



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO EN
PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE
SALUD MIRONES BAJOS LIMA 2024

**Línea de investigación:
Salud pública**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor

Almeyda Ramirez, Pedro Luis

Asesora

Reyes Henriquez, Miriam Dilma

ORCID: 0000-0002-2828-3976

Jurado

Alvitez Morales, Juan Daniel

Lopez Gabriel, Julia Isabel

Lopez Gabriel, Wilfredo Gerardo

Lima - Perú

2025



NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD MIRONES BAJOS LIMA 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	10%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	5%
3	www.scielo.cl Fuente de Internet	2%
4	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	1%
5	revistagastroperu.com Fuente de Internet	1%
6	gastrolat.org Fuente de Internet	1%
7	www.dge.gob.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	revistas.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%
10	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
11	es.slideshare.net Fuente de Internet	1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HIPÓLITO UNANUE

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO EN
PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD
MIRONES BAJOS LIMA 2024

Línea de Investigación
Salud Pública

Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano

Autor

Almeyda Ramirez, Pedro Luis

Asesora

Reyes Henriquez, Miriam Dilma

ORCID: 0000-0002-2828-3976

Jurado

Alvitez Morales, Juan Daniel

Lopez Gabriel, Julia Isabel

Lopez Gabriel, Wilfredo Gerardo

Lima – Perú

2025

Dedico esta tesis a Dios, a Betsy y Pedro
quienes con su amor lograron lo mejor en mí.

ÍNDICE

RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Descripción y formulación del problema.....	10
<i>1.1.1 Descripción del problema</i>	<i>10</i>
<i>1.1.2 Formulación del problema general.....</i>	<i>12</i>
1.2 Antecedentes.....	12
<i>1.2.1 Antecedentes internacionales</i>	<i>12</i>
<i>1.2.2 Antecedentes nacionales</i>	<i>14</i>
1.3 Objetivos	16
<i>1.3.1 Objetivo general</i>	<i>16</i>
<i>1.3.2 Objetivos específicos</i>	<i>16</i>
1.4 Justificación.....	17
1.5 Hipótesis.....	17
<i>1.5.1 Hipótesis general.....</i>	<i>17</i>
II. MARCO TEÓRICO	18
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	18

2.1.1	<i>Definición</i>	18
2.1.2	<i>Etiología</i>	18
2.2	Epidemiología	23
2.2.1	<i>Aspectos epidemiológicos</i>	23
2.2.2	<i>Epidemiología mundial</i>	24
2.2.3	<i>Epidemiología peruana</i>	29
2.3	Factores de riesgo asociados	33
2.3.1	<i>Medio ambiente</i>	33
2.3.2	<i>Estilo de vida</i>	34
2.3.3	<i>Factores hereditarios (Consejo genético)</i>	35
2.4	Cuadro clínico	38
2.4.1	<i>Signos y síntomas</i>	38
III.	MÉTODO	39
3.1	Tipo de investigación	39
3.2	Ámbito temporal y espacial	39
3.3	Variables	39
3.4	Población y muestra	41
3.4.1	<i>Criterios de inclusión</i>	41
3.4.2	<i>Criterios de exclusión</i>	42

3.5	Técnicas e instrumentos	42
3.6	Procedimientos	43
3.7	Análisis de datos.....	43
3.8	Consideraciones éticas	44
IV.	RESULTADOS	45
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	48
VI.	CONCLUSIONES.....	54
VII.	RECOMENDACIONES	55
VIII.	REFERENCIAS.....	57
IX.	ANEXOS.....	64
	Anexo A. Matriz de operacionalización de variables	64
	Anexo B. Instrumento de recolección de datos	65
	Anexo C. Estadística en dimensión factores genéticos	71
	Anexo D. Estadística en dimensión factores medioambientales.....	72
	Anexo E. Estadística en dimensión factores biológicos	73
	Anexo F. Estadística dimensión detección temprana	73
	Anexo G. Estadística en dimensión Nivel de conocimientos	74
	Anexo H. Prueba binomial. Juicio de expertos	75
	Anexo I. Solicitud De Ejecución De Instrumento a directora de Centro de Salud	76

Anexo J. Solicitud De Ejecución De Instrumento a Tutora de Centro de Salud...	77
Anexo K. Tabla De Encuestas	78
Anexo L. Encuestados por edad y sexo.....	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico.....	45
Tabla 2 Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico según la dimensión factores Genéticos.....	46
Tabla 3 Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico según la dimensión factores Medio Ambientales.....	46
Tabla 4 Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico, según la dimensión factores Biológicos en los pacientes atendidos en el consultorio de medicina interna del centro de salud Mirones bajos.....	47
Tabla 5 Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico, según la dimensión factores de detección temprana en los pacientes atendidos en el consultorio de medicina interna del centro de salud Mirones bajos.....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Patología Gástrica progresiva.....	20
Figura 2 Factores asociados.....	22
Figura 3 Incidencia de casos.....	24
Figura 4 Mortalidad de casos.....	25
Figura 5 Tasa estandarizada por edad (mundo).....	26
Figura 6 Números absolutos, incidencia, Ambos sexos	27
Figura 7 Incidencias continentes. Ambos sexos	28
Figura 8 Especificación continental según incidencias y ambos sexos de cáncer gástrico durante el 2022.....	28
Figura 9 Especificación continental según mortalidad en ambos sexos de cáncer gástrico durante el 2022.....	29
Figura 10 Números absolutos, incidencia y mortalidad, ambos sexos 2022	30
Figura 11 Distribución de casos registrados de cáncer según localización y sexo.....	31
Figura 12 Distribución de casos registrados de cáncer de estómago por quinquenio y sexo	31
Figura 13 Proyecciones de Globocan para el Perú en 2025	33
Figura 14 Resumen de factores de riesgo de cáncer gástrico	35
Figura 15 Criterios para realizar test genético en pacientes con sospecha de cáncer gástrico hereditario difuso	37
Figura 16 Criterios diagnósticos para cáncer gástrico hereditario intestinal	38

Resumen

Objetivo: Indagar el grado de sapiencia concerniente a la profilaxis del carcinoma gástrico en los individuos atendidos en el consultorio de medicina del centro de salud Mirones Bajos, 2024.

Método: Indagación de índole no experimental y de sesgo transversal, ejecutada sin alteración premeditada de los parámetros en un instante y emplazamiento específicos. El conglomerado muestral estará constituido por un centenar de sujetos del centro asistencial Mirones Bajos. El artefacto heurístico empleado en esta pesquisa es un repertorio de interrogantes, el cual fue sometido a escrutinio de validez semántica y estructural mediante un Tribunal de Eruditos; tras acoger recomendaciones, dichas observaciones se incorporaron para optimizar dicho artefacto.

Resultados: En cuanto al cúmulo integral de sus componentes, se constató un grado de sapiencia intermedio con un 54%. De modo desglosado: un 65% en el rubro de predisposiciones genotípicas, un 74% en la esfera de condicionantes ecológicos, un 54% en elementos biológicos, y un 57% en cuanto a identificación precoz. **Conclusiones:** El nivel de ilustración en los usuarios que frecuentan el servicio galénico del enclave sanitario Mirones Bajos sobre la profilaxis del carcinoma gástrico es intermedio, con tendencia a insuficiente; tal situación se refleja en las áreas de predisposición genotípica, condicionantes ecológicos, elementos biológicos y detección temprana.

Palabras clave: grado sapiencia, profilaxis, carcinoma gástrico, pacientes atendidos.

Abstract

Objective: To investigate the level of knowledge regarding gastric carcinoma prophylaxis in individuals treated at the medical office of the Mirones Bajos Health Center, 2024. **Method:** A non-experimental, cross-sectional study was conducted without deliberate manipulation of variables at a specific time and place. The sample consisted of one hundred individuals from the Mirones Bajos Health Center. The research instrument used in this study was a questionnaire, which was subjected to semantic and structural validity assessment by a panel of experts. After receiving their recommendations, the observations were incorporated to optimize the instrument. **Results:** Overall, an intermediate level of knowledge was identified in 54% of the participants. Specifically, knowledge levels were 65% regarding genetic predisposition, 74% regarding environmental factors, 54% regarding biological factors, and 57% regarding early detection. **Conclusions:** The level of knowledge among users attending the medical service at the Mirones Bajos Health Center regarding the prophylaxis of gastric carcinoma is intermediate, with a tendency toward insufficiency, particularly in aspects related to genetic predisposition, environmental factors, biological factors, and early detection.

Keywords: level of knowledge, prophylaxis, gastric carcinoma, patients attended.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción y formulación del problema

1.1.1 Descripción del problema

En la contemporaneidad, los perniciosos patrones dietéticos y la inclinación hacia la ingesta de viandas hipercalóricas de escaso valor nutricional en detrimento de alimentos saludables propician una plétora de dolencias tales como gastritis, adiposidad mórbida, hipertensión arterial, carcinoma gástrico y neoplasia colorrectal, patologías que han derivado en letal desenlace.

Conforme a proyecciones el carcinoma gástrico ostenta la quinta posición en prevalencia (5.6% del cómputo global) y constituye la cuarta etiología de deceso oncológico a nivel planetario. (Global Cancer Observatory, 2020).

La tasa de incidencia y la mortalidad ajustada por cronología fueron de 11.1 y 7.7 casos por cada 100 000 individuos, respectivamente. Los registros más elevados de incidencia se localizan en Asia, en los dominios andinos de Sudamérica, en Europa Oriental, y esta patología se manifiesta con mayor preponderancia en la población masculina. De igual manera, su incidencia varía en función de la tipología racial y del linaje étnico. (Smyth, 2020).

En el territorio peruano, el carcinoma gástrico figura como la tercera neoplasia en prevalencia, abarcando un 9% del total, con un reporte de 69 849 casos novelados y 34 976 defunciones en ambos géneros. En el colectivo masculino, esta afección ocupa la segunda posición. La prevalencia y la tasa de mortalidad ajustada por edad fueron de 26.41 y 11.8 casos por cada 100 000 sujetos, correspondientemente. (Siegel, 2023).

La neoplasia maligna gástrica originó una pérdida de 49 480 años de vida saludables (AVISA), con un predominio del componente de años de vida truncados por deceso prematuro

(AVP), hallazgo que se correlaciona con la elevada letalidad de dicha afección (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CDC], 2018).

Entre los condicionantes ambientales de riesgo, la colonización por *Helicobacter pylori* constituye el elemento primario, multiplicando hasta por seis la probabilidad de gestación de un adenocarcinoma distal, englobando tanto las variantes difusas como intestinal (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CDC], 2018).

La ingesta de regímenes alimenticios con elevada carga de cloruro sódico y compuestos nitrosados presentes en carnes a la parrilla, productos cárnicos procesados, pescado y bebidas etílicas, incrementa igualmente tal peligro. (The EUROGAST Study Group, 1993; Peleteiro, 2010).

La práctica tabáquica actúa como un determinante autónomo, acrecentando en 1.53 veces el riesgo de aparición del carcinoma gástrico. (Jakszyn et al. 2006),

Los conglomerados humanos pertenecientes a estratos socioeconómicos deprimidos exhiben un peligro duplicado. (Karimi, et al., 2014).

Una proporción sustantiva de estos factores de riesgo sería susceptible de ser evitada mediante una transformación positiva en los patrones vitales individuales; para tal cometido, resulta esencial considerar el nivel de ilustración de la colectividad, sirviendo este como cimiento para concebir e implementar tácticas de modificación conductual que contribuyan a la optimización tanto de la calidad como de las modalidades de existencia del individuo, su núcleo familiar y el entramado comunitario. (Huamanyauri & Lucia, 2019).

Reviste carácter crucial la implicación activa del cuerpo sanitario, así como la intervención concertada de las instancias gubernamentales y de la ciudadanía debidamente estructurada, quienes deberán asimilar que mediante transformaciones fundamentales y sostenidas en sus pautas de vida

es posible incidir de manera notable en las probabilidades de sostener un estilo de existencia salúfero. (Torres, 2015)

1.1.2 Formulación del problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico en los pacientes atendidos en el consultorio de medicina del Centro de salud Mirones bajos?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes internacionales

El estudio realizado por Alghamdi (2023), escrutó el grado de sapiencia y percepción cognitiva referente al carcinoma gástrico entre el conglomerado ciudadano de Al-Baha, reino de Arabia Saudita. Se trató de una pesquisa transversal ejecutada entre los habitantes de dicha urbe con edad superior a los 18 años. El diseño se fundamentó en un compendio interrogativo concebido en una investigación antecedente. La muestra contempló a 426 individuos consultados en Al-Baha. Entre los elementos predisponentes más ampliamente reconocidos se hallaron la ingesta etílica, la inhalación de cigarrillos o narguile, la historia hereditaria de neoplasia gástrica, los antecedentes patológicos individuales de dicho cáncer, la úlcera estomacal y la ingestión de víveres sometidos a procesos de ahumado. Los signos clínicos de mayor notoriedad comprendieron la hemorragia gastrointestinal, la presencia de tumoración abdominal, la disminución ponderal, las náuseas acompañadas de emesis recurrente y el dolor abdominal. La investigación arribó a la conclusión de que los participantes ostentaban un nivel intermedio de erudición en cuanto a los factores predisponentes y las manifestaciones sintomatológicas del cáncer gástrico.

En la investigación realizada por Gil (2019) se escrutaron los umbrales de erudición en torno a los modos de evitar la neoplasia estomacal. El instrumento empleado Cuestionario de

sapiencia sobre carcinoma gástrico comprendía 32 ítems disgregados en cinco ámbitos: nociones generales sobre el cáncer estomacal, discernimiento de signos y síntomas del carcinoma gástrico, comprensión de los elementos predisponentes, conocimientos concernientes a las intervenciones terapéuticas y saberes relativos a las acciones profilácticas frente al riesgo oncológico gástrico. Los educandos evidenciaron una elevada ilustración respecto al cáncer de estómago; no obstante, la magnitud de aplicación de prácticas preventivas, así como la aprehensión de los factores predisponentes, resultó marcadamente exiguo.

El estudio realizado por Zhang (2023) indagó en los saberes, disposiciones y hábitos (SDH) de los operarios sanitarios respecto al carcinoma gastrointestinal incipiente (CGI). La pesquisa, de índole transversal, fue ejecutada con personal de salud que se ofreció de manera voluntaria para participar en 30 nosocomios de China, durante el intervalo comprendido entre septiembre y diciembre del año 2022. Se elaboró un formulario autoadministrado compuesto por 37 ítems interrogativos. Se arribó a la inferencia de que los agentes sanitarios ostentan un acervo cognitivo de grado intermedio, una disposición actitudinal favorable y un desempeño práctico sobresaliente en relación con el CGI.

