncer gástrico. 3. Delinear alternativas para la prevención del cáncer gástrico.

---

<sup>2</sup>ARTÍCULO; Ministerio de salud; Dr. Calvo A./ Lcda. palacios M./Dr. Gutiérrez R. ; guía clínica cáncer gástrico SANTIAGO ; Serie guías clínicas; ISBN;2006

El estudio básicamente hace referencia a las generalidades del estudio, cáncer gástrico, factores de riesgo, factores socio-ambientales y económicos; así como la presentación de resultados, discusión, conclusiones y finalmente las recomendaciones.

## **REVISION DE LITERATURA**

### **ESQUEMA DE CONTENIDOS**

#### **GENERALIDADES**

PREVALENCÍA.....	15
CÁNCER.....	16
FACTORES DE RIESGO.....	17
FACTOR SOCIO – AMBIENTAL.....	18
FACTOR ECONÓMICO.....	18

#### **CAPITULO I**

CÁNCER GÁSTRICO.....	20
FACTORES SOCIO-AMBIENTALES.....	22
FACTORES ECONÓMICOS.....	24

## GENERALIDADES

### Prevalencia

Prevalencia e incidencia son conceptos a su vez muy relacionados. La prevalencia depende de la incidencia y de la duración de la enfermedad. Si la incidencia de una enfermedad es baja pero los afectados tienen la enfermedad durante un largo período de tiempo, la proporción de la población que tenga la enfermedad en un momento dado puede ser alta en relación con su incidencia. Por lo tanto “la prevalencia es una proporción en la que el numerador esta formado por el número de casos existentes (nuevos y antiguos) y el denominador por el número total de sujetos en riesgos<sup>3</sup>, la prevalencia es un indicador puntual y no incluye el factor tiempo; su formula es la siguiente:

$$P= \frac{\text{Números de casos}}{\text{Población en riesgo}} \times 100$$

### Cáncer

“El cáncer es una proliferación celular desordenada debido a la pérdida de los controles normales, que da lugar a crecimiento desordenado, ausencia de diferenciación, invasión tisular local y, con frecuencia metástasis. El cáncer puede aparecer en cualquier tejido u órgano, a cualquier edad.

Con frecuencia hay una respuesta inmunitaria frente a los tumores, muchos canceres son curables si se detectan en un estadio temprano, y con frecuencia es posible la remisión prolongada en estadios mas tardíos. Sin embargo no siempre es posible la curación y no se intenta en algunos casos avanzados en los que el

---

<sup>3</sup> Hernández A., Delgado G.; Manual de Epidemiología, editorial medica panamericana ,pág. 50

tratamiento paliativo ofrece una mejor calidad de vida que los intentos vigorosos, pero infructuosos.”<sup>4</sup>

“La gran incidencia de diversos tipos de cánceres en determinadas familias hace pensar en la importancia de la susceptibilidad genética. Los receptores de trasplantes de órganos sometidos a tratamiento inmunosupresor sufren también una gran tasa de tumores malignos y ello indica que el sistema inmunológico desempeña una función importante en el control de la proliferación de las células anaplasicas.

El efecto básico puede radicar en una anomalía bioquímica que ponga en marcha el crecimiento de las células anormales y potencia el metabolismo de la glucosa y que comprenda la reducción de ciertas proteínas y enzimas respiratorias vitales.

La incidencia de los distintos tipos de cáncer varía en gran medida con el sexo, la edad, el grupo étnico, y la localización geográfica. Las localizaciones más frecuentes de tumores malignos son: pulmón, mama, estomago, colon útero, cavidad oral y medula ósea, la cirugía sigue siendo la principal forma de tratamiento de este tipo de neoplasias.

Pero también se utiliza mucho la radioterapia como tratamiento pre-operatorio, post-operatorio o principal; la quimioterapia con agentes antineoplásicos únicos y en combinación suele también ser muy eficaz. Muchas lesiones malignas son curables si se detectan en sus primeras fases.

Dependiendo de la localización, la señal de alarma puede ser un cambio en los hábitos intestinales u urinarios la aparición de una ulcera que no cicatriza, una hemorragia o flujo anormal, la formación de un bulto en la mama o en cualquier otro lugar, la presencia de indigestión o disfagia, un cambio evidente en el aspecto de una verruga, lunar, tos o ronquera persistente <sup>5</sup> Cualquiera de estos signos o

---

<sup>4</sup>Beer, M/Porter,R/Jones,T. MANUAL DE MERCK; 11° ed;Madrid;ISBN;2007;Pags. 1247-1258.

<sup>5</sup>Mosby océano; diccionario de medicina ;ed. Española ;Págs.:195-197



síntomas que presente puede ser señal de alerta para buscar ayuda médica en cualquier parte que se encuentre.

## **FACTOR DE RIESGO**

“Un factor de riesgo es aquel que afecta la probabilidad de que usted padezca una enfermedad, como por ejemplo el cáncer. Los distintos tipos de cáncer conllevan diferentes factores de riesgo. Pero los factores de riesgo no lo indican todo. Tener un factor de riesgo, o incluso varios factores, no significa que una persona padecerá de la enfermedad. Además, muchas personas que padecen de la enfermedad pueden no tener factores de riesgo conocidos.

Se han descrito diversos factores de riesgo del cáncer gástrico, los cuales desempeñan un papel primordial en su génesis, algunos de ellos permanecen en discusión y otros por el contrario se han ido confirmando de forma cada vez mas clara.”<sup>6</sup> Algunos científicos han encontrado que varios factores de riesgo hacen que una persona sea más propensa a padecer cáncer de estómago. Algunos de estos factores de riesgo se pueden controlar, pero otros no.

