

UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:

**MAGÍSTER EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN
NUTRICIÓN COMUNITARIA**

TEMA:

**Relación del estado nutricional con la calidad de vida en los adultos mayores con
cáncer de estómago que acuden al hospital Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón,
Guayas, enero a septiembre 2022.**

AUTORA:

Lcda. Glenda Yanina Cárdenas Plúas

Director

Marlene Elizabeth Sánchez Mata

Milagro, 2022

Derechos de autor

Sr. Dr.

Fabrizio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Cárdenas Plúas Glenda Yanina** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magister en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Comunitaria**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud Pública, medicina paliativa y enfermedad que afecta a la población** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **11 de noviembre del 2022**



Firma digitalizada por:
**GLENDA YANINA
CARDENAS PLUAS**

Cárdenas Plúas Glenda Yanina
0919636324

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
DIRECCIÓN DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA**

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGISTER EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN COMUNITARIA**, presentado por **CÁRDENAS PLÚAS GLENDA YANINA**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL CON LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES CON CÁNCER DE ESTÓMAGO QUE ACUDEN AL HOSPITAL GUAYAQUIL, DR. ABEL GILBERT PONTÓN, GUAYAS, ENERO A SEPTIEMBRE 2022.", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	58.33
DEFENSA ORAL	35.00
PROMEDIO	93.33
EQUIVALENTE	Muy Bueno



Escanea el código QR para:
**EMILY GABRIELA
BURGOS GARCIA**

Mgs. BURGOS GARCIA EMILY GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Escanea el código QR para:
**LORENA DANIELA
DOMINGUEZ BRITO**

Mgs. DOMINGUEZ BRITO LORENA DANIELA
VOCAL



Escanea el código QR para:
**STEFANY
DENISE GOMEZ
OLAYA**

GOMEZ OLAYA STEFANY DENISE
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

Aprobación del Director del Trabajo de Titulación

Yo, **Marlene Elizabeth Sánchez Mata** en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Cárdenas Plúas Glenda Yanina** cuyo tema es **Relación del estado nutricional con la calidad de vida en los adultos mayores con cáncer de estómago que acuden al hospital Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas, enero a septiembre 2022**. Que aporta a la Línea de Investigación Salud Pública, medicina paliativa y enfermedad que afecta a la población, previo a la obtención del Grado **Magíster en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Comunitaria**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 11 de Noviembre del 2022



Firmado electrónicamente por:

**MARLENE
ELIZABETH
SANCHEZ MATA**

Marlene Elizabeth Sánchez Mata
0909261364

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi principal heroína mi madre y a su 2 años de lucha, a mi Padre que me supo sembrar ese amor al trabajo diario, bajo algún sacrificio que se presente, sin ustedes esto no sería posible.

Lcda Glenda Cárdenas

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme los conocimiento y sabiduría, a la universidad por otorgarme este crecimiento laboral, a mi totura que sacaba tiempo para avanzar la tesis, a mis profesores, coordinadores de la institución, al área de oncología del hospital Guayaquil Abel Gilbreth Pontón que me permitió tomar la muestra para mi trabajo, a mi familia hermano y sobrina que siempre me dieron su apoyo incondicional y a todas las persona que aportaron un grano de arena en esta larga travesía a ese gran tiempo de los fines de semana que durante un año nos tubo prisionera en casa con el único objetivo de poder culminar la carrera y obtener el titulo.

Lcda. Glenda Cárdenas

Resumen

La calidad de vida del adulto mayor se deteriora a un ritmo acelerado por la presencia del cáncer de estómago, debido a los cambios internos (metabolismo) o externos (tratamiento) sufridos durante el proceso de esta enfermedad. **Objetivo.** determinar el estado nutricional en adultos mayores con cáncer de estómago en la mejora de la calidad de vida en los pacientes que acude al Hospital de Guayaquil Dr. Abel Gilber Potón