En el estudio de Khaling (2021), sobre “Indagación para valorar la eficacia de un módulo autodidáctico sobre el saber concerniente a los elementos predisponentes y las estrategias profilácticas del carcinoma gástrico entre educandos profesionales de instituciones seleccionadas en Bangalore”, el propósito cardinal de la investigación consistió en ponderar la efectividad del SIM en la adquisición de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer estomacal por parte de discentes profesionales en universidades escogidas de Bangalore. Se confeccionó un formulario estructurado de evaluación cognitiva para valorar el acervo de los participantes. Dicho instrumento comprendía 30 reactivos. Los hallazgos evidenciaron que, en la evaluación preliminar,

43 individuos (71,67%) manifestaban un nivel insuficiente de erudición, 17 sujetos (28,33%) ostentaban un nivel intermedio de conocimiento y ninguno alcanzaba un nivel considerado adecuado respecto a los factores predisponentes y las prácticas preventivas frente al cáncer gástrico.

1.2.2 Antecedentes nacionales

El estudio que fue realizado por Herrera (2023), sometió a 59 galenos en formación a una pesquisa sobre saberes vinculados al carcinoma gástrico. Se infiere en el presente análisis que el grado de erudición sobre dicha neoplasia entre los internos de medicina humana se sitúa en un estrato intermedio, a pesar de hallarse en la fase terminal de su itinerario académico.

El estudio realizado por Palomino (2022) llevó a cabo una indagación no experimental, de sesgo cuantitativo, carácter descriptivo y configuración transversal. Se aplicó un formulario validado con anterioridad a una cohorte de 115 sujetos. Se concluyó que existe una correlación significativa entre el nivel de cognición y la prevención primaria del cáncer gástrico, con un umbral de confiabilidad del 95 %.

La investigación de López (2018), cuya naturaleza fue no experimental y de corte cuantitativo-descriptivo, aplicó un instrumento validado previamente, en forma de cuestionario, a una muestra de 308 habitantes del distrito de La Victoria. Se concluyó que un 53,87 % de los pobladores conocen la mayoría de las prácticas profilácticas asociadas al cáncer gástrico.

La investigación que realizo Franco (2024), determina los elementos predisponentes correlacionados con el carcinoma gástrico en pacientes diagnosticados en el Hospital Regional de Ica. Resultados: los factores sociodemográficos asociados al desarrollo del cáncer estomacal comprenden la edad superior a 50 calendarios y el género masculino. Se identificaron como

factores de riesgo la edad avanzada, el sexo masculino, la obesidad, la infección por *Helicobacter pylori*, el fenotipo sanguíneo A, la gastritis atrófica y el consumo de tabaco o bebidas etílicas.

El estudio realizado por Eulogio y Narciso (2018) estableció como propósito de su determinar la vinculación entre la infección por *Helicobacter pylori*, el estrato socioeconómico y los componentes dietéticos con el carcinoma gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco, durante el intervalo 2009 - 2014. Concluye que presentar infección por *Helicobacter pylori*, ser de género masculino, tener más de 60 años y la práctica de añadir sal a los alimentos fueron factores predisponentes para el desarrollo del cáncer gástrico. Por otro lado, el estrato socioeconómico, los antecedentes familiares, el origen geográfico y la dieta no se identificaron como factores de riesgo.

La investigación dada por Olando (2019) realizó una exploración con educandos de enfermería en la Universidad Nacional de Cajamarca (UNC) en el año 2018, con el objetivo de valorar el nivel de erudición sobre prevención del carcinoma gástrico. La metodología empleada fue de índole descriptiva y transversal. La muestra incluyó a 118 discentes, cuyos resultados fueron los siguientes: en prevención y conocimiento del cáncer estomacal, el 67 % mostró un nivel intermedio, el 26 % un nivel elevado y el 2 % un nivel exiguo. En cuanto a la detección precoz, el 74 % presentó un nivel medio, el 20 % alto y el 6 % bajo. En lo relativo a factores genéticos, el 64 % poseía un nivel medio, el 26 % alto y el 10 % bajo. Respecto a los factores medioambientales, el 93 % obtuvo un nivel medio, el 5 % alto y el 2 % bajo. Se concluyó que los estudiantes de enfermería mostraron un nivel regular de conocimientos en las cuatro esferas analizadas.

El estudio realizado por Delgado (2023) tuvo como finalidad determinar el grado de erudición en torno a la prevención del carcinoma gástrico en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota. La investigación de sesgo cuantitativo, nivel

descriptivo y diseño observacional se efectuó con 285 discentes de enfermería. Se utilizó como herramienta un cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento elevado alcanzó el 45,0 %; por dimensiones: predominó un conocimiento alto en el factor medioambiental (63,9 %), factor biológico (48,8 %) y en detección temprana (50,5 %), mientras que en la dimensión genética predominó el nivel medio con un 54,0 %. Se concluyó que el 45,0 % de los estudiantes de enfermería poseen un conocimiento elevado en prevención del carcinoma gástrico, observándose preponderancia en las dimensiones analizadas.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico en los pacientes atendidos en el consultorio de medicina del centro de salud de Mirones Bajos 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento de los factores genéticos que condicionan el cáncer gástrico.
- Evaluar el nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en los pacientes atendidos en centro de salud Mirones Bajos 2024, en su dimensión factores medioambientales.
- Establecer el nivel de conocimiento que influyen en el cáncer gástrico en los pacientes atendidos en el centro de salud Mirones Bajos, en su dimensión: factores biológicos
- Estudiar el nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en los pacientes atendidos en el centro de salud Mirones Bajos, en su dimensión detección temprana.

1.4 Justificación

El presente trabajo es:

- Urgente: de realizarlo, debido al incremento de la incidencia del cáncer gástrico.
- Relevante: ya que es un avance del conocimiento y se está contribuyendo a resolver un problema de salud.
- Significante: es importante y pertinente en la coyuntura nacional.
- Trascendente: puede extenderse a otras áreas de interés, a diferentes grupos sociales.
- Viable: es de aceptación social.
- Factible: la capacidad técnica para desarrollar la investigación es óptima.
- Ético: ya que no existen factores morales o éticos que atenten contra la población.

1.5 Hipótesis

1.5.1 *Hipótesis general*

El nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico en los participantes del estudio se encuentra en un nivel medio.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1 *Definición*

Un carcinoma gástrico constituye una proliferación maligna que se gesta en el revestimiento epitelial del órgano gástrico. El adenocarcinoma abarca aproximadamente el 95 % de las entidades neoplásicas de esta región; el 5 % restante comprende linfomas, sarcomas, neoplasias neuroendocrinas y tumores derivados de la mesénquima gastrointestinal.

2.1.2 *Etiología*

Diversos factores, tanto de índole hereditaria como del entorno, inciden sobre la mucosa gástrica íntegra, provocando de manera progresiva una cascada patológica que transcurre desde una gastritis crónica, atrofia glandular, metaplasia intestinal, displasia epitelial hasta culminar en carcinoma.

Dieta. ingestión preponderante de víveres con elevado contenido de lípidos de procedencia animal (en especial carnes curadas, sometidas a procesos de ahumado, aditivadas con conservantes químicos, entre otros), así como una ingesta reducida de vegetales y frutas frescas.

Infeciosas. *Helicobacter pylori*. El proceso oncogénico gástrico no puede ser elucidado únicamente a través de la infección provocada por *Helicobacter pylori*. Se observa una notable disparidad interindividual en la evolución clínica de dicha infección entre los pacientes.

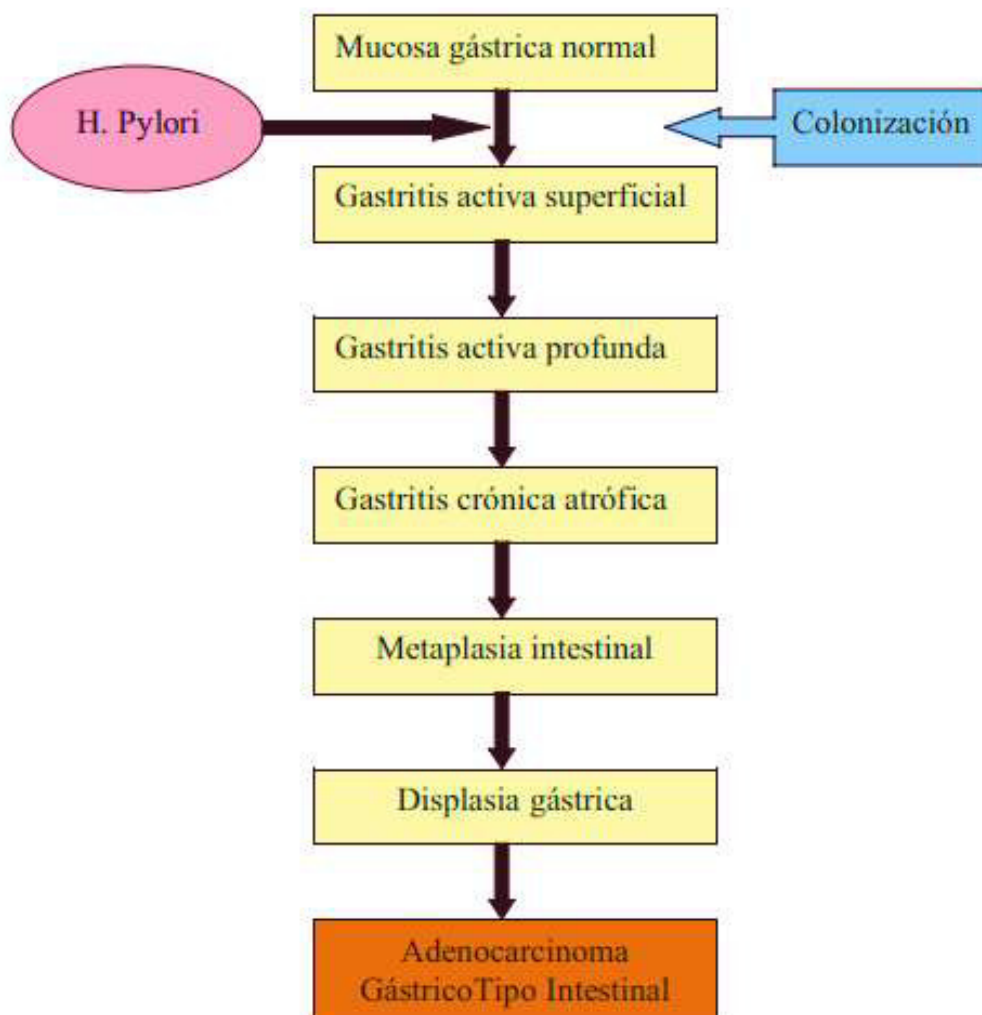
De aquellos colonizados por *Helicobacter pylori*, tan solo una fracción minoritaria (2-5 %) culmina desarrollando carcinoma gástrico, mientras que la mayoría manifiesta alteraciones tisulares de carácter no neoplásico. (Hsu et al., 2007).

El adenocarcinoma gástrico se bifurca en dos variantes: la modalidad intestinal o diferenciada, y la forma difusa o indiferenciada; ambas ostentan divergencias notorias en su morfología, mecanismos patogenéticos y perfiles genómicos. (Figueiredo et al., 2017).

La variante intestinal constituye la manifestación predominante en colectividades con elevado perfil de riesgo. Aunque la colonización bacteriana se inicia durante la niñez, transcurre un extenso intervalo de latencia, y las neoplasias son clínicamente detectadas tras un lapso de tres a cuatro decenios.

Investigaciones epidemiológicas y múltiples metaanálisis revelan una robusta asociación entre serología positiva para *Helicobacter pylori* y la incidencia de carcinoma gástrico.

Figura 1
Patología Gástrica progresiva



Nota. A lo largo de este período acontece un prolongado proceso oncogénico incipiente, caracterizado por una secuencia escalonada de transformaciones histopatológicas: gastritis crónica activa no atrófica; gastritis atrófica multifocal; metaplasia intestinal (primero completa, posteriormente incompleta); displasia; y carcinoma infiltrante. Tomado de “*Helicobacter pylori* y cáncer gástrico”, por Ramírez & Sánchez, 2008, [Revista de Gastroenterología del Perú](#), 28(3), 258-266.

El *Helicobacter pylori* constituye un bacilo Gram-negativo, helicoidal y microaerófilo (Warren & Marshall, 1983).

Este microorganismo es responsable de la infección bacteriana persistente más prevalente en el ser humano, aquejando a un 60% de las colectividades en territorios industrializados y a un 80% en regiones en vías de progreso. Se reconocen múltiples variantes bacterianas, cada cual ostentando singulares artimañas de patogenicidad (mecanismos de adherencia, exotoxinas, catalizadores proteicos, entre otros). Tales atributos patógenos le confieren la capacidad de aclimatarse al entorno gástrico y de infligir detrimento sostenido a las células estomacales (Ramírez & Sánchez, 2008).

Algunas cepas ostentan una virulencia exacerbada al sintetizar una proteína citotóxica codificada por el gen A (Cag A +; Vac A +). La colonización por estas variantes se ha correlacionado con un daño epitelial más acentuado y con una exacerbada secreción de citoquinas proinflamatorias (Crowe, 2019).