“Existen diversos factores de riesgo para este cáncer, la mayoría con asociaciones de baja magnitud, que incluyen el tabaquismo, la ingesta de sal, alimentos, ahumados, nitritos y tocino, poseer parientes de primer grado con historia de cáncer gástrico.

También se vinculan a este cáncer los estratos socioeconómicos bajos, el sexo masculino, la raza negra, la presencia de adenomas gástricos, el grupo sanguíneo A. La Anemia perniciosa, la gastritis atrófica y el antecedente de gastrectomía parcial por lesiones benignas a lo menos 15 años antes.

---

<sup>6</sup>Artículo de revista cubana oncológica Piñal F/Paniagua M; cáncer gástrico; factores de riesgo; 1998; Págs. 71,73.

Un estudio identificó además una fuerte asociación entre el consumo de carnes rojas y los cánceres gástricos con inestabilidad micro satelital. Es conocido también el hecho que cuando personas de zonas de alto riesgo emigra a zonas de bajo riesgo, sus descendientes presentan una incidencia de cáncer menor que sus progenitores. “<sup>7</sup>

### **Factor Socio – Ambiental**

“Las causas de la mayoría de los canceres humanos siguen siendo desconocidos, sin embargo existen abundantes pruebas de que los factores ambientales y de la forma de vida son elementos que contribuyen de manera importante al desarrollo de los tumores.

La opinión de que los factores ambientales son la causa principal de los canceres humanos son porque proceden en gran medida de las siguientes observaciones; Las poblaciones inmigrantes asumen la incidencia de un cáncer propio, de su nuevo ambiente después de una o dos generaciones.

Estudios epidemiológicos indican que distintas sustancias químicas y todo el entorno que nos rodea desempeña un papel fundamental para el desarrollo de un cáncer.”<sup>8</sup>

### **Factor Económico**

“Los problemas económicos generados por la asistencia oncológica son primordiales para planificar un uso optimo de los escasos recursos y responder a las presiones crecientes de financiación que ha de afrontar el sistema de asistencia sanitaria.

---

<sup>7</sup>ARTÍCULO; Ministerio de salud; Dr. Calvo A./ Lcda. palacios M./Dr. Gutiérrez R. ; guía clínica cáncer gástrico SANTIAGO ; Serie guías clínicas; ISBN;2006

<sup>8</sup>Abelof, M./ Armitage, J./ Niederhuber, J./ kastán, M./ Mckenna, W. Oncología clínica; Vol. I; 3° ed.; España; ISBN, 2005; págs.:175-177

Los factores económicos constituyen un determinante fundamental del tipo y la intensidad de la asistencia prestada al cáncer, pues a las entidades encargadas les preocupa que los tratamientos caros puedan no ser rentables.

Para entender con mayor claridad sus efectos económicos es fundamental comprender el vocabulario básico de los estudios económicos sobre la asistencia sanitaria como son: costos, beneficios y rentabilidad.

El factor económico es fundamental sobre el tipo y la intensidad de la asistencia oncológica, especialmente con el reembolso de las técnicas y productos farmacéuticos caros y de alta tecnología aplicados a los pacientes con cáncer, el médico ocupa un lugar fundamental en la determinación de los gastos del paciente. Estos gastos se pueden clasificar en cuatro áreas:

- 1) Costos médicos directos es decir en la asistencia de la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos vinculados a la atención oncológica.
- 2) Costos directos a otras personas como enfermeras u otra persona para que se encargue exclusivamente del paciente.
- 3) Costos indirectos puede ser por una enfermedad asociada al cáncer
- 4) Costos intangibles es decir los que van ligados al dolor, el sufrimiento, la pena y por último la muerte. <sup>9</sup>

---

<sup>9</sup>Abelof, M./ Armitage, J./ Niederhuber, J./ kastán, M./ Mckenna, W. Oncología clínica; Vol. I; 3° ed.; España; ISBN, 2005; págs.:395-396

## **CÁNCER GÁSTRICO**

El cáncer del estómago o gástrico es una afección por la cual las células malignas (cancerosas) se forman en el recubrimiento del estómago. “El estómago es un órgano en forma de J en la sección superior del abdomen, forma parte del sistema digestivo, el cual procesa nutrientes (vitaminas, minerales, carbohidratos, grasas, proteínas y agua) en los alimentos consumidos y ayuda a eliminar los desechos del cuerpo.

Los alimentos avanzan desde la garganta al estómago a través de un tubo hueco, muscular denominado esófago. Después de abandonar el estómago, los alimentos parcialmente digeridos ingresan al intestino delgado y luego al intestino grueso.

La pared del estómago está compuesta por tres capas de tejido: la capa (interna) de la mucosa, la capa (media) muscularis y la capa (externa) serosa. El cáncer del estómago se origina en las células que recubren la capa de la mucosa y se disemina a través de las capas externas.”<sup>10</sup>

Las neoplasias del estómago pueden ser benignas o malignas. Existen además algunos padecimientos que simulan clínicamente tumores, como el bezoar, de naturaleza variada, que es acumulación intra-gástrica predominantemente pilosa (trico-bezoar).

Los tumores benignos del estómago son poco frecuentes, no más del 2% de todas las neoplasias gástricas. Estos tumores pueden presentarse bajo la forma de pólipos cuya naturaleza puede ser epitelial, conjuntiva o muscular.

Existen además leiomiomas, lipomas, fibromas etc. Los pólipos pueden ser únicos o múltiples y su diagnóstico es radiográfico, endoscópico y en algunas ocasiones

---

<sup>10</sup>Abelof, M./ Armitage, J./ Niederhuber, J./ kastán, M./ Mckenna, W. Oncología clínica; Vol. I; 3º ed.; España; ISBN, 2005; págs.:395-396

operatorio (gastrectomía).<sup>11</sup> Es conveniente insistir en que los tumores benignos del estómago frecuentemente permanecen asintomáticos por largo tiempo, descubriéndose a veces en forma fortuita y en otros siendo hallazgos de autopsia.