Metodología: implementada fue descriptiva, correlacional, con un diseño cualitativo, y semicuantitativo. La muestra está conformada por 70 pacientes del área de oncología del hospital entre las edades de 65 a 90 años. En los **resultados** obtenidos se encontró que el rango de edad es frecuente de 65 ± 70 años en un 41%; con respecto al sexo masculino predomina el 60%; en la etnia mestiza prevalece el 77%; en cuanto al índice de masa corporal se encuentra el 61% de bajo peso; el estadio B del cáncer de estómago según la valoración global subjetiva se presenta con mayor frecuencia; en base a la clasificación por estadios, el estadio IV es del 41,4%; el tratamiento sugerido fue de gastrectomía total en un 52,8%; cabe destacar que en la calidad de vida se identificó relación con el estado nutricional moderado en: dificultad para concentrarse 44%; depresión 64%; y pérdida de memoria 55%; dolor 56%; pérdida de apetito 64%; náuseas 64%; y diarrea 54%. **Conclusión:** Se debe tener en cuenta que el cáncer gástrico es una neoplasia que genera una alta mortalidad y afecta la calidad de vida por lo cual se debe establecer una adecuada Dietoterapia de acuerdo a los requerimientos individuales del paciente considerando también las preferencias, la cultura y los efectos secundarios como las alteraciones organolépticas que se presentan por el tratamiento, además es importante el apoyo psicosocial del entorno.

Palabras clave: Cáncer De Estómago, Estado Nutricional, Hábitos Alimentarios, Calidad De Vida.

Abstract

The quality of life of the elderly deteriorates at an accelerated rate due to the presence of stomach cancer, due to the internal (metabolism) or external (treatment) changes suffered during the process of this disease. Objective. determine the nutritional status in older adults with stomach cancer in improving the quality of life in patients attending the Hospital de Guayaquil Dr. Abel Gilber Potón Methodology: implemented was descriptive, correlational, with a qualitative design, and semi-quantitative. The sample is made up of 70 patients from the oncology area of the hospital between the ages of 65 and 90 years. In the results obtained, it was found that the age range is frequent 65 ± 70 years in 41%; with respect to the masculine sex predominates 60%; in the mestizo ethnic group, 77% prevail; Regarding the body mass index, 61% are underweight; stage B of stomach cancer according to subjective global assessment occurs more frequently; based on staging, stage IV is 41.4%; the suggested treatment was total gastrectomy in 52.8%; It should be noted that in quality of life, a relationship with moderate nutritional status was identified in: difficulty concentrating 44%; depression 64%; and memory loss 55%; pain 56%; loss of appetite 64%; nausea 64%; and diarrhea 54%. Conclusion: It should be taken into account that gastric cancer is a neoplasm that generates high mortality and affects quality of life, for which an adequate diet therapy should be established according to the individual requirements of the patient, also considering preferences, culture and secondary effects such as organoleptic alterations that occur due to the treatment, in addition, the psychosocial support of the environment is important.

Keywords: Stomach Cancer, Nutritional Status, Eating Habits, Quality Of Life.

ÍNDICE

Resumen	vii
Abstract.....	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Delimitación del problema.....	6
1.3. Formulación del problema.....	7
1.4. Sistematización del problema	7
1.5. Determinación del tema	8
1.6. Objetivo general.....	8
1.7. Objetivos específicos	8
1.8. Hipótesis	8
1.9. Declaración de las variables	9
1.10. Alcance y limitaciones.....	14
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	15
2.1. Antecedentes	15
2.1.1. Antecedentes históricos.....	15
2.1.2. Antecedentes Referenciales.....	16
2.2. Contenido Teórico que fundamenta la investigación.....	18
2.2.1. Adulto mayor.....	18
2.2.1.1. Estómago.....	18
2.2.1.1.1. Anatomía del estómago	18

2.2.1.1.2. Fisiologíopatología.....	19
2.2.1.1.3. Alteraciones que se produce a nivel celular.....	20
2.2.2. Cáncer de estómago	20
2.2.2.1. Factores de Riesgo	20
2.2.2.2. Clasificación del cáncer gástrico por estadio	21
2.2.2.3. Manifestaciones clínicas del cáncer de estómago	22
2.2.2.4. Diagnóstico	23
2.2.2.5. Complicaciones.....	23
2.2.2.6. Evaluación del estado nutricional.....	24
2.2.2.6.1. Valoración global subjetiva (VGS)	24
2.2.2.6.2. Dietoterapia.....	24
2.2.2.7. Tratamientos	27
2.2.2.7.1. Radioterapia.....	27
2.2.2.7.2. Cirugía: Gastrectomía.....	27
2.2.2.7.3. Quimioterapia.....	27
2.2.2.8. Calidad de Vida en Pacientes con cáncer de estómago	28
2.2.2.9. Prevención.....	29
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	32
3.1. Tipo y diseño de la investigación	32
3.1.1. Tipo de investigación	32
3.1.2. Diseño de la investigación	32
3.2. La población y la muestra	32
3.2.1. Características de la población.....	33
3.2.2. Delimitación de la población	33
3.2.3. Tipo de muestra.....	33