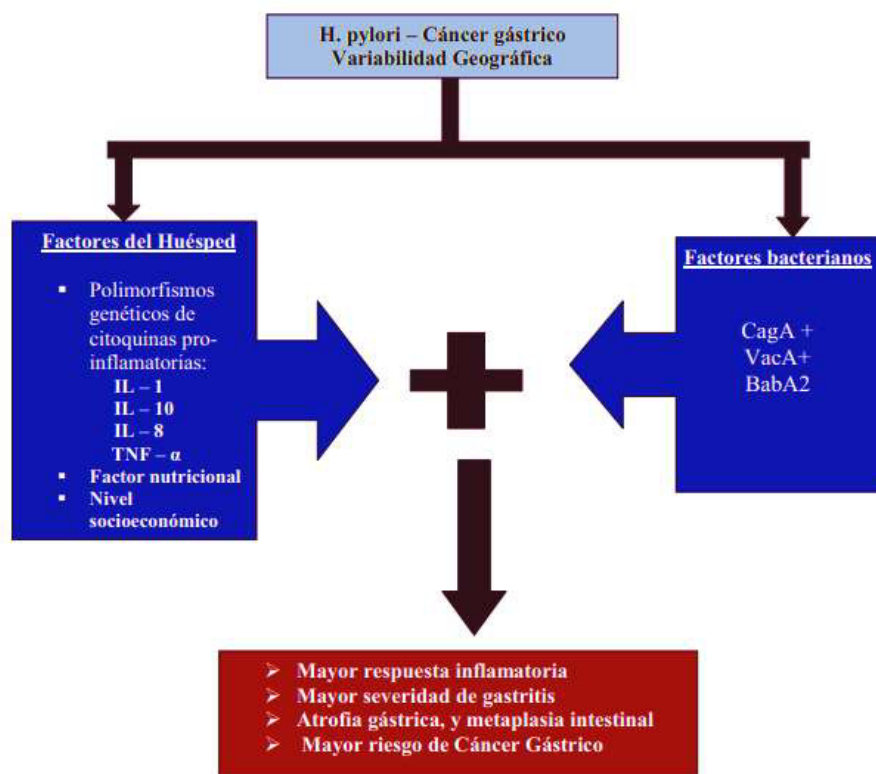
Más del 90% de los linajes de *Helicobacter pylori* aislados en Lima, Perú, son CagA+, hecho que se vincula con un aumento en la propensión a desarrollar inflamación gástrica crónica y neoplasia gástrica. (Allehdan et al., 2022).

La colonización ocurre en la infancia, con una adquisición más temprana en los países en vías de industrialización. Las rutas postuladas para la propagación comprenden: fecal-bucal, bucal-bucal y gastro-bucal. (Ramírez & Sánchez, 2008).

El devenir natural de esta infección es marcadamente heterogéneo, y aunque todos los individuos colonizados experimentan una gastritis crónica, no todos progresan a cuadros clínicamente manifiestos, permaneciendo muchos en estado asintomático.

Los elementos ambientales, bacterianos y propios del hospedador (respuesta inmuno-inflamatoria desencadenada) codeterminan la trayectoria evolutiva de la infección. (Ramírez & Sánchez, 2008).

Figura 2
Factores asociados



Nota. Tomado de “Helicobacter pylori y cáncer gástrico”, por Ramírez & Sánchez, 2017, [Revista de Gastroenterología del Perú](#), 28(3), 258-266.

Afecciones fisiopatológicas. Gastritis atrófica (degeneración glandular gástrica), anemia perniciosa (deficiencia hematopoyética megaloblástica), inflamación gástrica persistente, excrecencias polipoideas estomacales, resección parcial del estómago (gastrectomía segmentaria), morbo de Menetrier (gastropatía hipertrófica gigante), corpulencia mórbida.

Prácticas deleznales. Hábito fumígeno, tabaquismo concomitante con consumo copioso de etanol.

Predisposiciones hereditarias. Carcinoma gástrico difuso de transmisión familiar (alteraciones en la molécula de adhesión E-cadherina; mutación truncada en el alelo germinal del gen CDH1), síndrome de cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis, poliposis adenomatoide familiar, síndrome de Peutz-Jeghers (trastorno hamartomatoso gastrointestinal con hiperpigmentación mucocutánea).

2.2 Epidemiología

2.2.1 Aspectos epidemiológicos

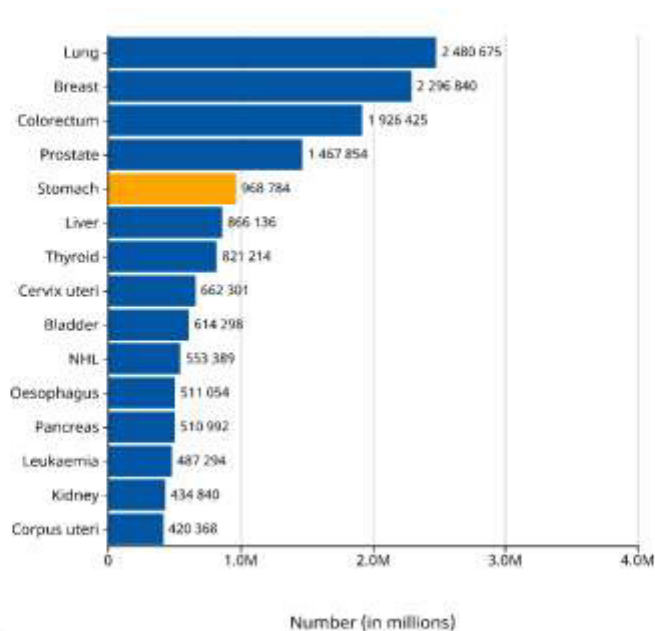
Trastorno de prevalencia androcéntrica (proporción aproximada 2-3:1), cuya frecuencia incrementa con el avance etario, alcanzando su cúspide en la séptima decena de existencia. Los adenocarcinomas gástricos extrínsecos al cardias exhiben una oscilación geográfica conspicua; así, en naciones como el Japón, Costa Rica, Perú, Brasil, China, Corea, Chile, Taiwán y el extinto conglomerado de la Unión Soviética, se observa una elevada prevalencia de neoplasia gástrica. A diferencia del aumento de la incidencia de neoplasmas proximales en los territorios occidentales, las neoplasias distales persisten como preponderantes en el Japón y otras latitudes. La etiología de este viraje permanece ignota y se presume de génesis poliédrica.

2.2.2 Epidemiología mundial

Figura 3
Incidencia de casos



Absolute numbers, Incidence, Both sexes, in 2022
World
(Top 15 cancer sites)



Cancer TODAY | IARC - <https://gco.iarc.who.int/today>
Data version : Globocan 2022 [version 1.1]
© All Rights Reserved 2025

International Agency
for Research on Cancer
World Health
Organization

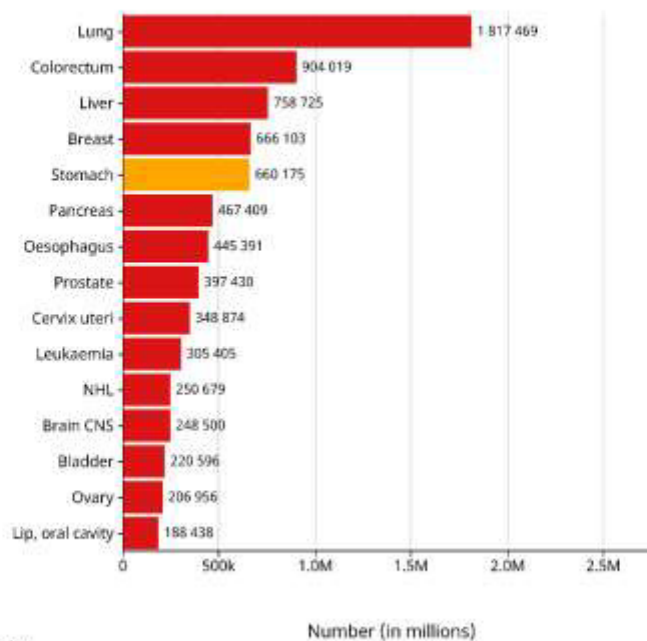
Nota. En el 2022 los números absolutos rebelan según el número de incidencias un total de 968 784 posicionándose el cáncer gástrico así en el 5 lugar del ranking. Tomado de “Cancer today”, por Global cancer observatory, 2022, *International Agency for Research on Cancer*.

Figura 4
Mortalidad de casos



Absolute numbers, Mortality, Both sexes, in 2022

World
(Top 15 cancer sites)



Cancer TODAY | IARC - <https://gco.iarc.who.int/today>
Data version : Globocan 2022 (version 1.1)
© All Rights Reserved 2025



Nota. El cáncer gástrico ocupa el 5 lugar en el mundo con un total de 660 175 muertes en el 2022.

Tomado de “Cancer today”, por Global cancer observatory, 2022, *International Agency for Research on Cancer*.

Figura 5
Tasa estandarizada por edad (mundo)

Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Both sexes, in 2022
Stomach



All rights reserved. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization / International Agency for Research on Cancer concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate borderlines for which there may not yet be full agreement.

Cancer TODAY | IARC
<https://gco.iarc.who.int/today>
Data version: Globocan 2022 (version 1.1) - 08.02.2024
© All Rights Reserved 2025

International Agency
for Research on Cancer
World Health
Organization

Nota. En América la tasa estandarizada por edad (mundial) por 100 000, incidencia ambos sexos en Perú es de 14.3. Esto nos posiciona en el Ranking 1° según dicho parámetro estadístico en América durante el 2022. Tomado de “Cancer today”, por Global cancer observatory, 2022, *International Agency for Research on Cancer.*

Figura 6
Números absolutos, incidencia, Ambos sexos

Números absolutos, Incidencia, Ambos sexos, en 2022

Estómago
 Continentes

Africa
 33 352 (3.4%)

LAC
 74 379 (7.7%)

Europe
 135 610 (14.0%)

Asia
 691 791 (71.4%)

Total : 968 784

Cancer TODAY | IARC - <https://gco.iarc.who.int/today>
 Data version : Globocan 2022 (version 1.1)
 © All Rights Reserved 2025

International Agency
 for Research on Cancer
 World Health
 Organization

Nota. En cuanto a continentes es el asiático quien reporta el mayor porcentaje de casos con un 71.4%, seguido de Europa con un 14%, Latinoamérica con un 7.7% y África con un 3.4 %. Tomado de “Cancer today”, por Global cancer observatory, 2022, *International Agency for Research on Cancer*.

Figura 7
Incidencias continentes. Ambos sexos

Población	Código de población (ISO/ONU)	Número	ASR (Mundo)	Tasa de crudo	Riesgo acumulado 74
África	903	33 352	4.0	2.4	0.46
América Latina y el Caribe	904	74 379	8.5	11.2	0.95
América del Norte	905	29 675	4.1	8.0	0.48
Europa	908	135 610	7.9	18.1	0.96
Oceania	909	3 977	5.5	9.1	0.63
Asia	935	691 791	11.0	14.9	1.3
Total		968 784	9.2	12.3	1.1

Nota. Tomado de “Cancer today”, por Global cancer observatory, 2022, *International Agency for Research on Cancer*.

Figura 8
Especificación continental según incidencias y ambos sexos de cáncer gástrico durante el 2022.

Mortality, Both sexes, In 2022
 All cancers

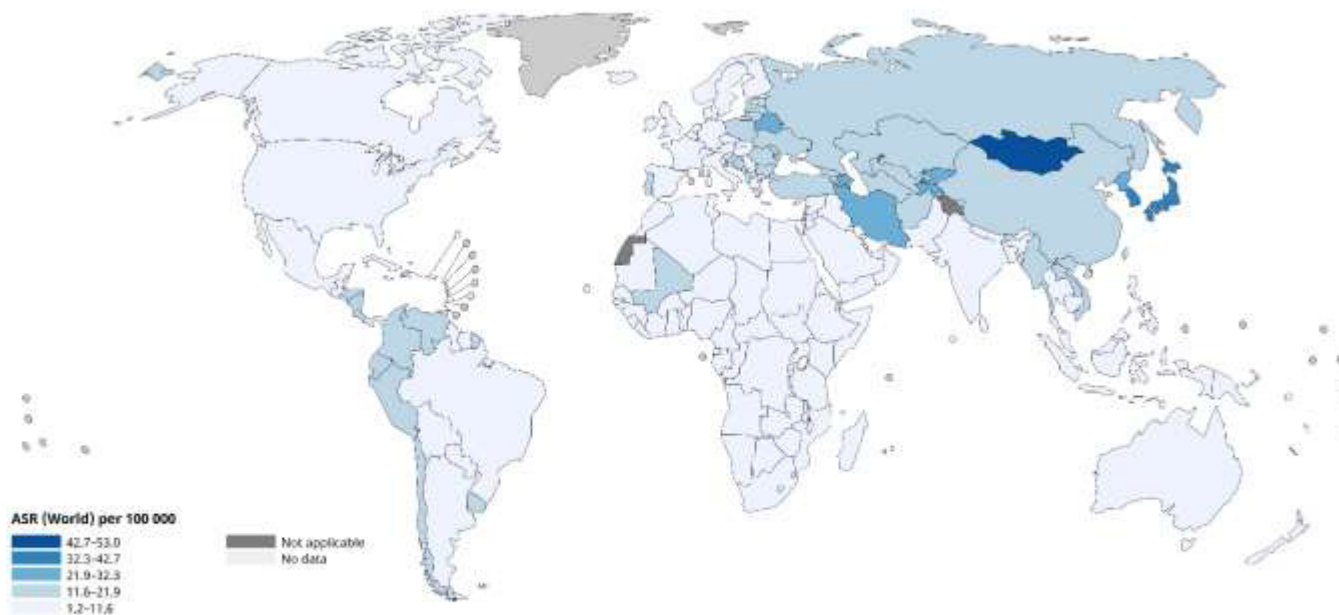
Population	Population code (ISO/UN)	Number	ASR (World)	Crude Rate	Cum. risk 74
Africa	903	763 843	88.9	54.3	9.3
Latin America and the Caribbean	904	749 242	85.5	112.6	8.9
Northern America	905	706 427	83.9	189.2	8.8
Europe	908	1 986 093	106.3	265.7	11.5
Oceania	909	73 776	93.4	168.6	9.3
Asia	935	5 464 451	88.0	117.6	9.3
Total		9 743 832	91.7	123.6	9.6

Nota. Tomado de “Cancer today”, por Global cancer observatory, 2022, *International Agency for Research on Cancer*.

Figura 9

Especificación continental según mortalidad en ambos sexos de cáncer gástrico durante el 2022

Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Males, in 2022
Stomach



All rights reserved. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization / International Agency for Research on Cancer concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate borderlines for which there may not yet be full agreement.

Cancer TODAY | IARC
<https://gco.iarc.who.int/today>
Data version: Globocan 2022 (version 1.1) - 08.02.2024
© All Rights Reserved 2025

International Agency
for Research on Cancer
World Health
Organization

Nota. Tasa estandarizada por edad (mundial) por 100 000 habitantes, incidencia, hombres, 2022.

Tomado de “Cancer today”, por Global cancer observatory, 2022, *International Agency for Research on Cancer*.