Sin embargo cuando han adquirido un cierto volumen pueden ulcerarse y producir intensas hemorragias. El tratamiento es el quirúrgico: extirpación del pólipo cuando es único y gastrectomía parcial cuando es múltiple.

El cáncer gástrico es uno de los problemas más graves que se presentan en la salud del ser humano, y a su vez se constituye en una de las causas más comunes de muerte en nuestro medio.

El cáncer lo constituye todo tumor maligno que se caracteriza por una multiplicación anormal y desordenada de [células](#), las cuales tienen la [característica](#) de invadir los [tejidos](#) adyacentes (metástasis).

El principal atributo de los tumores malignos es su capacidad de diseminación fuera del lugar de origen. La invasión de los tejidos vecinos puede producirse por extensión o infiltración, o a distancia, produciendo crecimientos secundarios conocidos como metástasis.

Las neoplasias malignas del estómago son, en su mayoría epiteliales y de origen glandular (adenocarcinomas); conjuntivas, musculares y las linfoides, son raras, entre estas últimas quedan incluidos los excepcionales casos de Hodgkin gástrico.

También es necesario saber como se disemina el cáncer del estomago. Este cáncer se disemina por vía linfática, por vía sanguínea o por extensión directa. Las metástasis linfáticas más frecuentes son los ganglios de la curvatura menor, siguen en orden de frecuencia decreciente las del hígado, peritoneo, pulmones y pleura.

---

<sup>11</sup>Ariel M.; Proceso de cancerología básica; Vol. II; Pág.; 233,234

## **FACTORES SOCIO-AMBIENTALES**

### **TABACO**

Fumar aumenta el trabajo del corazón, disminuye el flujo sanguíneo, incrementa la presión arterial y el riesgo de cáncer, produciendo daños progresivos e irreversibles en el corazón y los pulmones. Un fumador tiene 3 veces más riesgo de sufrir un infarto o cáncer que un no fumador.

“El hábito de fumar aumenta el riesgo de cáncer de estómago, particularmente para los cánceres de la sección superior del estómago más cercana al esófago. La tasa de cáncer de estómago es alrededor del doble para los fumadores.

Independientemente de las muchas sustancias tóxicas que se eliminan con el humo del tabaco. El tabaco es tal vez el factor cancerígeno más importante en el mundo y produce más muertes que las armas”<sup>12</sup>. A parte de la nicotina debemos señalar igualmente la presencia en el tabaco de hidrocarburos aromáticos policíclicos que se acumulan en los bronquios determinando carcinoma específico en las vías respiratorias.

### **TIPO DE TRABAJO**

El cáncer gástrico es tres veces más frecuente en un grupo de mineros del carbón que en la población general, el mecanismo puede estar relacionado con la inhalación de sustancias carcinogénicas que posteriormente son deglutidas con el esputo. Otra explicación alternativa sería la ingestión de alimentos contaminados con el carcinogénico.

---

<sup>12</sup>Zuidema G; cirugía del aparato digestivo;3ªed; volll;buenos aires;1993;NSBN;pag. 63 - 624

## **ALIMENTACION**

Alimentación (varia en cada país); diversos hábitos alimenticios se han asociado con el desarrollo del cáncer gástrico. Los estudios muestran que familias que emigraron de países de alta incidencia a otros de baja incidencia padecen menos cáncer gástrico.

Esta disminución puede atribuirse a los cambios en los hábitos alimenticios. Se ha relacionado el cáncer gástrico con el consumo de carnes rojas, coles, especias, pescado, alimentos conservados en sal o ahumados ,dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasas, proteínas y vitaminas A, C, E. La ingesta con suplementos puede estar inversamente, relacionado con el riesgo de cáncer gástrico.

Un riesgo aumentado de cáncer de estómago se ha visto con una alimentación que contenga grandes cantidades de alimentos ahumados, pescado, carne salada y vegetales conservados en vinagre. Los nitritos y nitratos son sustancias que se encuentran comúnmente en las carnes curadas. Ciertas bacterias, como la *Helicobacter pylori*, pueden convertir a los nitritos y nitratos en compuestos que se ha comprobado han causado cáncer de estómago.

## **ESTRÉS**

El estrés es uno de los mayores factores de riesgo para enfermedades oportunistas como lo es el cáncer gástrico se ha observado que existe un alto índice de cáncer en personas de bajos recursos económicos, es por eso que la producción aumentada de sustancias como la adrenalina, debida a la ansiedad permanente y acumulada por vivir bajo presión, que conduce a alteraciones en todos los sistemas del organismo.

## **FACTORES ECONÓMICOS**

### **SITUACIÓN ECONÓMICA**

Este cáncer predomina en los grupos socioeconómicos de bajos recursos económicos, en forma similar a lo que ocurre con el cáncer de esófago. La pobreza causa mala alimentación en las familias con déficit, en la ingesta de algunos nutrientes. De la misma manera influye en el nivel educacional del individuo lo que tiene una relación inversa con la prevalencia del cáncer.

### **SITUACIÓN GEOGRÁFICA**

Es evidente que estas diferencias geográficas no solo se atribuyen a razones relacionadas con la calidad del diagnóstico y la terapéutica aplicada en cada país, sino que están influenciadas por una serie de factores de riesgo que difieren en las diversas poblaciones del planeta.