3.2.4. Tamaño de muestra.....	33
3.2.5. Proceso de selección.....	33
3.3. Los métodos y las técnicas	34
3.3.1. Métodos teóricos	34
3.3.2. Método empíricos	34
3.3.3. Técnicas e instrumentos.....	34
3.3.3.1. Valoración global subjetiva.....	34
3.3.3.2. Historia clínica.....	36
3.3.3.3. Frecuencia de consumo	37
3.3.3.4. Calidad de vida	37
3.4. Consideraciones Éticas.....	37
3.5. Procesamiento estadístico de la información.....	37
CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	38
4.1. Análisis de la situación actual	38
4.2. Análisis comparativo	63
4.3. Verificación de las hipótesis.....	65
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
5.1. Conclusiones.....	76
5.2. Recomendaciones	78
BIBLIOGRAFIA	79

Lista de tablas

Tabla 1. Distribución porcentual de acuerdo al rango de edad en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.	38
Tabla 2. Distribución porcentual de acuerdo al sexo en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.....	39
Tabla 3. Distribución porcentual segun la étnia en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.	40
Tabla 4. Distribución porcentual de acuerdo al índice de masa corporal en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.	41
Tabla 5. Distribución porcentual del consumo de lácteos y derivados en los pacientes con cáncer de estómago del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.....	43
Tabla 6. Distribución porcentual del consumo de huevos, carnes y pescado en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.	44
Tabla 7. Distribución porcentual del consumo de verduras y legumbres en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.	46
Tabla 8. Distribución porcentual del consumo de frutas en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.	48
Tabla 9. Distrubución porcentual del consumo de pan, cereales y similares en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.	50

Tabla 10. Distribución porcentual del consumo de aceites y grasas en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.	51
Tabla 11. Distribución porcentual del consumo de dulces y pasteles en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.	52
Tabla 12. Distribución porcentual del consumo de bebidas en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.	53
Tabla 13. Distribución porcentual del consumo de precocinados o preelaborados y misceláneas en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.....	54
Tabla 14. Distribución porcentual de acuerdo al estadio del cáncer gástrico pacientes del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.	55
Tabla 15. Distribución porcentual de acuerdo al protocolo de tratamiento del cáncer gástrico Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas Guayas.	57
Tabla 16. Distribución porcentual de acuerdo al funcionamiento físico y social de la escala cuestionario de calidad de vida en los pacientes cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas	58
Tabla 17. <i>Distribución porcentual de acuerdo al funcionamiento emocional y cognitivo de la escala funcional del cuestionario de calidad de vida en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.</i>	<i>59</i>
Tabla 18. Distribución porcentual de acuerdo a la escala de síntomas del cuestionario de calidad de vida en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas	60
Tabla 19. <i>Tabla cruzada entre tratamiento del paciente con cáncer gástrico y estadio de los pacientes que acuden al Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas</i>	<i>61</i>

Tabla 20. Tabla cruzada entre valoración global subjetiva y funcionalidad física y social en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.....	65
Tabla 21. Tabla cruzada de la escala funcional emocional con la valoración global subjetiva en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.....	67
Tabla 22. Distribución porcentual de la valoración global subjetiva en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas .	68
Tabla 23. <i>Tabla cruzada entre los grupo de alimentos y estadíos del cáncer gástrico de los pacientes que acueden al Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.....</i>	69
Tabla 24. Distribución porcentual de acuerdo al funcionamieto físico y social de la escala cuestionario de calidad de vida en los pacientes cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas	71
Tabla 25. <i>Distribución porcentual de acuerdo al funcionamiento emocional,y cognitivo de la escala funcional del cuestionario de calidad de vida en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas</i>	72
Tabla 26. Distribución porcentual de acuerdo a la escala de síntomas del cuestionario de calidad de vida en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas	73
Tabla 27. Tabla cruzada de la escala de sintomas con la valoración global subjetiva en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas	74

INDICE FIGURA

Figura 1. Rango de edad de los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.	38
Figura 2. Sexo de los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas, enero a septiembre 2022	39
Figura 3. Étnia en los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas, enero a septiembre 2022	40
Figura 4. Clasificación del índice de masa corporal en los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas, enero a septiembre 2022	41
Figura 5. <i>Valoración del estado nutricional en los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas, enero a septiembre 2022</i>	<i>42</i>
Figura 6. Estadios del cáncer en los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas, enero a septiembre 2022	56
Figura 7. <i>Tratamiento del cáncer en los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guyaquil Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.....</i>	<i>57</i>