2.2.3 Epidemiología peruana

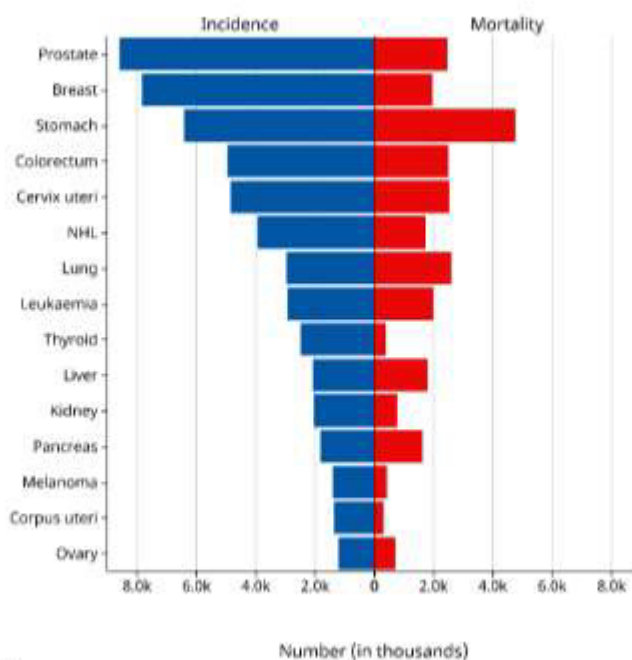
El Observatorio Planetario Oncológico (Globocan, por su acrónimo anglosajón), mediante un estudio de ámbito nacional, constató que la incidencia del carcinoma gástrico se incrementa anualmente en territorio peruano, situándose hasta el año 2022 como la neoplasia de mayor letalidad, con un saldo de 4767 decesos anuales, seguida por el carcinoma pulmonar con 2595 defunciones, y el adenocarcinoma prostático con 2433 fallecimientos por año. Dichos guarismos

son corroborados por el Seguro Social de Salud (EsSalud), entidad que reportó un ascenso de 2432 diagnósticos en 2019 a 4917 casos en 2023; es decir, una duplicación en el registro.

Figura 10

Números absolutos, incidencia y mortalidad, ambos sexos 2022

(Top 15 cancer sites)



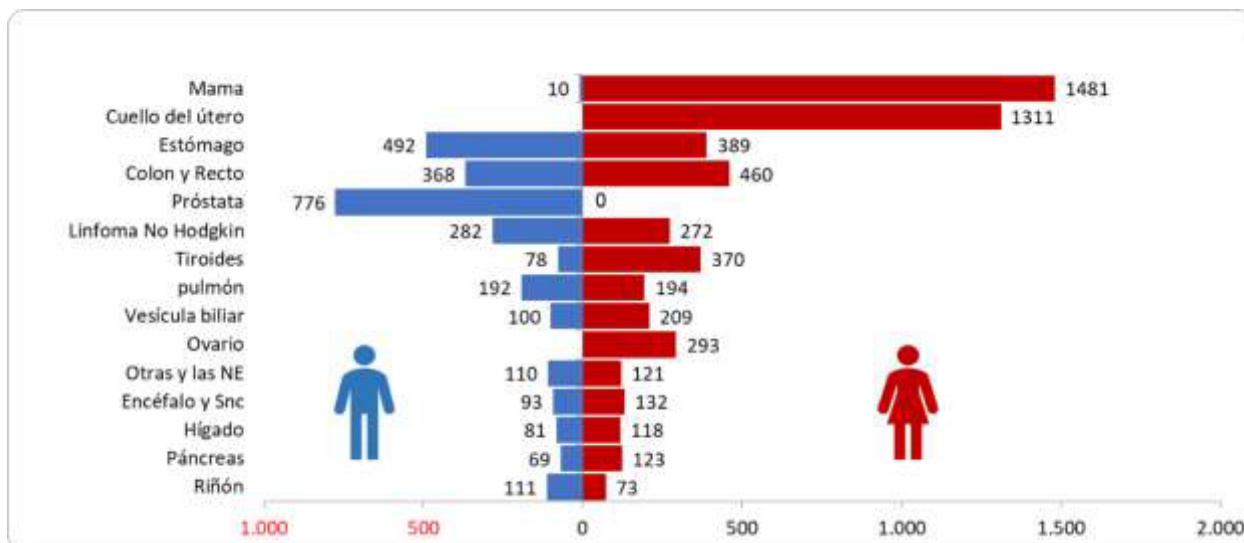
Cancer TODAY | IARC - <https://gco.iarc.who.int/today>
 Data version : Globocan 2022 (version 1.1)
 © All Rights Reserved 2025



Nota. Tomado de, *Los 15 principales sitios de cáncer*, por Global Cancer Observatory, 2022, International Agency for Research on Cancer.

Figura 11

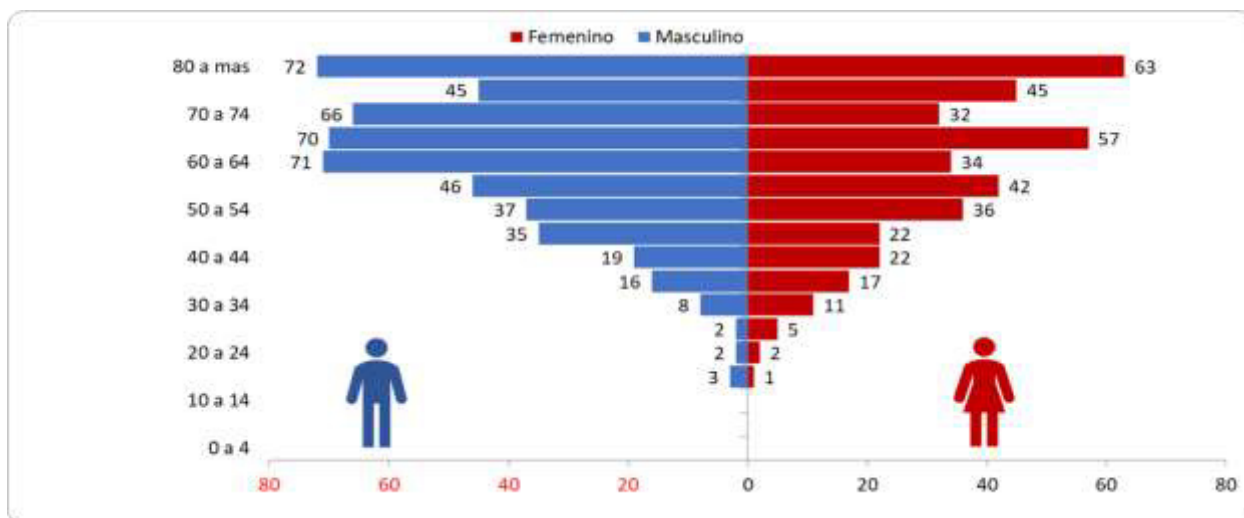
Distribución de casos registrados de cáncer según localización y sexo



Nota. Tomado de *sala situacional de cáncer en el Perú*, por Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2024, CDC Perú.

Figura 12

Distribución de casos registrados de cáncer de estómago por quinquenio y sexo



Nota. Durante el I semestre, cáncer de estómago se encuentra entre los primeros 05 cánceres tanto en el sexo masculino y femenino. Tomado de *Sala situacional de cáncer en el Perú*, por Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2024, CDC Perú.

Razón de mayor incidencia en hombres. El carcinoma en territorio peruano ostenta un sesgo femenino, conforme a los registros del Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud (Minsa), dado que, del compendio total de casos documentados en 2023, un 64.24% correspondió a mujeres. No obstante, entre las múltiples variantes oncológicas, únicamente el adenocarcinoma gástrico exhibe una superior prevalencia en la población masculina. Asimismo, constituye la segunda neoplasia de mayor incidencia en varones, únicamente precedida por el cáncer prostático.

Según lo consignado por Globocan, la enfermedad oncológica manifiesta una preponderancia creciente en el sexo masculino a partir de la sexta década vital. En relación a ello, la doctora Fátima Muro, especialista en oncología médica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), arguye que la supremacía del carcinoma gástrico en adultos varones obedece a componentes genéticos, influencias medioambientales y pautas dietéticas.

En la nación, la incidencia de carcinoma gástrico se torna cada vez más prominente entre los varones, con factores predisponentes tales como el modo de vida, el hábito tabáquico, entre otros.

Figura 13

Proyecciones de Globocan para el Perú en 2025

Estimated number of new cases from 2022 to 2025, Males and Females, age [0-85+]
Stomach



Nota. Conforme a las proyecciones de Globocan para Perú en el año 2025, se anticipa una contracción del 2.54% en la incidencia masculina; en contraste, se prevé un incremento del 1.9% en la incidencia femenina. Tomado de *Número estimado de nuevos casos de cáncer gástrico desde 2022 al 2025, varones y mujeres*, por Global Cancer Observatory, 2022, International Agency for Research on Cancer.

2.3 Factores de riesgo asociados

2.3.1 Medio ambiente

Las fluctuaciones territoriales en la manifestación del carcinoma gástrico insinúan que los patrones de vida y las prácticas alimentarias podrían ejercer influencia en su fenotipia clínica.

2.3.2 Estilo de vida

El carcinoma gástrico exhibe una correlación con la ingestión sostenida de hortalizas maceradas, pescado curado en sal, regímenes dietéticos hipersódicos, carnes sometidas a procesos de fumigación y el hábito tabáquico.

(Allehdan et al., 2022) consignó que la ingestión de lípidos saturados, monoinsaturados, poliinsaturados, esteroides, así como de ácidos grasos del tipo omega-6 y grasas trans, se vincula con un incremento del riesgo oncológico gástrico; de igual modo, (Yagual & Navarrete, 2020) documentaron que la ingestión copiosa de carnes sometidas a ahumado incrementa significativamente dicha propensión.

En consonancia (Thapa et al., 2019) constató que la ingesta exacerbada de sal conlleva a un aumento del daño epitelial, particularmente en individuos que cursan con gastritis crónica y/o infección por *Helicobacter pylori*; de modo análogo, (Shah & Bentrem, 2022), así como (Ilic & Ilic, 2022), observaron que el consumo elevado de sal, en conjunción con alimentos ultraprocesados, exagera el riesgo de carcinogénesis gástrica.

Adicionalmente, una escasa disponibilidad de vitamina D incrementa la susceptibilidad a la infección por *Helicobacter pylori*, favoreciendo la génesis de lesiones preneoplásicas (Assaad et al., 2018); asimismo, la hipovitaminosis D ha sido observada con mayor frecuencia entre pacientes aquejados de carcinoma gástrico, aunque sin evidenciar un impacto adverso sobre la supervivencia ni sobre la eficacia terapéutica (Obermannova et al., 2019).

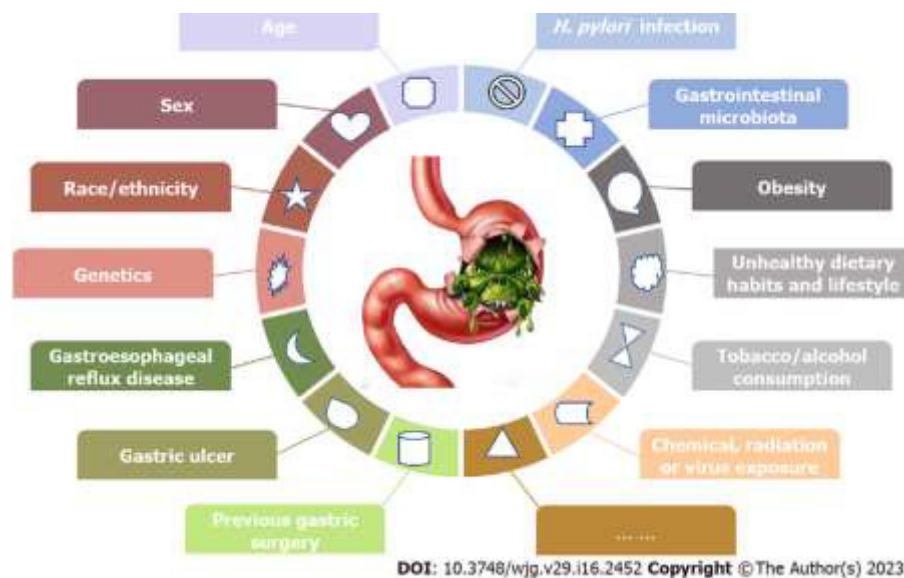
Por el contrario, la ingesta de vegetales enriquecidos con compuestos como el ajo muestra una relación inversa con el riesgo de desarrollo de carcinoma gástrico, planteando relevantes implicancias en el ámbito de la salud pública, dado que tales pautas dietéticas deberían ser promovidas como estrategia preventiva frente a esta neoplasia. (Su et al., 2023).

2.3.3 Factores hereditarios (Consejo genético)

La preponderancia de los episodios de carcinoma gástrico acontece de manera fortuita. Sin embargo, hasta un 10% de los casos se vincula a elementos heredogenéticos, siguiendo un patrón de mutaciones autosómicas de carácter dominante con elevada penetrancia. Dichas alteraciones afectan la línea germinal de los loci génicos implicados.

Figura 14

Resumen de factores de riesgo de cáncer gástrico



Nota. La patogenia del GC es compleja y se debe prestar más atención a las personas con mayor riesgo de cáncer gástrico para su vigilancia. Varios factores pueden afectar sintéticamente la aparición y el desarrollo del cáncer gástrico. Algunos factores de riesgo no son modificables, como la edad, el sexo, la raza/etnia y la genética y otros factores de riesgo controlables pueden incluir la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), la microbiota gastrointestinal, la obesidad, los hábitos alimentarios y el estilo de vida poco saludables, el consumo de tabaco y alcohol y la exposición a sustancias químicas, radiación o virus. Tomado de “Actualizaciones sobre epidemiología global, factores de riesgo y pronóstico del cáncer gástrico, por Wen, 2023, Revista Mundial de Gastroenterología, 29(16):2452-2468.

Cáncer gástrico familiar. Una proporción de los casos de cáncer gástrico tienen factores hereditarios en su desarrollo. The International Gastric Cancer Linkage Consortium (IGCLC) ha definido la clasificación del cáncer gástrico familiar.

Indicación de exámenes genéticos en cáncer gástrico hereditario difuso (HDGC). En el año 1998 se constituyó el tras el hallazgo de la vinculación entre el gen CDH1 y el cuadro sindrómico del Cáncer Gástrico Difuso Hereditario (HDGC). Conforme a las directrices clínicas más recientes de dicho colectivo, se establece como criterio para la indicación de asesoramiento y exploración genómica la coexistencia de dos o más consanguíneos afectados por carcinoma gástrico, siendo al menos uno de tipo difuso, sin importar la cronología etaria; adicionalmente, se incluye como indicación la presencia de carcinoma gástrico en sujetos menores de 40 años de edad, aun en ausencia de antecedentes familiares. Otros parámetros contemplan la aparición de carcinoma mamario de morfología lobulillar, historia hereditaria de fisura labial, así como entidades patológicas asociadas y hallazgos morfológicos en muestras de biopsia endoscópica o en piezas de resección gástrica.