Un aspecto interesante se refiere a los estudios de migración. Se observa que en los emigrantes procedentes de países de alta incidencia, la enfermedad se comporta como en las personas de los países receptores. Ejemplo de ello lo constituyen los japoneses que migran a las Islas Hawái, donde se aprecia una significativa disminución de su incidencia en los emigrados, contraria a lo que ocurre cuando la migración es a la inversa.

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) continua señalando que el cáncer gástrico ocupa, por su frecuencia a nivel mundial, la segunda causa más frecuente de neoplasias, con más de 470.000 casos nuevos, lo que representa el 10 % del total de tumores malignos registrados.



## **INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS BÁSICOS**

El cáncer está relacionado con la pobreza y la falta de servicios básicos, y en este caso la ausencia de agua potable, luz eléctrica, alcantarillado etc. Pues causan la presencia de Helicobacter Pylori y el factor genético constituyen un escenario potencial para que prevalezca el cáncer gástrico en este sector por mucho tiempo.

Esta comprobado que el agua que consumen no es apta para el consumo humano, ya que traen agua de los ríos, quebradas y la utilizan para la alimentación, no cuentan con luz eléctrica en algunos sectores en otros ya cuentan con este servicio; pero debido a los bajos ingresos económicos no pueden acceder a la compra de una refrigeradora para poder mantener los alimentos en buenas condiciones.

Parece que no afectará; en la actualidad se ha observado que a largo plazo todo estas causas son factores asociados para padecer una patología como lo es el cáncer. Si bien es cierto se dice que en todo el sector rural es beneficiado por tener productos sanos pero también es cierto que para ellos poder tener estos productos.

Tienen que realizar largas jornadas de trabajo por lo tanto la alimentación no es buena, solo se limitan a una alimentación que los ayude a mantenerse con fuerza para continuar su labor por lo tanto confunden cantidad por calidad. Todas estas causas por pequeñas que parezcan son causas muy importantes para descubrir ciertas patologías.

## **Factores Biológicos**

### **Helicobacter Pylori**

“Es un bacilo gran-negativo que se encuentra asociado a la mucosa gástrica es móvil, flagelado, microaerofílico con forma espiralada. Se cree que más del 50% de la población mundial está infectada por el *Helicobacter pylori*.”

Este microorganismo se ha observado, de manera excepcional en la mucosa antral histológicamente normal, pero se encuentra siempre en la mucosa de pacientes con gastritis crónica activa, también se encuentra en el duodeno durante la inflamación duodenal.

Es evidente que el *Helicobacter Pylori* causa gastritis y no es simplemente un oportunista que ocupa un nicho ecológico que le es favorable. *H. pylori* está altamente adaptado al ambiente gástrico donde induce inflamación, aunque un importante porcentaje de personas colonizadas permanecen asintomáticas y otros pacientes desarrollan sintomatología y procesos ulcerogénicos.

Existen diferentes argumentos que describen el *H. Pylori* un papel patogénico, como son sus características de adherencia, toxicidad y factores inmunológicos. Además de estas dos características hay dos informes de auto inoculación que muestran de manera convincente que *H. Pylori* puede causar gastritis en una mucosa previamente normal.

No están claramente establecidos los mecanismos por lo que *H. Pylori* coloniza e infecta la mucosa gástrica, llevando al desarrollo de la gastritis, de la úlcera gástrica, úlcera duodenal o el hecho de estar implicado como factor de riesgo importante en la aparición del cáncer gástrico.

La mayoría de las personas son asintomáticas, aunque casi todas muestran algún grado de infección antral en la anatomía patológica. Esta es más común entre los

ancianos, hispanos y los descendientes de África, así como entre las personas de clase socioeconómica más baja.

Los seres humanos son el reservorio primario de este microorganismo que se cree, es transmitido por la vía fecal oral, y se ha demostrado que tanto los endoscopios como las herramientas de biopsia son vehículos del patógeno.

Una evidencia adicional al hecho de que el agua representa una importante fuente de transmisión de la infección por H. Pylori. Las formas cultivables del H. Pylori pueden permanecer vivas en el agua durante 48 horas y las no cultivables pero metabólicamente activas y viables, pueden vivir incluso durante más tiempo. El contagio de una persona a otra es el mecanismo más frecuente de transmisión de la infección.

La prevalencia de la infección por H. Pylori entre los padres y hermanos con infección de H. Pylori diagnosticados mediante endoscopia, en comparación con los controles. La concentración interna, en el seno de la familia, ha sido descrita posteriormente en varios estudios entre distintas poblaciones y se mantiene la idea de que la infección por H. Pylori se adquiere bien directa o indirectamente, de otros individuos ya infectados.

El camino que la infección debe recorrer de una persona a otra no está aún bien definido. La bacteria puede ser transmitida directamente vía endoscopios contaminados o sondas que no han sido completamente esterilizadas entre cada enfermo.

Helicobacter Pylori se ha cultivado de al menos una placa dental, como mínimo una ocasión, material inmunoreactivo, idéntico al H. Pylori y fragmentos del ADN compatible con la bacteria han sido descritos igualmente en la boca, lo que sugiere que la transmisión directa entre casos debe tener lugar mediante secreciones

orales. El ADN de Helicobacter Pylori ha sido identificado, del mismo modo en las heces”<sup>13</sup>

Además se ha descubierto que el consumo de vegetales crudos en aéreas en las cuales el agua que se utilizaba para regar las cosechas estaba contaminada con aguas residuales, se relacionaba con un incremento del riesgo de contraer la infección de H. Pylori.

Se puede establecer diferencias notables en lo que concierne a la prevalencia de la infección según las diferentes regiones del mundo. Al menos con la información que actualmente disponemos, podemos afirmar que la bacteria implicada en estas distintas afecciones es la misma.