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico es una neoplasia maligna que se diagnóstica cuando existe invasión o metástasis en un 25 a 30% según estudio realizado en China, 2019. La supervivencia depende del diagnóstico temprano y se determina que el 36% de los pacientes sobreviven a esta patología. Por otro lado, clínicamente se presenta tumores malignos o benignos. Entre los tratamientos utilizados se destacan la quimioterapia con una tasa de supervivencia del 1% en un año; la cirugía parcial consiste en extraer una parte parte del estómago que le permite consumir alimentos sólidos en pequeñas cantidades pero a largo plazo se podrá lograr la progresión de la misma, con respecto a la gastrectomía total, se extirpa la totalidad del estómago y la dietoterapia consiste en administrar una dieta líquida y fraccionada (Li et al., 2019).

La Asociación Japonesa del Cáncer Gástrico, refiere que el cáncer del tipo de adenocarcinoma se presenta en el tercio superior y tercio medio e inferior y de acuerdo a la localización el adenocarcinoma del tercio inferior tiene un mejor pronóstico de supervivencia en el mundo (Ma et al., 2020).

Se considera que los factores de riesgo de mayor prevalencia para la presencia del cáncer gástrico es el *Helicobacter pylori*, tabaquismo, y factores dietéticos (alimentos salados, en conserva, alcohol, bajo consumo de cítricos) (Shao et al., 2018). Con respecto a la patología que presentan los adultos mayores se debe tener en cuenta que la mortalidad se asocia también con la fragilidad y comorbilidades asociadas y además el tratamiento los vuelve vulnerables afectando así la calidad de vida (Hall et al., 2021).

La calidad de vida es el conjunto de condiciones que contribuyen para el bien de la salud por tal motivo permite enfatizar la movilidad, visión, audición, respiración, sueño, alimentación, hablar, excreción, actividades, concentración, malestar, síntomas, depresión, vitalidad los cuales son factores que determinan el bienestar. Todo esto depende del estado de salud del paciente el nos dará a conocer los niveles de síntomas presentados (Ngoc Thi Dang et al., 2019).

El presente trabajo tiene como objetivo de determinar el estado nutricional en adultos mayores con cáncer de estómago para contribuir en la mejora de la calidad de vida en los pacientes que acuden al Hospital de Guayaquil, Abel Gilbert Pontón, enero a septiembre 2022. Con el fin de conocer sus complicaciones y poder mejorar la calidad de vida mediante una intervención nutricional y a la vez multidisciplinaria.

Se explican las complicaciones, de los tratamientos y efectos secundarios. El diseño es descriptivo, correlacional, cualitativa, semicuantitativa, donde la muestra es tomada de la población atendida en consulta externa del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón con una muestra de 70 adultos mayores con cancer de estomago desde los 65 a 90 años.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Suárez & Gross (2019) menciona que el adulto mayor es un proceso de envejecimiento en donde se presentan trastornos causantes de discapacidad y dependencia familiar. Se debe tomar en cuenta que en esta etapa se sufren mayor cantidad de caídas, fracturas, presentan síndromes geriátricos los cuales afectan órganos y sistemas fisiológicos (Sgaravatti et al., 2018).

Los cambios en el estilo de vida (alimentación, actividad física, conducta sociocultural, entre otros) del adulto mayor son un factor de riesgo a contraer cáncer de estómago, hígado, esófago, páncreas y colorrectal (Arnold et al., 2020). Los cinco tipos de cáncer comunes a esta edad pueden ser: pulmonar con una prevalencia de 1,9 millones de muertes, hepático con 788 000 casos; colorrectal 774 000 , gástrico 754 000; y mama 71 000 personas. Es común encontrarlo en países de ingresos medios o bajos (Gámez Sánchez et al., 2020).

Los autores Bray et al. (2018) mencionan que el cáncer de estómago denominado también cáncer gástrico, es la tercera causa de muerte a nivel mundial, responsable de 1 000 000 casos nuevos, de cuales 783 000 fallecen, según estadísticas de la Red Nacional Integral de Cáncer. Entre los factores de riesgo no modificables se encuentra: edad, género, etnia, factor genético y en los modificables está el uso de cigarrillo, ingesta alcohol y mal control del *Helicobacter pylori* (Tan, 2019).