Desde un enfoque operativo, se procede a la obtención de una muestra hemática del paciente seleccionado para la pesquisa. El mayor rendimiento analítico se obtiene evaluando al caso índice vivo portador de carcinoma gástrico. En situaciones donde ello no sea factible (por deceso del paciente o negativa a someterse al estudio), es posible efectuar el análisis en familiares de primer o segundo grado, aunque con menor eficacia diagnóstica, y un resultado negativo en este contexto no permite excluir la presencia de mutaciones en otros miembros de la familia.

Figura 15

Crterios para realizar test genético en pacientes con sospecha de cáncer gástrico hereditario difuso

Criterios establecidos
<ul style="list-style-type: none"> • Dos casos de cáncer gástrico, independiente de la edad, al menos uno confirmado difuso, en la familia • Caso con cáncer gástrico difuso menor de 40 años • Historia familiar o personal de cáncer gástrico difuso y cáncer de mama lobulillar, uno de los casos menor de 50 años
Familias en que se puede considerar estudiar
<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer lobulillar de mama bilateral o historia familiar de 2 o más casos de cáncer lobulillar de mama bajo los 50 años • Historia personal o familiar de labio leporino/paladar hendido en un paciente con cáncer gástrico difuso • Patólogo experto detecta células en anillo de sello in situ y/o diseminación pagetoide adyacente a un cáncer gástrico difuso

Nota. Tomado de “*Cáncer gástrico hereditario. Indicaciones de estudio genético ¿Cuándo y a quiénes?*”, por Norero, 2019, *Revista de cirugía*, Núm. 5 ([Vol. 71](#)).

Indicaciones de exámenes genéticos en cáncer gástrico hereditario o familiar intestinal. Esta entidad permanece hasta la fecha escasamente delimitada y, pese a la profusión de investigaciones, el acervo cognitivo al respecto sigue siendo restringido. Se contemplan como parámetros diagnósticos la presencia de dos o más consanguíneos afectados por carcinoma gástrico de estirpe intestinal, al menos uno de ellos diagnosticado antes de los 50 años de vida; o bien, la existencia de tres o más familiares con carcinoma gástrico intestinal, sin restricción etaria (véase Cuadro 2). Si bien no se ha identificado un gen específico responsable en esta entidad, resulta

pertinente aconsejar la realización de un tamizaje mediante panel genómico que abarque los síndromes vinculados a la oncogénesis gástrica; es decir: APC (síndrome de poliposis adenomatosa familiar), síndrome de Lynch-HNPCC (MLH1, MSH2, MSH6, PMS1, PMS2, EPCAM), poliposis juvenil (SMAD4, BMPR1A), síndrome de Peutz-Jeghers (STK11), síndrome de Li-Fraumeni (TP53) y cáncer hereditario de mama y ovario. (BRCA1-2).

Figura 16

Criterios diagnósticos para cáncer gástrico hereditario intestinal

- **Dos o más familiares con cáncer gástrico intestinal, uno de ellos diagnosticado bajo los 50 años**
- **Tres o más familiares con cáncer gástrico intestinal a cualquier edad**

Nota. Tomado de “*Familial gastric cancer: genetic susceptibility, pathology, and implications for management*”, por Oliveira, 2015, *The Lancet*, Núm. 16(2).

2.4 Cuadro clínico

2.4.1 Signos y síntomas

En las fases incipientes del carcinoma gástrico pueden manifestarse los siguientes signos y sintomatologías: sensación temprana de plenitud gástrica, dispepsia de curso progresivo (trastorno digestivo), náuseas, hiporexia selectiva (aversión alimentaria hacia determinados comestibles) y algia epigástrica.

En estadios más avanzados del neoplasma estomacal pueden sobrevenir las siguientes manifestaciones: hemorragia digestiva de tracto alto, emesis, emaciación ponderal, intensificación de la algia epigástrica y/o dolor abdominopélvico, presencia de tumoración abdominal palpable, ictericia, acumulación ascítica y disfagia.

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

Conforme a la arquitectura metodológica de la presente indagación, esta corresponde a un estudio no experimental de índole transversal, ejecutado sin intervención intencionada sobre las variables, en un espacio-temporal concreto. De orientación cuantitativa, con metodología de carácter descriptivo y diseño transversal, los participantes adultos fueron provistos de un artefacto de recolección de datos en formato físico tipo cuestionario. Se recurrió a la técnica de indagación por encuesta, siendo el dispositivo empleado un cuestionario compuesto por las siguientes secciones: preámbulo introductorio, datos generales y aspectos específicos. Dicho instrumento fue confeccionado de manera estructurada, contemplando las dimensiones teóricas y los indicadores pertinentes.

Esquema: **M** → **O**

Dónde:

M= Muestra con quienes se realizará el estudio, representado por los pacientes.

O= Observación de la muestra

3.2 Ámbito temporal y espacial

La presente investigación se realizará durante los meses octubre a diciembre del año 2024, en el consultorio de medicina del centro de salud Mirones Bajos bajo la dirección de la tutora asignada a interno.

3.3 Variables

Variable: Nivel de conocimiento de los pacientes sobre prevención de cáncer gástrico.

Definición conceptual: Constituye la amalgama de vivencias y acervo informativo que posee el individuo en torno a la dolencia, así como el repertorio de actuaciones o intervenciones existentes para la profilaxis de dicha afección en el colectivo poblacional. A ello se suma que la prevención se orienta a suprimir o atenuar la incidencia de una patología o disfunción específica, en este caso procurando mitigar el impacto de los elementos etiológicos que propician el cáncer, lo que implica una reducción del nivel de vulnerabilidad individual frente a las consecuencias de los factores causales.

Definición Operativa: Se refiere al conjunto de nociones, concepciones y postulados sobre la prevención que albergan los usuarios del centro de salud Mirones Bajos, en lo relativo al carcinoma gástrico, las cuales serán evaluadas mediante un instrumento tipo cuestionario, del cual se derivará un valor categorizado como alto, medio o bajo.

Dimensiones: factores heredo-genéticos, factores medioambientales, factores biológicos, detección precoz.

Indicadores:

- Factores Heredo-genéticos: Cronoedad, condición sexual, antecedentes heredofamiliares, enfermedades predisponentes al desarrollo de cáncer.
- Factores Medioambientales: Naturaleza de la ocupación laboral, ingestión de alimentos recalentados, consumo de productos ultraprocesados, ingesta excesiva de sal, irregularidad horaria en la alimentación, hábito tabáquico.
- Factores biológicos: Presencia de bacterias como *Helicobacter pylori*.

- Detección Precoz del Carcinoma Gástrico: Manifestaciones clínicas y sintomatológicas, consulta médica para fines preventivos, realización de procedimientos endoscópicos, toma de muestras para biopsia.

Escala de medición: ordinal.

3.4 Población y muestra

Cohorte poblacional: la cohorte estará constituida por un centenar de usuarios del establecimiento sanitario Mirones Bajos.

Muestra: se empleó un muestreo de tipo censal, dado que se abordó la totalidad del universo de estudio, es decir, los 100 pacientes adscritos al Centro de Salud Mirones Bajos. Se optó por esta estrategia probabilística al contemplarse la totalidad de la población como muestra, considerando su dimensión reducida.

3.4.1 *Criterios de inclusión*

Serán incorporados en la presente pesquisa todos aquellos pacientes que satisfagan las siguientes prerrogativas:

- Usuarios que reciben atención en el centro sanitario Mirones Bajos.
- Pacientes adultos con una cronología vital de 18 años o superior.
- Individuos que accedieron a participar de manera voluntaria en la presente investigación, previa suscripción del consentimiento informado.
- Sujetos con competencias funcionales en comprensión, expresión oral y escrita en idioma castellano.

3.4.2 Criterios de exclusión

Quedarán exentos de la presente investigación los individuos que cumplan con alguno de los siguientes criterios:

- Pacientes que manifestaron su negativa a participar, es decir, que no otorgaron el consentimiento informado.
- Pacientes diagnosticados con carcinoma gástrico.
- Sujetos que presenten alteraciones neuropsiquiátricas, deficiencias auditivas o pérdida completa de la visión.

3.5 Técnicas e instrumentos

Durante el acopio de la información se implementó la técnica de sondeo estructurado, utilizando como artefacto de medición un cuestionario validado por la autora Cutipa Clemente Kelly (2010), compuesto por 24 reactivos, con una escala dicotómica de puntuación: 0 para respuesta incorrecta y 1 para respuesta acertada.

El dispositivo fue sometido a un riguroso proceso de validación mediante el método de juicio pericial; para ello, tres especialistas en la temática del carcinoma gástrico examinaron el contenido del instrumento, valorando su congruencia temática y formulando recomendaciones pertinentes para optimizar su aplicabilidad.

Para la ejecución de la presente pesquisa, se realizaron las diligencias administrativas correspondientes, canalizadas a través de una misiva formal dirigida al galeno jefe del establecimiento, así como a la tutora responsable del internado médico adscrito al Centro de Salud Mirones Bajos. Tras la obtención de la venia institucional, se procedió con la fase de acopio de

datos, destinando un intervalo temporal aproximado de entre 10 y 15 minutos para la aplicación individualizada del instrumento a cada participante.

3.6 Procedimientos

Se procederá a gestionar la correspondiente autorización ante la entidad sanitaria, mediante solicitud dirigida al responsable máximo del Centro de Salud Mirones Bajos.

Se establecerán los diálogos pertinentes para coordinar la implementación del dispositivo de recolección de datos, el cual será administrado bajo condiciones de absoluto anonimato y reserva, al no contener identificación nominativa del paciente. La totalidad del corpus informativo recopilado quedará bajo la titularidad exclusiva del investigador.

Se informará que la participación en el presente ejercicio investigativo será de naturaleza enteramente voluntaria y anónima, garantizando que las respuestas individuales no serán divulgadas de manera particularizada, sino consolidadas en representaciones gráficas o tabulares de carácter colectivo.

3.7 Análisis de datos

El artefacto metodológico empleado en la presente indagación corresponde al cuestionario elaborado por Cutipa Clemente, el cual fue sometido a un proceso de validación tanto de contenido como de constructo, mediante la técnica de Juicio de Expertos. A partir de este procedimiento, se incorporaron sugerencias emitidas por los especialistas para optimizar la calidad del instrumento. Posteriormente, se aplicó la Prueba Binomial, arrojando un valor p inferior a 0.05, lo cual certificó la validez del dispositivo.

El cuestionario consta de 24 reactivos orientados a evaluar el nivel de saberes en torno a la profilaxis del carcinoma gástrico y fue cumplimentado por una cohorte de 100 usuarios del Centro de Salud Primavera, ubicado en el distrito de El Agustino.

3.8 Consideraciones éticas

- Principio de Autonomía: Los participantes conservan plena libertad para ejercer su voluntad y tomar decisiones soberanas, incluso tras haber intervenido en el estudio.
- Principio de Beneficencia: Se actuará en todo momento procurando el bienestar supremo de los participantes; el propósito esencial de esta pesquisa es conferir un beneficio tangible a todo paciente que acceda a participar, favoreciendo la expansión de su acervo cognitivo en relación con la profilaxis del carcinoma gástrico.
- Confidencialidad: Se comunicará de manera explícita, en el marco del intercambio personal con cada participante, que los datos obtenidos serán gestionados bajo estrictos criterios de reserva y no serán divulgados bajo circunstancia alguna.
- Respeto: Se privilegiará el uso de un discurso dialogante, acompañado de paciencia y empatía frente a las respuestas y necesidades de los pacientes; en todo momento se les brindará orientación oportuna y se resolverán sus inquietudes y cuestionamientos.

IV. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del estudio, a fin de realizar el respectivo análisis e interpretación de los datos y llegar a las conclusiones respectivas.

Del total usuarios del centro de salud Mirones bajos el 100% (100), el 48% fueron mujeres, y el 52% varones.

En cuanto a edades del 100% (100), 3% tenían edades entre 18 a 20 años, 6% edades entre 22 a 25 años, 2% tenían edades entre 27 a 30 años, 4% tenían edades de 32 a 37, y el 85% de 38 a más.

Tabla 1

Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico.

Nivel de conocimiento	Intervalo	Total	Porcentaje
Bajo	0 a 10	26	26%
Medio	11-13	54	54%
Alto	14-24	20	20%
Total		100	100%

Nota. Elaboración propia

En el gráfico, se puede observar del 100% (100) de usuarios, el nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago es el siguiente: 54% (54) presentan un nivel de conocimiento medio, 26% (26) un nivel de conocimiento bajo y 20% (20) un nivel conocimiento alto.

Tabla 2

Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico según la dimensión factores Genéticos

Nivel de conocimientos	Intervalo	Total	Porcentaje
Bajo	0 a 1	17	17
Medio	2 a 3	65	65
Alto	4 a 5	18	18
Total		100	100%

Nota. Elaboración propia

En el gráfico se puede observar del 100% (100) de usuarios, el nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en el factor genético es el siguiente: 17% (17) presentan un nivel de conocimiento bajo, 65% (65) un nivel medio y 18% (18) un nivel alto.

Tabla 3

Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico según la dimensión factores Medio Ambientales

Nivel de conocimiento	Intervalo	Total	Porcentaje
Bajo	0 a 4	24	24
Medio	5 a 6	74	74
Alto	7 a 8	2	2
Total		100	100%

Nota. Elaboración propia

En el gráfico se puede observar del 100% (100) de usuarios, el nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en el factor medioambiental es el siguiente: 24% (24) presentan un nivel de conocimiento bajo, 74% (74) un nivel medio y 2% (2) un nivel alto.

Tabla 4

Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico, según la dimensión factores Biológicos en los pacientes atendidos en el consultorio de medicina interna del centro de salud Mirones bajos.

Nivel de conocimiento	Intervalo	Total	Porcentaje
Bajo	0 a 1	36	36
Medio	2	54	54
Alto	3	10	10
Total		100	100%

Nota. Elaboración propia

En el gráfico se puede observar del 100% (100) de usuarios, el nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en el factor biológico es el siguiente: 36% (36) presentan un nivel de conocimiento bajo, 54% (54) un nivel medio y 10% (10) un nivel alto.

Tabla 5

Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico, según la dimensión factores de detección temprana en los pacientes atendidos en el consultorio de medicina interna del centro de salud Mirones bajos.