## **EDAD**

El cáncer gástrico no respeta edades pero se ha comprobado científicamente que, la edad más incidente para el cáncer gástrico es desde los 50 años aumentando bruscamente la incidencia del cáncer de estómago.

La mayoría de las personas diagnosticadas con cáncer del estómago se encuentran entre los 60, 70 y los 80 años de edad, se dice que toda persona a esta edad debe tener un control más continuo y minucioso debido a que el cáncer gástrico no presenta síntomas en algunas personas y en otras presenta en etapas terminales, solo para un tratamiento paliativo.

Aunque también existen casos de paciente con edades tempranas que oscilan entre los 15 a 19 y de 30 a 34 años de edad esto varía de acuerdo al tipo de alimentación, y otros factores de riesgo que se asocian al cáncer gástrico.

---

<sup>13</sup> López B; Helicobacter Pylori; Microbiología clínica y tratamiento; Vol. I; ed. española; Cap. 8; Págs.: 117,118- 187,188.

## **SEXO**

El cáncer gástrico se observa sobre todo en personas de sexo masculino más que en el sexo femenino.” A si mismo mueren más hombres que mujeres con cáncer, a medida que las mujeres adopten funciones y costumbres sociales similares a la de los hombres, las tasas de los tipos de cáncer no vinculados.

Al genero serán parecidas si las diferencias actuales se relacionan con causas ambientales y ocupacionales.”<sup>14</sup> En general, los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de padecer un cáncer gástrico debido a sus malos hábitos como la alimentación, tabaco, alcohol y otros factores de riesgo.

## **HERENCIA Y RAZA**

Los africanos, asiáticos e hispanoamericanos tienen mayor riesgo de padecer cáncer gástrico que los de piel blanca. El patrón histológico difuso es el que predomina en familias con múltiples miembros afectados por cáncer gástrico, aunque no es frecuente que el cáncer gástrico se presente en varios miembros de una familia.

Se ha observado un ligero aumento en la incidencia en parientes directos de algunas personas que padecieron la enfermedad. Además, los investigadores han determinado que algunos tipos de enfermedades cancerígenas son más comunes entre ciertos grupos raciales y étnicos.

Varias afecciones hereditarias pueden aumentar el riesgo de una persona de padecer cáncer de estómago. El cáncer gástrico difuso hereditario es una afección hereditaria que aumenta significativamente el riesgo de padecer cáncer de estómago.

Esta afección es poco común, pero el riesgo de cáncer de estómago en el transcurso de la vida de las personas afectadas es de aproximadamente 70% al

---

<sup>14</sup>López B; Helicobacter Pylori; Microbiología clínica y tratamiento; Vol. I ed.; Cap. 8; Págs.: 117,118- 187,188.

80%.El cáncer colorrectal hereditario no debido a poliposis (también conocido como síndrome de Lynch o HNPCC, por sus siglas en inglés) y la pólipos adenomatosa familiar (FAP) también son trastornos genéticos hereditarios.

Éstos causan un riesgo enormemente aumentado de padecer cáncer colorrectal y un riesgo levemente aumentado de cáncer de estómago en los miembros de la familia que tienen estas mutaciones genéticas. Las personas con varios parientes de primer grado que han tenido cáncer de estómago tienen mayores probabilidades de padecer esta enfermedad.

### **POLIPOS NO CANCEROSOS**

Hasta la mitad de los pólipos adenomatosos muestran cambios carcinomatosos en algunas series. Los pólipos hiperplásicos no parecen tener potencial maligno. Los pacientes con pólipos adenomatosos familiar tienen mayor incidencia de cáncer gástrico. Todos los pacientes con pólipos adenomatosos deberían someterse a vigilancia endoscópica.

Los pólipos son crecimientos no cancerosos en el revestimiento del estómago. La mayoría de los tipos de pólipos (como los pólipos hiperplásicos o pólipos inflamatorios) parece que no aumentan el riesgo de una persona de padecer cáncer de estómago, aunque los pólipos adenomatosos también llamada adenomas algunas veces se pueden convertir en cáncer.

### **GRUPO SANGUINEO**

El grupo sanguíneo "A" fue más frecuente en pacientes con carcinoma gástrico. Se ha informado que el cáncer gástrico difuso es mucho más común en los pacientes con grupo, sanguíneo A, en los familiares de pacientes con cáncer gástrico difuso.

Hay antecedentes de familias de cáncer gástrico, puede haber superpuestos factores hereditarios a los ambientales. Se ha descrito carcinoma gástrico en gemelos homocigotos. Los grupos de tipo de sangre se refieren a ciertas sustancias

que normalmente están presentes en la superficie de los glóbulos rojos y otros tipos de células.

Estos grupos son importantes para determinar la compatibilidad de la sangre en las transfusiones. Por razones desconocidas, las personas con sangre tipo A tienen un riesgo mayor de padecer cáncer de estómago.

### **ANEMIA PERNICIOSA**

La atrofia difusa de la mucosa gástrica, presente en esta enfermedad, se asocia con cáncer gástrico con una frecuencia de cinco veces mayor que en la población general. La mortalidad por cáncer gástrico es significativamente más frecuente en estos pacientes que en una población general.

En algunos estudios de autopsias en un 10 a un 15% de los pacientes con anemia perniciosa se encontró cáncer gástrico. El cáncer gástrico que aparece en pacientes con anemia perniciosa se localiza más comúnmente en el fondo gástrico.

### **GASTRITIS ATRÓFICA**

Inflamación crónica del estómago asociada a degeneración de la mucosa gástrica. Se observa en pacientes ancianos y en personas con anemia perniciosa y pueden producir dolor epigástrico. Aunque el estómago produce una cantidad de ácido inferior a lo normal, los antiácidos alivian las molestias de estos pacientes.