El cáncer gástrico varía dependiendo el país, en Asia Oriental, América Central, Sur, y Europa del Este se encuentran las incidencias más altas. Por otro lado, las prevalencias más bajas se encuentran en países como África, y América del Norte (Ferro et al., 2020).

El cáncer de estómago ocupa la quinta posición a escala mundial entre los diversos tipos de cánceres, en el Ecuador es el decimoquinto puesto. En América del Sur, países como

Chile y Colombia presentan un alto índice en lo que se refiere a esta enfermedad (Canelos Moreno, 2018).

En el 2012 y 2018 en América Latina se encontró un 67% pacientes con cáncer gástrico, es decir, 2 401 personas. Esto provocó la muerte de 1,3 millones de personas según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Pérez Reyes et al., 2019). Las regiones donde se localiza el cáncer de estómago es en la curvaruta mayor en un 10%, y antropilórico 80% (Montiel Roa et al., 2017).

A nivel nacional, las personas menores de 75 años tienen una prevalencia del 20% de contraer cáncer gástrico. Entre los factores asociados a la presencia de cáncer son antecedentes de tumor en familiares directos, grupo sanguíneo A, síndrome de Li Fraumeni, gastritis atrófica crónica, metaplasia intestinal, anemia perniciosa, adenomas gástricos esporádicos, poliposis, adenomatosa familiar, edad avanzada (Pérez Reyes et al., 2019).

Sin embargo, es importante tener en cuenta los factores dietarios como baja ingesta de frutas, vegetales, consumo de alimentos pre elaborados, almacenamiento inadecuado, comida salada, ahumada o conservada (Pérez Reyes et al., 2019). El cáncer gástrico se origina de la gastritis crónica, la cual es causada por el *Helicobacter Pylori*. Que produce lesiones atróficas a nivel de epitelio, causando una metaplasia, y lesiones displásicas (Velasquez Chumacero, 2020).

El cáncer se encuentra estrechamente relacionado con la nutrición desde la causalidad y prevención. La composición corporal, y el crecimiento es un riesgo desencadenante debido a la ingesta de alimentos, respuesta hormonal o metabólica. Una dieta hipercalórica e hiperproteica (basado en alimentos procesados), refinados, grasas saturadas y trans, e ingesta de alcohol se encuentran asociadas. El exceso de peso daña el ADN mutando en cáncer, es por ello, que se recomienda una alimentación basada en frutas, verduras, fibras y antioxidantes (Zaragoza Martí & Contreras García, 2020).

Los síntomas (vómito, inapetente, diarrea) descompensa el estado nutricional del paciente debido al tratamiento (radioterapia, quimioterapia, cirugía), los cuales causan

desnutrición. La falta de síntesis de nutrientes, necrosis, uso de sustancias tóxicas, causan trastornos metabólicos que facilita la propagación del cáncer (Marín Castro et al., 2022).

Hasta la actualidad no hay manera de prevenir el cáncer de estómago, pero si es posible reducir los factores de riesgo, mediante estrategias basadas en el cuidado sanitario, adecuado a la necesidad del adulto mayor. Para ello es necesario realizar un diagnóstico, intervención y evaluación adecuada como base para su tratamiento (Gámez Sánchez et al., 2021).

El tratamiento depende del estadio del cáncer gástrico, siendo una de las posibilidades la gastrectomía en donde se realiza una resección de tumor y tejido circundante afectado. Existen dos tipos de cirugía total o subtotal, la primera se utiliza cuando está en todo el estómago o en la zona superior y la segunda cuando se encuentra cerca del esófago, intestino delgado, en esta última facilita el paso de alimentos, por ello se recomienda una dieta fraccionada para mejorar la calidad de vida del paciente afectado (Leiva Morales, 2021).

La calidad de vida abarca la percepción de la enfermedad, bienestar psicológico, y salud social. El cual permite comprender los métodos de evaluación del estado de salud (Navarrete et al., 2022). Acevedo et al. (2021) menciona que para mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer gástrico se debe tomar en cuenta: profundidad y compromiso ganglionar (mucosa o submucosa) de la enfermedad, estilo de vida y presencia de *Helicobacter pylori*.

Por otro lado, Moran & Soto (2021) refiere que los efectos del tratamiento afectan distintos aspectos de la vida del paciente tanto a nivel: cognitivo, psicosocial, emocional, físico. Además entre los posibles síntomas y restricciones que pueden aparecer se encuentran dolor, pérdida ósea, insomnio, depresión, entre otros.