Nivel de conocimiento	Intervalo	Total	Porcentaje
Bajo	0 a 1	20	20
Medio	2-3	57	57
Alto	4-8	23	23
Total		100	100%

Nota. Elaboración propia

En el gráfico se puede observar del 100% (100) de usuarios, el nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en el factor biológico es el siguiente: 20% (20) presentan un nivel de conocimiento bajo, 57% (57) un nivel medio y 23% (23) un nivel alto.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El cáncer de estómago tiene mayor incidencia en diagnosticarse a partir de los sesenta años de edad. Sin embargo, se constatan registros nacionales donde la aparición es mucho más temprana (a rango inclusive, de menores de 20 años).

El cáncer gástrico se encuentra entre los primeros 5 cánceres tanto en el sexo masculino y femenino a nivel del Perú. Dentro de los varios tipos de cáncer, solo en el de estómago se reporta con mayor incidencia en hombres. Además, es el segundo cáncer de mayor incidencia en hombres, detrás del de próstata.

La mayor cantidad de pacientes que fueron encuestados y que fueron atendidos en el consultorio de medicina del Centro de salud Mirones bajos tienen edades que oscilan entre 38 años a más.

La mayoría usuarios que acuden al consultorio de medicina del Centro de Salud Mirones Bajo, tienen edades entre 38 a más, siendo de estos la mayoría varones, por lo cual se deduce que la mayoría pacientes del centro de salud Mirones bajos se encuentran próximo o dentro del grupo de riesgo a desarrollar cáncer gástrico, por lo que es imprescindible que el grupo reconozca considerar medidas de prevención para evitar mencionada patología.

En el gráfico N°1 los hallazgos del estudio acerca del nivel de conocimiento en la prevención del cáncer gástrico, los resultados generales muestran que un 54% tienen niveles de conocimiento medio y estos están dados por factores de riesgo genéticos, medioambientales y biológicos, que predispone a esta neoplasia.

El resultado de la presente investigación concuerda con el estudio de Alghamdi et al. (2023) titulado: “Conocimiento y concienciación sobre el cáncer gástrico entre la población general de la

ciudad de Al-Baha, Arabia Saudita” quienes concluyen que los participantes tenían un nivel moderado de conocimientos sobre los factores de riesgo y los síntomas del cáncer gástrico.

La presente investigación concuerda además con Herrera (2023) quien concluye, que el nivel de conocimiento de cáncer gástrico de los internos de medicina humana se encuentra en un nivel medio.

Así como también con Khaling (2021). En su investigación mostró que, en la prueba previa, 43 (71,67%) de ellos tenían un nivel inadecuado de conocimiento, 17 (28,33%) de ellos tenían un nivel moderado de conocimiento y ninguno de ellos tenía un nivel adecuado de conocimiento con respecto a los factores de riesgo y la prevención del cáncer de estómago.

El presente estudio coincide con Zhang et al. (2023) quienes realizan un estudio donde se obtuvieron un total de 545 cuestionarios completados. Los trabajadores de la salud tenían un nivel de conocimiento moderado. Los trabajadores de la salud tienen un nivel moderado de conocimientos, una actitud positiva y un nivel excelente de práctica en materia de EGC.

Por lo expuesto se analiza que los pacientes atendidos en el centro de salud Mirones Bajos tienen un nivel de conocimientos medio con tendencia al bajo sobre prevención en las dimensiones factor genético, medioambiental, biológico y detección temprana.

En el grafico N° 2 se evidencia que el nivel de conocimiento de los pacientes del centro de salud Mirones Bajos en el factor genético es medio (65%).

El resultado de este estudio concuerda con lo realizado por Franco (2024). En su estudio llega a la conclusión: Los factores de riesgo asociados al cáncer gástrico son con asociaciones significativas la edad mayor de 50 años, sexo masculino, obesidad, infección por *Helicobacter Pylori*, tener grupo sanguíneo A, sufrir de gastritis atrófica y consumo de tabaco o alcohol.

Es importante tener en cuenta que diversos factores, como las alteraciones genéticas, los antecedentes familiares, los síndromes hereditarios, la edad y el sexo, así como condiciones como la anemia perniciosa, la enfermedad de Menetrier, la gastritis atrófica y el tipo de ocupación laboral, constituyen riesgos significativos para desarrollar cáncer de estómago. Esta realidad se refleja en la alta frecuencia de diagnósticos de este tipo de cáncer en el país.

Por lo descrito, se puede afirmar que el factor de riesgo genético puede contribuir al desarrollo del cáncer gástrico. El nivel de conocimiento que tienen los pacientes que asisten al centro de salud Mirones Bajos es moderado, lo que implica que su riesgo de padecer esta enfermedad es menor.

En el gráfico N° 3 se evidencia que el nivel de conocimiento de los pacientes del centro de salud Mirones Bajos en el factor medio ambiental es medio (74%) con tendencia a bajo (24%).

Esto concuerda con Olando (2019), con el propósito de valorar el grado de conocimiento en torno a la prevención del cáncer gástrico, en cuanto a los factores medioambientales, el 93% obtuvo un nivel medio. Cabe mencionar el contexto de su población, pues esta era conformada por estudiantes de la salud.

El conocimiento sobre el factor medioambiental se refiere a las condiciones que impactan la salud del estómago, ya sea por el consumo de alimentos contaminados o por aquellos que resultan dañinos para su revestimiento. La alimentación juega un papel fundamental en este aspecto; sin embargo, también se deben considerar la higiene personal en la preparación de los alimentos y el consumo de tabaco como factores relevantes dentro del entorno medioambiental.

La calidad de la alimentación no siempre es la óptima y está influenciada por diversos factores, como la publicidad y la fácil disponibilidad de alimentos ultra procesados. Estos factores aumentan el riesgo de consumo de componentes carcinogénicos, como ciertos conservantes

artificiales. Además, la forma en que se preparan los alimentos a menudo se relaciona con prácticas que carecen de la higiene adecuada, lo que puede favorecer infecciones por *Helicobacter pylori*, un agente carcinogénico. Asimismo, el uso excesivo de ciertos ingredientes, como la sal, el vinagre, las carnes curadas y las carnes ahumadas, puede representar un riesgo adicional para la salud del estómago.

Se puede concluir que el factor de riesgo medioambiental desempeña un papel crucial en el desarrollo del cáncer de estómago. Además, el nivel de conocimiento que tienen los pacientes que visitan el centro de salud Mirones Bajos es medio. Esta situación presenta una oportunidad para que los profesionales de la salud, junto con los medios de comunicación, orienten a estos pacientes hacia un estilo de vida más saludable, comenzando con una alimentación sana y nutritiva.

En el gráfico N.º 4 se muestra que el factor biológico es uno de los que pueden producir cáncer gástrico. El nivel de conocimientos que tienen los pacientes que acuden al centro de salud Mirones Bajos es medio (54%) con tendencia a bajo (36%); los aspectos relacionados con el nivel medio incluyen el conocimiento sobre la identificación del *Helicobacter pylori* como una de las causas del cáncer de estómago.

Es fundamental comprender que esta bacteria puede provocar lesiones que, a su vez, podrían llevar al desarrollo de cáncer gástrico. Además, es importante saber si el *Helicobacter pylori* puede causar cáncer por sí solo, sin la influencia de otros factores de riesgo.

Y esto concuerda con la investigación de Eulogio y Narciso (2018) quienes concluyen que el presentar infección por *Helicobacter pylori*, ser del sexo masculino, edad mayor a 60 años y con añadir sal a las comidas fueron factores de riesgo para desarrollar cáncer gástrico. Existe asociación estadísticamente significativa entre la infección por esta bacteria y la presencia de cáncer gástrico diagnosticado endoscópicamente.

El conocimiento relacionado con los factores biológicos vinculados al cáncer gástrico tendrá una influencia significativa en la mejora de las condiciones higiénicas de los encuestados. Esta mejora impactará directamente en la notable reducción de la infección por *Helicobacter pylori*. A su vez, esta disminución conllevará a una menor probabilidad de desarrollar cáncer gástrico, dado que dicha bacteria desempeña un papel fundamental en la aparición de gastritis crónica y úlceras pépticas, constituyendo un factor primordial en el desarrollo de cáncer gástrico.

En el grafico N° 5 se muestra que el factor de detección temprana se evidencia que el nivel de conocimiento de los pacientes del centro de salud Mirones Bajos, es medio con un 57%, alto (23%) y bajo con un 20%. Dentro de las barreras para la detección oportuna de cáncer gástrico está la automedicación, insolvencia económica y el desconocimiento.

Esta estadística es equiparable a lo estipulado por Olando (2018), en el cual se concluye que, en relación con el nivel de conocimiento en prevención del cáncer gástrico y el parámetro detección temprana, el 74% de los estudiantes encuestados denotó un nivel de conocimiento medio, un 6% califico un nivel de conocimiento bajo respecto a esta temática.

Al aumentar la concienciación en la ciudadanía acerca de los factores de riesgo modificables, se puede prevenir e inclusive evitar el desarrollo del cáncer. En este sentido, se facilita la detección temprana y un tratamiento eficaz, lo que permite frenar la progresión de la enfermedad en sus etapas más avanzadas.

Afianzando estos datos se colige, que, con una comprensión adecuada sobre la detección precoz del cáncer gástrico, los individuos podrán prevenir esta patología mediante la adopción de hábitos y estilos de vida saludables, así como mediante la realización de chequeos regulares. Es esencial que reconozcan la importancia de la endoscopia en la identificación temprana de trastornos gástricos, dado que esto les permitirá obtener un diagnóstico más preciso y mejorar la

calidad de vida de los pacientes. Un mayor nivel de conocimiento sobre los factores asociados a la detección temprana del cáncer gástrico alentará a las personas a someterse a exámenes incluso antes de la aparición de síntomas, aumentando así la probabilidad de identificar la enfermedad en una etapa inicial y tratable. Aquellos que cuenten con antecedentes familiares y factores de riesgo deben priorizar la realización de dichas pruebas.

VI. CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos en los usuarios que acuden al servicio de medicina del Centro de Salud Mirones Bajos sobre prevención de cáncer gástrico, es medio con tendencia a bajo; esto se manifiesta en las dimensiones factor genético, medioambiental y biológico.
- El nivel de conocimientos en los usuarios que acuden al servicio de medicina del Centro de Salud Mirones Bajos sobre prevención de cáncer gástrico, en el factor de riesgo genético es medio, y esto se evidencia que no consideran que los antecedentes familiares, los síndromes hereditarios, la edad y el sexo, la anemia perniciosa, la enfermedad de Menetrier, la gastritis atrófica y el tipo de ocupación laboral pueden ser factores de riesgo para padecer cáncer de estómago.
- El nivel de conocimientos en los usuarios que acuden al servicio de medicina del Centro de Salud Mirones Bajos sobre prevención de cáncer gástrico, en el factor de riesgo medio ambiental es medio con tendencia a bajo.
- El nivel de conocimientos en los usuarios que acuden al servicio de medicina del Centro de Salud Mirones Bajos sobre prevención de cáncer gástrico, en el factor de riesgo biológico es medio con tendencia a bajo.

VII. RECOMENDACIONES

- Es imperativo fortalecer el trabajo multidisciplinario que integre al personal médico y nutricionistas, con el fin de facilitar el acceso de la población a dietas saludables. Esta colaboración permitirá la incorporación de conocimientos sobre el consumo de alimentos protectores contra el cáncer gástrico. Otorgar especial atención a las personas a partir de los 38 años, puesto que constituyen el grupo principal en riesgo de desarrollar esta patología.
- Se sugiere llevar a cabo investigaciones adicionales sobre el mismo tema, pero enfocándose en diferentes variables que influyen en el grado de conocimiento acerca de la prevención del cáncer gástrico, tales como la edad, el nivel socioeconómico, el grado educativo, así como el acceso a internet y a otros canales de comunicación, dimensiones no tratadas en esta investigación.
- Es fundamental que la comunidad de este distrito lleve a cabo tamizajes en detección oportuna, especialmente en los adultos mayores donde se dirige el principal grupo etario de riesgo.
- Se sugiere al centro de salud después de un tamizado e identificación de pacientes vulnerable a casos, charlas y asesoramientos en prevención del cáncer gástrico, dando enfoque en los parámetros
- Se sugiere al personal médico la constante capacitación de este problema de salud pública.

- Se sugiere motivar a los usuarios de los consultorios realizarse sus exámenes periódicos, considerando que esta enfermedad al inicio no presenta síntomas de consideración.

VIII. REFERENCIAS

- Alghamdi, A. G., Alshareef, A. M., Alzahrani, A. T., Alharthi, Z. S., Alghamdi, S. S., Alghamdi, A. M., Alzahrani, F. A., & Alzahrani, R. A. (2023). *Knowledge and awareness about gastric cancer among the general population in Al-Baha City, Saudi Arabia*. *Cureus*, 15(5), e39589. <https://doi.org/10.7759/cureus.39589>
- Allehdan, S., Bassil, M., Alatrash, R. M., Al-Jaberi, T., Hushki, A., Rayyan, Y., Dahoud, M., Abu-Elteen, K., & Tayyem, R. F. (2022). *Macronutrients intake and risk of stomach cancer: Findings from case-control study*. *Nutrients*, 14(12), 2373. <https://doi.org/10.3390/nu14122373>
- Assaad, S., Chaaban, R., Tannous, F., & Costanian, C. (2018). *Dietary habits and Helicobacter pylori infection: A cross-sectional study at a Lebanese hospital*. *BMC Gastroenterology*, 18(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12876-018-0775-1>
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2018). *Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016*. Ministerio de Salud del Perú. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/315255/2.pdf>
- Crowe, S. E. (2019). *Helicobacter pylori infection*. *The New England Journal of Medicine*, 380(12), 1158–1165. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1710945>
- EUROGAST Study Group. (1993). *An international association between Helicobacter pylori infection and gastric cancer*. *The Lancet*, 341(8857), 1359–1362.
- Figueiredo, C., Camargo, M. C., Leite, M., Fuentes-Pananá, E. M., Rabkin, C. S., & Machado, J. C. (2017). *Pathogenesis of gastric cancer: Genetics and molecular classification*. En