La gastritis atrófica muestra en los endoscopios una mucosa lisa, casi brillante y transparente que permite la observación directa de los vasos sub-mucosos con aspecto de mapa en los que aparecen los meandros formados por las arteriolas y las vénulas.

La existencia de un ligero aumento de la incidencia del cáncer gástrico, que algunas publicaciones sugieren la necesidad de buscar en la gastritis atrófica los adenomas, úlceras malignas o neoplasias pero es probable que no este justificado el control

rutinario de estos pacientes para el descarte del cáncer si se mantiene asintomáticos.

### **GASTRECTOMÍA PARCIAL**

Extirpación quirúrgica de una parte del estomago o de todo el estomago, para eliminar una ulcera péptica crónica o detener una hemorragia en caso de ulcera perforado o extirpar una neoplasia, antes de la cirugía se realiza un estudio radiológico gastrointestinal.

Se introduce una sonda nasogastrica, bajo anestesia general, se elimina de la mitad o los 2/3 del estomago, incluyendo la ulcera y una gran área de mucosa secretora de acido. Después se realiza una gastroenterostomía, uniendo el resto del estomago al yeyuno o al duodeno.

Si se encuentra un tumor maligno abre la cavidad torácica y se elimina todo el estomago junto con el epiplón y en general el bazo, yeyuno, se anastomosa al esófago. Después de esta cirugía se vigila el drenaje de la sonda nasogastrica para descubrir sangre roja brillante, indicativo de una hemorragia.

Se indica al paciente que haga respiraciones profundas y que tosa, al volver a establecerse la perístasis, se administra agua por vía oral y si es tolerada sin dolor ni nauseas se procede a retirarla sonda, entre las complicaciones de la gastrectomía figuran.

La sensación de plenitud y la incomodidad tras las comidas, contracciones dolorosas y el vomito bilioso por bloqueo del jugo pancreático y de la bilis en el extremo distal del duodeno. La dieta aumenta paulatinamente hasta administrarse 6 comidas en pequeñas cantidades y de preferencia blandas y deberá administrarse 120 ml de líquido cada hora entre las comidas.



## **MATERIALES Y METODOS**

### **Tipo de estudio**

El presente trabajo de investigación se encuadró dentro de las características de un estudio descriptivo- retrospectivo, que permitió determinar la prevalencia de cáncer gástrico y su relación con los factores socio-ambientales y económicos.

### **Área de Estudio:**

El presente estudio se realizó en el Hospital Oncológico “Vicente Rodríguez Witt, el mismo que se encuentra ubicado en la ciudad de Loja, parroquia EL Valle, en la Av. Salvador Bustamante Celi frente al parque recreacional Jipiro.

### **Universo y muestra**

El universo estuvo constituido por 2378; pacientes diagnosticados de cáncer; atendidos en consulta externa de quimioterapia. Se consideró como muestra 70 pacientes diagnosticados con cáncer gástrico en el periodo de Enero del 2005 a Diciembre del 2008.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La fuente de información indirecta:

- ✓ Revisión de Historias Clínicas
- ✓ Revisión del formulario de Trabajo Social

Se revisaron y contabilizaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados por cáncer gástrico entre el periodo de Enero del 2005 a Diciembre del 2008.

Se realizó la tabulación de la información se analizaron porcentualmente los datos obtenidos. Previo a la elaboración de un instrumento para la recolección de datos que consta en el (anexo N° 1).

Cabe mencionar que para la tabulación de la tabla número 4 se tomó como referencia el formulario de trabajo social de SOLCA, para pacientes que disponen de un seguro de salud: ISSFA e IESS (anexo N° 2).

Los datos obtenidos se presentarán en tablas seguidas de su análisis e interpretación, que ayudarán a las conclusiones respectivas.

## TABLA Nº 1

### PREVALENCIA DEL CANCER GASTRICO ANTENDIDOS DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2005 A DICIEMBRE 2008 DEL HOSPITAL ONCOLOGICO VICENTE RODRIGUEZ WITT

$$P = \frac{\text{Número de casos}}{\text{Población en riesgo}} \times 100$$

$$P = \frac{70}{322.876} \times 100 = 0.021\%$$

**FUENTE:** INEC; PROYECCIONES DE POBLACION POR PROVINCIAS, CANTONES, AREAS, SEXO, GRUPO DE EDAD 2001-2010.

**ELABORADO:** CLAUDIA ROCÍO NOLE ERREYES

El cáncer gástrico no respeta edades pero se ha comprobado científicamente que, la edad de mayor riesgo para el cáncer gástrico es desde los 50 años en adelante aumentando bruscamente el cáncer de estómago; Según el presente estudio realizado en la ciudad de Loja se ha podido observar que la prevalencia es de 0.021% en las personas mayores de 50 años

**TABLA Nº 2**

**CONSUMO DE CIGARRILLO**

<b>CONSUMO DE CIGARRILLO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	37	52.86%
NO	33	47.14%
TOTAL	70	100.00%

**FUENTE:** HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE QUIMIOTERAPIA

**ELABORADO:** CLAUDIA ROCÍO NOLE ERREYES

“El hábito de fumar aumenta el riesgo de cáncer de estómago, particularmente para los cánceres de la sección superior del estómago más cercana al esófago. La tasa de cáncer de estómago es alrededor del doble para los fumadores.

Independientemente de las sustancias tóxicas que se eliminan con el humo del tabaco, este es el factor cancerígeno más importante en el mundo y produce más muertes que las armas”<sup>15</sup>. Según la tabla número 2; el 52.86% de los pacientes diagnosticados con Cáncer gástrico en el Hospital Oncológico Vicente Rodríguez Witt se observaron el hábito de fumar.