El cáncer de estómago causa alteraciones emocionales, durante el proceso evolutivo de la enfermedad, afectando los bienes psicológicos. Para ello se toma en cuenta emociones como: desesperanza, ira, tristeza, resentimiento, miedo, e impotencia. Afecta el estilo de vida del paciente trayendo depresión, angustia y ansiedad (Naula Criolla, 2019). La

calidad de vida ayuda en la toma de decisiones quirúrgicas ya que analiza su perspectiva por medio de diversos factores antes mencionados y ayuda en la incorporación de medidas basadas en la salud del paciente (Yinin & Zaydfundim, 2020)

La sobrevivencia del cáncer llega al 90% en los 5 primeros años, sin embargo, hay que tener en cuenta 3 factores: el primero es mucoso o submucoso 72%; luego compromiso linfático, y ultimo histología. En los 60 meses la subsistencia es del 88%, el 62,7% son neoplasias; 42,2% infiltración subserosa; 30,1% afección serosa (Montiel Roa et al., 2017).

Unas de las consecuencias desde el punto de vista nutricional es la desnutrición por su prevalencia del 60%. Cuando existe dicha asociación en el paciente se obtienen un impacto clínico negativo, debido a la incidencia de infecciones por estancias hospitalarias extensas. Sin embargo se debe tener en cuenta que estos efectos secundarios también aparecen por toxicidad de los tratamientos expuestos es decir, quimioterapia o radioterapia (Carrillo Lozano, Osés Zárata, & Portillo, 2021)

La desnutrición es multifactorial y se encuentra asociada al cáncer gástrico debido a la alteración existente entre el aumento de la ingesta alimentaria (energía y proteínas), disminución de estímulos anabólicos (actividad física), alteración de metabolismo en órganos y tejidos. Además es un factor que ayuda a predecir la supervivencia de los pacientes (Oscanoa & Cieza, 2018). Es importante la educación nutricional para garantizar el cumplimiento del requerimiento nutricional de acuerdo al estadio del cáncer gástrico para promover la calidad de vida.

1.2. Delimitación del problema

Campo: Salud

Área: Salud Pública

Línea de Investigación: Salud Pública, medicina paliativa y enfermedad que afecta a la población.

Sub línea de investigación: Enfermedad crónica no transmisible. Paliativo y calidad de vida.

Objeto de estudio: Relación del estado nutricional con la calidad de vida.

Unidad de estudio: Adultos mayores con cáncer de estómago.

Tema: Relación del estado nutricional con la calidad de vida en los adultos mayores con cáncer de estómago que acuden al hospital Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón, 2022.

Delimitación temporal: Enero – Septiembre 2022

Delimitación espacial: Hospital de Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón

1.3. Formulación del problema

¿De qué manera se relaciona el estado nutricional con la calidad de vida de los adultos mayores con cáncer de estómago que acuden al Hospital Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas, enero a septiembre 2022?

1.4. Sistematización del problema

- ¿De qué manera se determina el estado nutricional mediante la valoración global subjetiva de los adultos mayores con cáncer de estómago?
- ¿Cuáles son los hábitos alimentarios mediante la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos en los adultos mayores con cáncer de estómago?
- ¿Cómo la calidad de vida a nivel físico, social, emocional, cognitivo y sintomatológico deterioran la salud del paciente con cáncer de estómago?
- ¿Cómo el estado nutricional y la calidad de vida se encuentran asociados con la sintomatología en el adulto mayor con cáncer de estómago?

1.5. Determinación del tema

El tema planteado para la siguiente investigación es: “Relación del estado nutricional con la calidad de vida en los adultos mayores con cáncer de estómago que acuden al hospital Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas, enero a septiembre 2022.

1.6. Objetivo general

Determinar la relación del estado nutricional con la calidad de vida en los adultos mayores con cáncer de estómago que acuden al hospital Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas, enero a septiembre 2022.