- Current topics in microbiology and immunology (Vol. 400, pp. 277–304). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-50520-6_12
- Franco Lizarbe, D. L. (2024). *Factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en pacientes diagnosticados del Hospital Regional de Ica 2018–2022* [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio de la Universidad Privada San Juan Bautista.
<https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/b872592f-3fe6-4aed-a916-1413ea320379>
- Gil Otero, S. (2019). *Nivel de conocimiento acerca de la prevención del cáncer de estómago en los estudiantes que cursan el Programa de la Maestría en Docencia Superior, Centro Regional Universitario de San Miguelito, 2018* [Tesis de maestría, Universidad de Panamá]. Repositorio Institucional Digital de la Universidad de Panamá. https://up-rid.up.ac.pa/1812/1/silena_gil.pdf
- Guilford, P., Hopkins, J., Harraway, J., McLeod, M., McLeod, N., Harawira, P., Taite, H., Scoular, R., Miller, A., & Reeve, A. E. (1998). *E-cadherin germline mutations in familial gastric cancer*. *Nature*, 392(6674), 402–405. <https://doi.org/10.1038/32918>
- Herrera Meléndez, F. M. (2023). *Nivel de conocimiento de cáncer gástrico en internos de medicina humana - Universidad Privada San Juan Bautista, filial Chorrillos 2022* [Tesis de bachiller, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio de la Universidad Privada San Juan Bautista.
<https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/7ad7f32a-cc5d-40d3-9f08-56ccf7614b0e/content>
- Hsu, P.-I., Lai, K.-H., Hsu, P.-N., Lo, G.-H., Yu, H.-C., Chen, W.-C., Tsay, F.-W., Lin, H.-C., Tseng, H.-H., Ger, L.-P., & Chen, H.-C. (2007). *Helicobacter pylori infection and the*

- risk of gastric malignancy*. American Journal of Gastroenterology, 102(4), 725–730.
<https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2006.01109.x>
- Sánchez Huamán, S. L. (2020). *Nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en estudiantes de medicina humana de una universidad privada, Lima 2020* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional Universidad César Vallejo.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/46373>
- Ilić, M., & Ilić, I. (2022). *Epidemiology of stomach cancer*. World Journal of Gastroenterology, 28(12), 1187–1203. <https://doi.org/10.3748/wjg.v28.i12.1187>
- Jakszyn, P., Bingham, S., Pera, G., Agudo, A., Luben, R., Welch, A., Boeing, H., Del Giudice, G., Palli, D., Saieva, C., Krogh, V., Sacerdote, C., Tumino, R., Panico, S., Berglund, G., Simán, H., Hallmans, G., Sánchez, M. J., Larrañaga, N., ... González, C. A. (2006). *Endogenous versus exogenous exposure to N-nitroso compounds and gastric cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC-EURGAST) study*. Carcinogenesis, 27(7), 1497–1501. <https://doi.org/10.1093/carcin/bgl019>
- Karimi, P., Islami, F., Anandasabapathy, S., Freedman, N. D., & Kamangar, F. (2014). *Gastric cancer: Descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention*. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention. 23(5), 700–713. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-13-1057>
- Khaling, D. R., Kc, S., & Malla, C. (2017). *A Study to Evaluate the Effectiveness of Self-Instructional Module on Knowledge Regarding Risk Factors and Prevention of Stomach Cancer among Professional Students at Selected Colleges, Bangalore*. Med Phoenix, 2(1), 8–11. <https://doi.org/10.3126/medphoenix.v2i1.18379>

- Mendoza, D., Herrera, P., Gilman, R. H., Lanfranco, J., Tapia, M., Bussalleu, A., Huerta-Mercado Tenorio, J., Guillén-Rodríguez, C. E., Tagle Arróspide, M., Piscocoya, A., Rosas-Aguirre, A., Watanabe-Yamamoto, J., Ferrufino, J. C., Scavino, Y., & Ramírez-Ramos, A. (2008). *Variation in the prevalence of gastric cancer in Peru*. *International Journal of Cancer*, 123(2), 414–420. <https://doi.org/10.1002/ijc.23420>
- Norero M. (2019). *Cáncer gástrico hereditario: Indicaciones de estudio genético, ¿cuándo y a quiénes?* *Revista de Cirugía*, 71(5), 458–467. <https://doi.org/10.35687/s2452-45492019005535>
- Obermannová, R., Valík, D., Hasenclever, D., Zdražilová-Dubská, L., Hacker, U., Demlová, R., Selingerová, I., & Lordick, F. (2019). *High prevalence of severe hypovitaminosis D in patients with advanced gastric cancer treated with first-line chemotherapy with or without anti-EGFR-directed monoclonal antibody (EXPAND trial) showing no prognostic impact*. *European Journal of Cancer*, 116, 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.05.011>
- Oliveira, C., Pinheiro, H., Figueiredo, J., Seruca, R., & Carneiro, F. (2015). *Familial gastric cancer: Genetic susceptibility, pathology, and implications for management*. *The Lancet Oncology*, 16(2), e60–e70. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)71016-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)71016-2)
- Olano Oblitas, D. (2018). *Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio de la Universidad Nacional de Cajamarca. <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2779>
- Palomino Asto, K. J., Pozo Pérez, M., & Ramírez Galindo, D. C. (2022). *Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio*

- externo de gastroenterología del Hospital Regional de Ayacucho, 2022.* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio de la Universidad Nacional del Callao.
- https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAC_ea4c55ac4d7fd38737a64f9798e4fc02
- Peleteiro, B., Lopes, C., Figueiredo, C., & Lunet, N. (2011). *Salt intake and gastric cancer risk according to Helicobacter pylori infection, smoking, tumour site and histological type.* British Journal of Cancer, 104(1), 198–207. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605993>
- Ramírez Ramos, A., & Sánchez Sánchez, R. (2008). *Helicobacter pylori y cáncer gástrico.* Revista de Gastroenterología del Perú, 28(3), 258–266.
- <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/516>
- Shah, D., & Bentrem, D. (2022). *Environmental and genetic risk factors for gastric cancer.* Journal of Surgical Oncology, 125(7), 1096–1103. <https://doi.org/10.1002/jso.26869>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). *Cancer statistics, 2023.* CA: A Cancer Journal for Clinicians, 73(1), 17–48. <https://doi.org/10.3322/caac.21763>
- Smyth, E. C., Nilsson, M., Grabsch, H. I., van Grieken, N. C. T., & Lordick, F. (2020). *Gastric cancer.* The Lancet, 396(10251), 635–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31288-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31288-5)
- Su, X.-Q., Zhang, Y., Yang, J., Ma, Y., Zhang, Y., Liu, Y., & Zhang, H. (2023). *Allium vegetable intake associated with the risk of incident gastric cancer: a continuous follow-up study of a randomized intervention trial.* The American Journal of Clinical Nutrition, 117(1), 22–32. <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2022.10.017>

- Thapa, S., Fischbach, L. A., Delongchamp, R., Faramawi, M. F., & Orloff, M. (2019). *The association between salt and potential mediators of the gastric precancerous process*. *Cancers*, 11(4), 535. <https://doi.org/10.3390/cancers11040535>
- Torres, L., & Erikson, J. (2018). *Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico en pobladores del distrito de La Victoria durante el período julio-octubre del 2016*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio de la Universidad de San Martín de Porres. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/3217>
- Torres-Román, J. S., & Grados-Sánchez, O. (2015). *Cáncer gástrico en el Perú: Una realidad susceptible de cambio*. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 35(3), 276. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292015000300013
- Warren, J. R., & Marshall, B. J. (1983). *Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis*. *The Lancet*, 1(8336), 1273–1275. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(83\)92719-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(83)92719-8)
- World Health Organization. (2020). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today>
- Yang, W.-J., Zhao, H.-P., Yu, Y., Wang, J.-H., Guo, L., Liu, J.-Y., Pu, J., & Lv, J. (2023). *Updates on global epidemiology, risk and prognostic factors of gastric cancer*. *World Journal of Gastroenterology*, 29(16), 2452–2468. <https://doi.org/10.3748/wjg.v29.i16.2452>
- Yan, L., Chen, Y., Chen, F., Tao, T., Hu, Z., Wang, J., You, J., Wong, B. C. Y., Chen, J., & Ye, W. (2022). *Effect of Helicobacter pylori eradication on gastric cancer prevention: Updated report from a randomized controlled trial with 26.5 years of follow-up*. *Gastroenterology*, 163(1), 154–162.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2022.03.039>

- Yagual Villón, A. A., & Navarrete Pacheco, J. (2020). *Factores de riesgo de cáncer de estómago, Hospital Abel Gilbert Pontón: Estudio transversal*. *Oncología (Ecuador)*, 30(2), 95–105. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1141303/480-textos-fuente-1936-1-10-20201219.pdf>
- Zhang, H., Zhao, C., Song, C., Wu, Y., Wei, D., & Li, X. (2023). *Knowledge, attitude, and practice of healthcare workers on early gastrointestinal cancer in China*. *Frontiers in Public Health*, 11, 1191699. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1191699>

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE DIMENSIÓN
Nivel de conocimiento en los pacientes sobre prevención de cáncer gástrico	El conocimiento sobre la prevención del cáncer gástrico se compone de las experiencias y la información que el individuo tiene sobre la enfermedad, así como de los procedimientos o medidas que se utilizan para prevenir la enfermedad en la población. La prevención tiene como objetivo eliminar o disminuir la frecuencia de una enfermedad o problema, en este caso disminuir el impacto de los factores que causan el cáncer, lo cual incluye una disminución del grado individual en relación con la consecuencia de las causas.	Es el grupo de ideas, conceptos, enunciados sobre prevención que tienen los pacientes atendidos en el consultorio de medicina del centro de salud Mirones Bajos y que se relacionan con el cáncer gástrico, el cual mediremos a través de un cuestionario del cual se obtendrá un valor final alto, medio o bajo.	Factores Genéticos.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Antecedentes Familiares • Enfermedades que elevan el riesgo de padecer cáncer 	Ordinal
				<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de trabajo. • Alimentos recalentados. • Comida chatarra. • Consumo elevado desal. • Comida a deshoras. • Consumo de tabaco 	
Nivel de conocimiento en los pacientes sobre prevención de cáncer gástrico	El conocimiento sobre la prevención del cáncer gástrico se compone de las experiencias y la información que el individuo tiene sobre la enfermedad, así como de los procedimientos o medidas que se utilizan para prevenir la enfermedad en la población. La prevención tiene como objetivo eliminar o disminuir la frecuencia de una enfermedad o problema, en este caso disminuir el impacto de los factores que causan el cáncer, lo cual incluye una disminución del grado individual en relación con la consecuencia de las causas.	Es el grupo de ideas, conceptos, enunciados sobre prevención que tienen los pacientes atendidos en el consultorio de medicina del centro de salud Mirones Bajos y que se relacionan con el cáncer gástrico, el cual mediremos a través de un cuestionario del cual se obtendrá un valor final alto, medio o bajo.	Factores Medioambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Bacterias (<i>Helicobacter pylori</i>). • Signos y síntomas • Consulta médica • Información preventiva • Endoscopia • Biopsia 	Ordinal
				<ul style="list-style-type: none"> • Factores Biológicos. • Detección temprana del cáncer gástrico 	

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

Buenas tardes, el presente cuestionario es para la obtención de información necesaria para el estudio del Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico en pacientes.

Estimada(o), la siguiente encuesta tiene el objetivo de favorecer en mejorar su servicio a través del conocimiento. De antemano le agradezco su participación y aporte en la investigación.

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta de este cuestionario y marque con un aspa (X) la alternativa que a Ud. Le parezca correcta, por favor que sea totalmente sincera.

I. DATOS GENERALES

Edad

- a) 18 a 20 años ()1
- b) 22 a 25 años () 2
- c) 27 a 30 años () 3
- d) 32 a 37 años () 4
- e) 38 a más () 5

Sexo

- a) Hombre ()1
- b) Mujer ()2

Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico en pacientes

DIMENSIÓN 1: FACTORES GENÉTICOS DE CÁNCER GÁSTRICO

1. ¿En qué edades cree que es más frecuente el cáncer de estómago?
 - a) 20 a 29 años
 - b) 30 a 39 años

c) 40 a 49 años

d) 50 a 59 años

e) 60 años a más

2. ¿En qué sexo cree que se presenta mayor número de casos de cáncer de estómago?

a) Hombres

b) Mujeres

c) Ambos

d) No sabe

3. ¿Considera que tener familiares con cáncer de estómago representa un riesgo para que Ud. también lo tenga algún día?

a) Sí

b) No

4. ¿Existen enfermedades que elevan el riesgo de padecer cáncer de estómago?

a) Sí

b) No

5. Si la respuesta anterior fue si, en las enfermedades que a continuación se mencionan, ¿cuáles considera que aumentan el riesgo de aparición de cáncer de estómago?

a. Anemia perniciosa

b. Hepatitis

c. Tuberculosis

d. Gastritis atrófica

DIMENSIÓN 2: FACTORES MEDIOAMBIENTALES DE CÁNCER GÁSTRICO

6. De los siguientes tipos de trabajos, señale aquel que se relacione con mayor riesgo de aparición de cáncer de estómago
- a) Industria del carbón, llantas, fundición de hierro y acero
 - b) Industria de cuadernos, lapiceros, muebles de escritorio
 - c) Industria de ropa de algodón, lino y polyalgodón
 - d) Industria del transporte
7. ¿Qué alimentos cree que están mayormente relacionados a la aparición de cáncer de estómago?
- a) frutas y hortalizas (naranja, papaya, brócoli, etc.)
 - b) Lácteos (leche, queso, etc.)
 - c) Embutidos (jamón, chorizo, salchichas, etc.)
 - d) Productos de pastelería (tortas, queques, bizcochos, etc.)
8. ¿Qué alimentos cree que son PROTECTORES contra el cáncer de estómago?
- a) Frutas y hortalizas (naranja, papaya, brócoli, etc.)
 - b) Lácteos (leche, queso, etc.)
 - c) Embutidos (jamón, chorizo, salchichas, etc.)
 - d) Productos de pastelería (tortas, queques, bizcochos, etc.)
9. ¿Comer alimentos preparados el día anterior (recalentados), aumentaría el riesgo de padecer de cáncer de estómago?
- a) Sí
 - b) No

10. Consumir sal en exceso, ¿aumentaría el riesgo de padecer cáncer de estómago?
- a) Sí
 - b) No
11. Comer a cualquier hora el desayuno, almuerzo o cena, ¿aumentaría el riesgo de padecer cáncer de estómago?
- a) Sí
 - b) No
12. ¿Cree que la selección adecuada de alimentos reduciría el riesgo de padecer cáncer de estómago?
- a) Sí
 - b) No
13. ¿Cree que hábitos nocivos como fumar frecuentemente aumenta el riesgo de padecer cáncer de estómago?
- a) Sí
 - b) No

DIMENSIÓN 3 FACTORES BIOLÓGICOS DE CÁNCER GÁSTRICO

14. La bacteria que está reconocida como la “que da origen” al cáncer de estómago es...
- a) Salmonella
 - b) Helicobacter pylori
 - c) H1N1
 - d) Ninguna

15. La bacteria que Ud. escogió, ¿por sí sola es capaz de originar el cáncer de estómago?

- a) Sí
- b) No

16. ¿Esta bacteria podría causar lesiones en el estómago que pudieran convertirse en cáncer de estómago?