---

<sup>15</sup>Zuidema G; cirugía del aparato digestivo;3ªed; volII;buenos aires;1993;NSBN;pag. 63 - 624

**TABLA Nº 3**

**TIPO DE TRABAJO U OCUPACION**

<b>OCUPACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
AGRICULTOR	21	30.00%
QUEHACERES DOMESTICOS	21	30.00%
COMERCIANTES	16	22.85%
OTROS	12	17.15%
TOTAL	70	100%

*FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE QUIMIOTERAPIA*

*ELABORADO: CLAUDIA ROCÍO NOLE ERREYES*

En cuanto al tipo de trabajo u ocupación se observa que hay una igualdad entre agricultores y quehaceres domésticos con un 30%. Debido a que los agricultores y los quehaceres domésticos tienen que realizar largas jornadas de trabajo por lo tanto la alimentación no es buena, solo se limitan a una alimentación que los ayude a mantenerse aparentemente en buenas condiciones para continuar su labor por lo tanto confunden cantidad por calidad, a esto se suma la pobreza como causa de la mala alimentación.

**TABLA N° 4**

**TIPO DE ALIMENTACION**

<b>TIPO DE ALIMENTACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
BUENA	24	34.285 %
REGULAR	16	22.857 %
MALA	30	42.857%
TOTAL	70	100 %

**FUENTE:** HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE QUIMIOTERAPIA

**ELABORADO:** CLAUDIA ROCÍO NOLE ERREYES

En el presente estudio se ha podido observar que el 42.857% de los pacientes se los clasifico dentro de una mala alimentación; debido a los malos hábitos de alimentación como excesiva consumo de sal, carnes rojas, alimentos conservados en sal o ahumados los cual ha sido definido como causas predominantes para padecer cáncer gástrico.

**TABLA Nº 5**

**SITUACION ECONOMICA DE LOS PACIENTES**

<b>SITUACIÓN ECONÓMICA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
BUENA	24	34.285 %
REGULAR	18	25.714 %
MALA	28	40.00 %
TOTAL	70	100 %

*FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE QUIMIOTERAPIA*

*ELABORADO: CLAUDIA ROCÍO NOLE ERREYES*

En cuanto a la tabla número 4 se la clasificó de acuerdo al formulario que trabaja el departamento de trabajo social de SOLCA para cubrir el tratamiento oncológico; por lo cual se puede observar que el 40 % tienen una mala situación económica es por eso que SOLCA brinda ayuda en un 100%; en cuanto a su tratamiento y estadía en el hospital. Seguido del 34 % que se los clasifica dentro una situación económica buena ya que estos pacientes cuentan con un seguro ya sea del IEES o ISSFA, que cubre el 100% del tratamiento. De tal manera que en este estudio se puede apreciar que el cáncer está relacionado con la pobreza y la falta de servicios básicos.

**TABLA N° 6**

**AREA GEOGRAFICA**

<b>AREA GEOGRAFICA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
URBANA	26	37.14 %
RURAL	44	62.86 %
TOTAL	70	100.00 %

*FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE QUIMIOTERAPIA*

*ELABORADO: CLAUDIA ROCÍO NOLE ERREYES*

Se dice que el sector rural es el más beneficiado por tener productos sanos ; pero también es cierto que por la falta de servicios básicos, como agua potable, luz eléctrica, alcantarillado, constituyen un escenario potencial para que prevalezca el cáncer gástrico, debido a que utilizan agua de las quebradas o ríos para preparar los alimentos , no cuentan con una refrigeradora para mantener sus productos frescos y optan por secar los productos al ambiente con abundante sal para evitar que se les dañe el producto; así en este estudio se puede observar que el 62.86% pertenece al sector rural.



## DISCUSIÓN

Según estudios realizados, el cáncer gástrico no respeta edades pero se ha comprobado científicamente que, la edad más incidente para el cáncer gástrico es desde los 50 años aumentando bruscamente la incidencia del cáncer de estómago.

“Existen diversos factores socio-ambientales para este cáncer, la mayoría con asociaciones de baja magnitud, que incluyen el tabaquismo, alimentación como la ingesta de sal, alimentos, ahumados y tocino, poseer parientes de primer grado con historia de cáncer gástrico.

También se vinculan a este cáncer los estratos socioeconómicos bajos, como la situación económica y el área geográfica, Un estudio identificó además una fuerte asociación entre el consumo de carnes rojas y los cánceres gástricos con inestabilidad micro satelital. “<sup>16</sup>

Sin embargo en este estudio se puede apreciar que la prevalencia del cáncer gástrico es del 0.021%; además que el mayor porcentaje de cáncer gástrico se da en las personas fumadoras con el 52.86 %, a todo esto se suma el tipo de trabajo u ocupación con una igualdad entre agricultores y quehaceres domésticos con el 30%; sin dejar de lado el tipo de alimentación con un 42.857% debido a los malos hábitos de alimentación como el excesivo consumo de sal, carnes rojas, alimentos conservados en sal o ahumados los cuales han sido definidos como causas predominantes para padecer cáncer gástrico. Ligado a esto va la situación económica con un 40%; que pertenece a una mala situación económica para el tratamiento según el formulario de trabajo social.Lafalta de servicios básicos constituyen un escenario potencial para que prevalezca el cáncer gástrico con un 62.86% que pertenece al sector rural.