1.7. Objetivos específicos

- Identificar el estado nutricional mediante la valoración global subjetiva en los adultos mayores con cáncer de estómago.
- Establecer los hábitos alimentarios por medio de la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos en los adultos mayores con cáncer de estómago.
- Analizar la calidad de vida a nivel físico, social, emocional, cognitivo y sintomatológico en el deterioro de la salud de los adultos mayores con cáncer de estómago.
- Asociar el estado nutricional con la sintomatología mediante la encuesta de calidad de vida en los adultos mayores con cáncer de estómago

1.8. Hipótesis

Hipótesis General

El estado nutricional se encuentra relacionado con la calidad de vida con respecto a los aspectos físico, social y emocional en los adultos mayores con cáncer de estómago que acuden al hospital Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas, enero a septiembre 2022

Hipótesis particulares

- Con la valoración global subjetiva se determina que existe predominio del estado nutricional moderadamente desnutrido en el adulto mayor con cáncer de estómago.
- Los hábitos alimentarios por medio del cuestionario de frecuencia de consumo determinan que los adultos mayores en el estadio IV de cáncer de estómago no cumplen los requerimientos nutricionales.
- La calidad de vida a nivel físico, social, emocional, cognitivo y la sintomatología deterioran la salud en los adultos mayores con cáncer de estómago.
- El estado nutricional y la calidad de vida se encuentran relacionados con la sintomatología en el adulto mayor con cáncer de estómago.

1.9. Declaración de las variables

Variable interviniente: Características sociodemográficas: edad, sexo, raza

Variable independiente: Estado nutricional en adulto mayores con cáncer de estómago.

Variable dependiente: Calidad de vida.

Variable	Objetivos	Hipótesis	Dimensión	Indicador	Escala
Variable interviniente (factor sociodemográfico)	Determinar la relación del estado nutricional con la calidad de vida en los adultos mayores con cáncer de estómago que acuden al hospital Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas, enero a septiembre 2022.	El estado nutricional se encuentra relacionado con la calidad de vida con respecto a los aspectos físico, social y emocional en los adultos mayores con cáncer de estómago que acuden al hospital Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas, enero a septiembre 2022	Sociodemográfica	Edad	Años <ul style="list-style-type: none"> • 65 a 75 • 76 a 85 • 86 a 95
				Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
				Etnia	<ul style="list-style-type: none"> • Mestizo • Montubio • Indígenas • Afro ecuatoriano • Blanco
Variable Independiente (estado nutricional)	Identificar el estado nutricional mediante la valoración global subjetiva en los adultos mayores con cáncer de estómago.	Con la valoración global subjetiva se determina que existe predominio del estado nutricional moderadamente desnutrido en el adulto mayor con cáncer de estómago.	Antropometría	Peso	Kilogramos
				Talla	Metros
				Índice de Masa Corporal	Bajo peso Menor de 22 kg/m ² Normal 22 -27 kg/m ² Sobrepeso 27 a 32 kg/m ² Obesidad Mayor a 32 kg/m ²
			Valoración global subjetiva (Scord)	Peso Ingesta Impacto de la nutrición en los Síntomas Funcionalidad Examen físico	Estado A: Bien nutrido Estado B: Moderadamente malnutrido o sospechosamente malnutrido Estado C: Severamente malnutrido.

Variable independiente (Frecuencia de consumo)	Establecer los hábitos alimentarios por medio de la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos en los adultos mayores con cáncer de estómago.	Los hábitos alimentarios por medio del cuestionario de frecuencia de consumo determinan que los adultos mayores en el estadio IV de cáncer de estómago no cumplen los requerimientos nutricionales.	Frecuencia de consumo de alimentos	Grupos de alimentos Lácteos Huevos, carnes y pescado Verduras y legumbres Frutas Pan, cereales y similares Aceites y grasa Dulces y pasteles Bebidas Precocinado, elaboradas y misceláneas	Nunca 1 vez/día 2-3 veces/día 4-5 veces/día 2-4 veces/semana 5-6 veces/semana
Variables dependientes (Calidad de vida)	Analizar la calidad de vida a nivel físico, social, emocional, cognitivo y sintomatológico en el deterioro de la salud de los adultos mayores con cáncer de estómago.	La calidad de vida a nivel físico, social, emocional, cognitivo y la sintomatología deterioran la salud en los adultos mayores con cáncer de estómago.	Cuestionario de calidad de vida para cáncer de EORTC, QLQ-CJO	Escalas Funcionales	Funcionamiento físico – Ítem 1 a 5 Si No Funcionamiento social - Ítem 6 a 7 Si No Funcionamiento emocional – ítem 21 a 24 En absoluto Un poco Bastante Mucho Funcionamiento cognitivo – ítem 20-25 En absoluto Un poco Bastante Mucho