- A) Sí
- b) No

DIMENSIÓN 4: DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER GÁSTRICO.

17. ¿Con qué signos y síntomas asocia usted el cáncer de estómago?

- 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 de estómago?

- a) Sí
- b) No
- c) No sé

19. ¿Para Ud. es importante recibir información que contribuya a la prevención del cáncer de estómago?
- a) Sí
 - b) No
 - c) No Sé
20. ¿Conoce Ud. que la prueba de endoscopia es importante para la prevención del cáncer de estómago?
- a) Sí
 - b) No
 - c) No sé
21. ¿Conoce Ud. que la biopsia es importante para la prevención del cáncer de estómago?
- a) Sí
 - b) No
 - c) No sé
22. Las pruebas de endoscopia 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 de estómago
 - c) Identificar la presencia de *Helicobacter pylori*
 - d) No conozco para que sirve estas pruebas
23. ¿Con qué frecuencia considera Ud. que se debe realizar la endoscopia?
- a) Siempre que el médico lo indique.
 - b) Una vez al mes

- c) Una vez al año
 - d) Una vez cada 2 años
 - e) Nunca
 - f) 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

Gracias por su colaboración

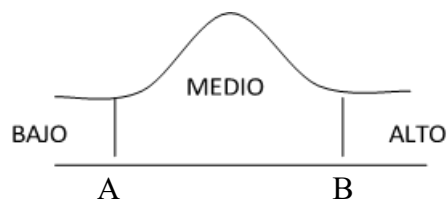
Anexo C. Estadística en dimensión factores genéticos

ESCALA DE ESTANONES: FACTORES GENETICOS

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss:

$$X \pm (0.75xS)$$

X = Promedio De Los Puntajes, S = Desviación Estándar



Conocimiento:

$$a = 2.58 - 0.75 (1.056) = 1.788$$

$$b = 2.58 + 0.75 (1.056) = 3.372$$

NIVEL DE CONOCIMIENTO	INTERVALO
BAJO	0 – 1
MEDIO	2 – 3
ALTO	4 – 5

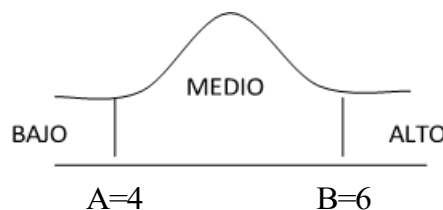
Anexo D. Estadística en dimensión factores medioambientales

ESCALA DE ESTANONES: FACTORES MEDIO AMBIENTALES

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss:

$$X \pm (0.75 \times S)$$

X = Promedio De Los Puntajes, S = Desviación Estándar



\bar{x}	4,99
σ	0.81

Conocimiento:

$$a = 4,99 - 0.75 (0,81) = 4,3825 = 4$$

$$b = 4,99 + 0.75 (0,81) = 5.5975 = 6$$

NIVEL DE CONOCIMIENTO	INTERVALO
BAJO	0 – 4
MEDIO	5 – 6
ALTO	7 – 8

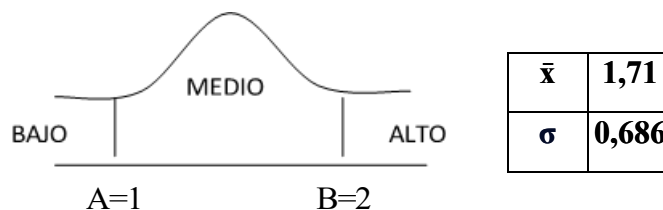
Anexo E. Estadística en dimensión factores biológicos

ESCALA DE ESTANONES: FACTORES BIOLÓGICOS

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss:

$$X \pm (0.75 \times S)$$

X = Promedio De Los Puntajes, S = Desviación Estándar



Conocimiento:

$$a = 1,71 - 0.75 (0.686) = 1,1955 = 1$$

$$b = 1,71 + 0.75 (0.686) = 2,2245 = 2$$

NIVEL DE CONOCIMIENTO	INTERVALO
BAJO	0 – 1
MEDIO	2
ALTO	3

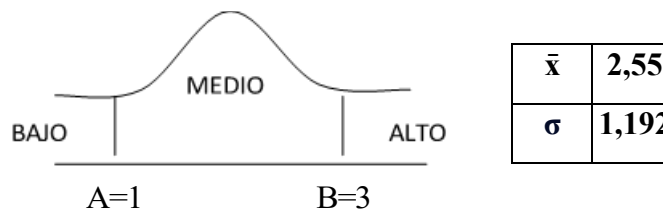
Anexo F. Estadística dimensión detección temprana

ESCALA DE ESTANONES: DETECCIÓN TEMPRANA

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss:

$$X \pm (0.75 \times S)$$

X = Promedio De Los Puntajes, S = Desviación Estándar



Conocimiento:

$$a = 2,55 - 0.75 (1.192) = 1.656 = 1$$

$$b = 2,55 + 0.75 (1.192) = 3,444 = 3$$

NIVEL DE CONOCIMIENTO	INTERVALO
BAJO	0 – 1
MEDIO	2 – 3
ALTO	4 – 8

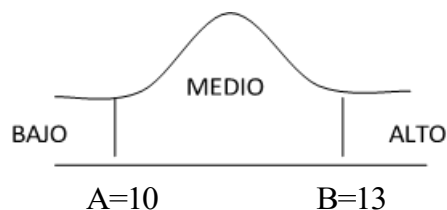
Anexo G. Estadística en dimensión Nivel de conocimientos

ESCALA DE ESTANONES: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CANCER GASTRICO

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss:

$$X \pm (0.75xS)$$

X = Promedio De Los Puntajes, S = Desviación Estándar



Conocimiento:

$$a = 11.83 - 0.75 (1.959) = 10.36075$$

$$b = 11.83 + 0.75 (1.959) = 13.29925$$

NIVEL DE CONOCIMIENTO	INTERVALO
BAJO	0 – 10
MEDIO	11 – 13
ALTO	14 – 24

Anexo H. Prueba binomial. Juicio de expertos

Ítems a evaluar	NUMERO DE JUECES EXPERTOS								
	1	2	3	4	5	6	7	8	P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035

Positiva =1 (Si)

Negativa =0 (No)

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa

Anexo I. Solicitud De Ejecución De Instrumento a directora de Centro de Salud

A: Dra. Margarita Rodríguez Montesinos

Directora de Centro de Salud Mirones Bajos. Jefa RIS 1, Cercado de Lima.

De: Pedro Luis Almeyda Ramírez

Interno de medicina humana UNFV.

ASUNTO: Solicitud de ejecución de instrumento en el marco de Tesis para obtención de Título profesional de médico cirujano.

FECHA: 1 octubre 2024.

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarle cordialmente. Solicito a Usted se me otorgue el permiso respectivo, para realizar el recojo de información (encuesta) como instrumento, para la realización de la investigación de la tesis para optar por el grado de médico cirujano titulada:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD MIRONES BAJOS LIMA 2024

Dicho instrumento pretende obtener información sobre conocimiento y medidas preventivas sobre la prevención del cáncer gástrico en los pacientes atendidos en el consultorio de medicina, se aplicará del mes de octubre al 31 diciembre del presente año 2024.

Desde ya agradezco su disposición y su colaboración.

Atentamente

Pedro Luis Almeyda Ramírez

DNI: 73769020

FIRMA - SELLO
JEFE MEDICO - CENTRO DE SALUD
 MARGARITA RODRIGUEZ MONTESINOS
 DIRECTORA DE CENTRO DE SALUD MIRONES BAJOS

Anexo J. Solicitud De Ejecución De Instrumento a Tutora de Centro de Salud



Universidad Nacional
Federico Villarreal

A: Dra. María Elena Hora Carreño

Tutora a cargo en Centro de Salud Mirones Bajos.

De: Pedro Luis Almeyda Ramírez

Interno asignado de medicina humana UNFV.

ASUNTO: Solicitud de ejecución de instrumento en el marco de Tesis para obtención de Título profesional de médico cirujano. **FECHA:** 1 octubre 2024.

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarle cordialmente. Solicito a Usted se me otorgue el permiso respectivo, para realizar el recojo de información (encuesta) como instrumento, para la realización de la investigación de la tesis para optar por el grado de médico cirujano titulada:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD MIRONES BAJOS LIMA 2024

Dicho instrumento pretende obtener información sobre conocimiento y medidas preventivas sobre la prevención del cáncer gástrico en los pacientes atendidos en el consultorio de medicina, se aplicará del mes de octubre al 31 diciembre del presente año 2024.

Desde ya agradezco su disposición y su colaboración.

Atentamente

Pedro Luis Almeyda Ramírez

DNI: 73769020


 PERÚ Ministerio de Salud Dirección de Salud Integral y Atención Primaria
 CENTRO DE SALUD MIRONES BAJOS

 María Elena Hora Carreño
 FIRMA Y SELLO MÉDICO CIRUJANO
 CENTRO DE SALUD

Anexo K. Tabla De Encuestas

Pregunta	FACTORES GENETICOS					P.T	FACTORES MEDIO AMBIENTALES							P.T	FACTORES BIOLÓGICOS			P.T	DETECCION TEMPRANA								P.T	PUNTAJE TOTAL	
	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	11	12		13	14	15		16	17	18	19	20	21	22	23			24
Paciente 1	0	1	1	0	1	3	0	0	1	1	1	1	0	0	4	1	1	1	3	1	1	0	0	1	1	0	1	5	15
Paciente 2	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	1	1	4	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	2	9
Paciente 3	0	0	1	1	1	3	0	0	0	0	1	1	1	1	4	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2	10
Paciente 4	1	1	1	1	0	4	0	0	0	0	1	1	1	1	4	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Paciente 5	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	4	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	3	9
Paciente 6	0	0	0	1	1	2	0	1	0	1	1	1	1	1	6	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	2	11
Paciente 7	1	0	1	1	0	3	0	0	1	0	1	1	1	0	4	1	0	1	2	1	0	1	1	0	0	0	0	3	12
Paciente 8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	4	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	8
Paciente 9	1	1	0	0	1	3	0	0	1	0	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Paciente 10	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	8
Paciente 11	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	9
Paciente 12	1	1	1	0	0	3	0	0	0	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2	11
Paciente 13	1	1	0	0	1	3	0	0	0	0	1	1	1	1	4	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	10
Paciente 14	1	1	1	1	1	5	1	0	0	0	1	1	1	0	4	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	4	14
Paciente 15	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	1	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	8
Paciente 16	1	0	1	1	1	4	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	4	14
Paciente 17	1	1	0	0	1	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	4	13
Paciente 18	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	1	1	1	0	4	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	8
Paciente 19	1	0	1	0	1	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	5	14
Paciente 20	0	1	1	1	1	4	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	3	14
Paciente 21	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0	2	10
Paciente 22	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	4	0	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	2	9
Paciente 23	1	1	1	0	0	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	1	1	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	12
Paciente 24	0	1	0	1	0	2	1	1	0	0	1	1	1	1	6	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Paciente 25	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	4	0	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	2	9
Paciente 26	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	6	0	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	3	12
Paciente 27	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	0	1	1	0	1	1	0	0	4	12
Paciente 28	1	0	1	0	1	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	1	0	1	1	0	1	0	1	5	15
Paciente 29	1	0	1	0	1	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	0	1	0	1	0	0	4	15
Paciente 30	0	1	0	1	0	2	1	1	0	0	1	1	1	0	5	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	9
Paciente 31	0	1	1	1	1	4	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	3	14
Paciente 32	1	0	1	0	1	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	3	13
Paciente 33	1	1	1	0	0	3	0	1	0	0	1	1	1	0	4	1	1	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	2	12
Paciente 34	1	0	1	1	0	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	2	12
Paciente 35	1	0	1	0	1	3	1	1	0	0	1	1	1	0	5	0	1	1	2	0	0	1	1	0	1	0	0	3	13
Paciente 36	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	6	1	1	1	3	1	0	0	1	1	1	0	0	4	14
Paciente 37	1	0	1	1	1	4	0	0	0	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Paciente 38	0	1	1	1	1	4	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0	2	13
Paciente 39	1	1	0	0	1	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	12
Paciente 40	1	1	0	0	1	3	0	1	0	1	1	1	1	1	6	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	2	12
Paciente 41	1	1	0	0	1	3	1	1	0	0	1	1	1	1	6	0	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	2	13
Paciente 42	1	0	1	1	0	3	1	1	0	0	1	1	1	1	6	0	1	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	3	14
Paciente 43	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	2	11
Paciente 44	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	11
Paciente 45	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	2	11
Paciente 46	0	1	0	0	1	2	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	10
Paciente 47	1	0	1	0	1	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	0	1	0	0	0	1	0	1	3	13
Paciente 48	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	4	0	1	1	2	1	0	1	0	0	1	1	0	4	11
Paciente 49	1	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	2	11
Paciente 50	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	4	12
Paciente 51	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	1	1	4	1	0	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	3	11
Paciente 52	0	0	1	1	1	3	0	0	0	0	1	1	1	1	4	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Paciente 53	1	1	0	1	0	3	0	0	1	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	0	1	0	0	0	1	0	0	2	12
Paciente 54	1	1	0	0	1	3	0	0	1	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	3	13
Paciente 55	1	0	1	0	1	3	1	1	1	0	1	1	1	1	7	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4	15
Paciente 56	0	0	1	1	1	3	1	1	1	0	1	1	1	1	7	1	0	1	2	1	1	1	0	1	1	0	0	5	17
Paciente 57	0	0	1	1	0	2	1	1	0	0	1	1	1	1	6	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	4	13
Paciente 58	0	0	1	1	1	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	2	11
Paciente 59	1	0	1	1	0	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	2	1	0	0	0	0	1	0	0	2	12
Paciente 60	1	1	0	1	0	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	2	11
Paciente 61	1	1	0	0	0	2	0	1	1	0	1	1	1	1	6	1	1	1	3	1	0	0	0	0	0	1	0	2	13
Paciente 62	1	0	0	1	0	2	0	0	1	0	1	1	1	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	11
Paciente 63	0	1	1	1	0	3	0	1	1	0	1	1	1	1	6	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	12
Paciente 64	0	1	1	0	0	2	0																						