---

<sup>16</sup>ARTÍCULO; Ministerio de salud; Dr. Calvo A./ Lcda. palacios M./Dr. Gutiérrez R. ; guía clínica cáncer gástrico SANTIAGO ; Serie guías clínicas; ISBN;2006

## CONCLUSIONES

El cáncer gástrico es uno de los problemas más graves que se presentan en la salud del ser humano, y a su vez se constituye en una de las causas más comunes de muerte en nuestro medio. Luego de haber desarrollado la respectiva tabulación y análisis de los resultados del presente estudio puedo concluir:

- ✓ Que en el presente estudio realizado la prevalencia de cáncer gástrico es del 0.021% en la ciudad de Loja.
  
- ✓ Dentro de los factores socio-ambientales y económicos que están relacionados con el cáncer gástrico; en el presente estudio se determinó :  
El tabaquismo, tipo de trabajo, alimentación, situación económica de los pacientes, área geográfica de la que provienen los pacientes

## RECOMENDACIONES

Se puede apreciar que en la actualidad el cáncer es una de las enfermedades que agobia a la sociedad. En base a los resultados del presente estudio investigativo y la realidad de nuestra población, puedo recomendar:

- ✓ A la carrera de enfermería en coordinación con el Hospital de SOLCA, planifique, ejecute y evalúe acciones de promoción de estilos de vida saludables, relacionados específicamente con alimentación, recreación, ejercicio físico; descanso que contribuirán a reducir la prevalencia del cáncer en general.

## BIBLIOGRAFIA

- ☞ Abelof, M./ Armitage, J./ Niederhuber, J./ kastán, M./ Mckenna, W. Oncología clínica; Vol. I y vol. II; 3º ed.; España; ISBN, 2005; págs.:175-177 ;395-396; 1819-1831
- ☞ Alban E/ Ortiz P.; INEC; Loja ; periodo 2001-2010; págs. 39-47
- ☞ Álvarez, J/Barajas, E; Manual de cancerología básica, vol. I. Milán, 1998, Cap. XI; Pág.:88; Cap. XV; págs.: 113-120
- ☞ Ariel M. Proceso de cancerología básica, Vol. II, Pág.; 233,234.
- ☞ Artículo de revista: Dr. Garrido H, Dra. Yunga E, Incidencia del cáncer en Loja; Revista oncológica, Vol. I, (3):23-28; 1997-2003.
- ☞ Artículo de revista cubana oncológica Piñal F/Paniagua M; cáncer gástrico; factores de riesgo; 1998; Págs. 71,73.
- ☞ ARTÍCULO; Ministerio de salud; Dr. Calvo A./ Lcda. Palacios M./Dr. Gutiérrez R. ; guía clínica cáncer gástrico Santiago ; Serie guías clínicas; ISBN;2006
- ☞ Casciato D. Oncología clínica; 4º ed.; España 2003; Págs.: 177-179
- ☞ Fordtran S. Enfermedades gastrointestinales; 5ª ed.; tomo I; México, 2001; págs.: 135-143.
- ☞ Hernández A., Delgado G.; Manual de Epidemiología, editorial medica panamericana ,pág. 50
- ☞ López B; Helicobacter Pylori; Microbiología clínica y tratamiento; Vol. I ed.; Cap. 8; Págs.: 117,118- 187,188.
- ☞ Beer,M/Porter,R/Jones,T. Manual de Merck; 11º ed;Madrid;ISBN;2007;Pags. 1247-1258.
- ☞ Mosby Océano ;diccionario de medicina; ed. Española;pags:195-197
- ☞ Otto S. Enfermería oncológica; Vol. I; Madrid, 2004; Págs.: 25-26- 148,149

- ☞ Pineda E, Eva L, Metodología de la investigación; 2º ed.; págs.: 122-143
- ☞ Parrilla P, Jaurrieta E, Moreno M; Manual de la asociación española de cirujanos- Buenos Aires; Madrid; Medica panamericana; 2004; Cap. XLII; Págs. 357 -372.
- ☞ Roland T, Richard D, RuppertHealth Center; Quimioterapia del cáncer; 5ª ed.; Madrid- España; 2000; Cap. IX; Págs.: 214-230.
- ☞ Zuidema G; cirugía del aparato digestivo;3ºed; vol. II; buenos aires;1993;NSBN;pag. 63 - 624
- ☞ MatiasProutKatie, Oncología, abril 2004, Vol. XLIX, No. 4,

#### PAGINAS DE INTERNET

- ☞ Disponible en:
- ☞ [http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer\\_de\\_est%C3%B3mago](http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_de_est%C3%B3mago)"[fecha de acceso\_ 24 de mayo del 2009.]
- ☞ [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292006000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292006000400006&script=sci_arttext)[fecha de acceso: 10 de julio del 2009.]
- ☞ <http://www2.mdanderson.org/depts/oncolog/sp/articles/04/4-apr/4-04-1.html> ; [fecha de acceso: 12 de julio del 2009.]
- ☞ [http://www.elmercurio.com.ec/web/titulares.php?nuevo\\_mes=06&nuevo\\_ano=2005&dias=28&seccion=PliPF9t](http://www.elmercurio.com.ec/web/titulares.php?nuevo_mes=06&nuevo_ano=2005&dias=28&seccion=PliPF9t) [fecha de acceso: 3 de diciembre del 2009.]
- ☞ [http://www.elmercurio.com.ec/web/titulares.php?seccion=c9sVR2A&codigo=tPoSJvgWnP&nuevo\\_mes=09&nuevo\\_ano=2008&dias=07&noticias](http://www.elmercurio.com.ec/web/titulares.php?seccion=c9sVR2A&codigo=tPoSJvgWnP&nuevo_mes=09&nuevo_ano=2008&dias=07&noticias) [fecha de acceso: 9 de diciembre del 2009.]