						Escala de síntomas Fatiga – ítem 12, 18 En absoluto Un poco Bastante Mucho Dolor – ítem 9 En absoluto Un poco Bastante Mucho Náuseas y vómitos ítem 14 y 15 En absoluto Un poco Bastante Mucho Pérdida de apetito – ítem 13 En absoluto Un poco Bastante Mucho Diarrea – ítem 17 En absoluto Un poco Bastante Mucho
Variab dependientes (Calidad de vida)	Asociar el estado nutricional con la sintomatología mediante la encuesta de calidad de vida en los adultos mayores con cáncer de estómago	El estado nutricional y la calidad de vida se encuentran relacionados con la sintomatología en el adulto mayor con cáncer de estómago.	Prueba estadística	Prueba de Chi cuadrado	<0,05 Existe relación >0,05 No existe relación	
Variable Independiente (estado nutricional)						

Nota. Datos analizados de las variables cáncer de estómago y calidad de vida - enero a septiembre 2022.

1.10. Justificación

La salud se define como “el estado de bienestar físico y mental, y no solo por la ausencia de enfermedad”. Efectos psicológicos, físicos e incluso sociales al tratar de convivir con cáncer gástrico además sus tratamientos, generalmente son aspectos que influyen en la alteración de la calidad de vida. Esto se ve reflejado en la ingesta de alimentos (nutrición), estilos de vida (Marín Caro et al., 2007).

El adulto mayor es propenso a caídas debido a su fragilidad detectada por la aparición de los síntomas tales como: presencia de enfermedades crónicas, alteración de la marcha, déficit sensoriales, mala auto percepción de salud, caídas a repetición, polifarmacia, hospitalizaciones frecuentes. A su vez el cáncer se vuelve una patología recurrente en esta etapa de la vida. El cual provoca un descenso en su calidad de vida (Mittaz Hager et al., 2019). A mayor edad la persona presenta signos de dependencia, discapacidad y déficit económico. Es por ello que a su vez se relaciona con enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes, osteoporosis, fracturas, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva), desnutrición, entre otros (Méndez Colindres et al., 2019).

Adulto mayor dependiendo la comorbilidad o multimorbilidad afecta la calidad de vida de la persona (Méndez Colindres et al., 2019). En el Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón entre el año 2014 al 2016 existieron 99 casos, los cuales tuvieron una tasa de supervivencia del 0,14 por 1000 pacientes, y cuya mortalidad corresponde al 2,16 por 10000 pacientes (Yagual Villon & Navarrete Pacheco, 2020).

Con la mejora en la calidad de vida se espera que su esperanza de vida se vea influenciada, lo cual es un desafío para esta etapa de envejecimiento. Se debe tener en cuenta la alimentación, como un factor de riesgo modificable para la prevención de enfermedades. A su mismo hay que tener cuidado especial al consumo de carnes rojas, pasteles, alimentos ácidos o picantes, calientes, y dulces, debido a que estos son precursores del cáncer de estómago. La dieta ingerida durante esta etapa es compleja, por lo cual, se recomienda blanda gástrica, debido a la falta de dentadura, incluso problemas de deglución propios de la edad (Govindaraju et al., 2018).

Una vez detectado el cáncer de estómago se presentan problemas en la alimentación debido a la incapacidad de absorber los nutrientes a consecuencia de los tratamientos utilizados (quimioterapia, radioterapia, cirugía total o parcial). Además de esto el paciente padece de cambios de sabores que impiden la ingesta adecuada de alimentos. Es por ello que nace la necesidad de investigar este tema con el fin de indagar si el estado nutricional afecta la calidad de vida del adulto mayor.

1.11. Alcance y limitaciones

En la presente investigación el grupo objetivo del estudio son aquellos pacientes mayores de 65 años de edad y menores o iguales a 90 años que padecen cáncer de estómago, puede este ser estadio I, II, III, IV. Deben acudir a consulta externa del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón. Los beneficiarios primarios son aquellos pacientes con esta patología.

Entre los secundarios son la familia del paciente y finalmente en tercer lugar será la comunidad ya que se tratará de influir de manera indirecta en la modificación de estilos de vida.

Los problemas encontrados durante la realización se encuentran enfocados en el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, ya que no es comprobable si ellos mienten o dicen la verdad sobre los alimentos ingeridos.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes históricos

Los papiros médicos e inscripciones jeroglíficas desde la antigüedad (aproximadamente 3000 años A.C.) (Moreno Moreno, 2014). En el siglo VI en donde se describe el conocimiento sobre los mecanismos gastrointestinales y las funciones digestivas. Por otro lado, Hipócrates 460-377 A.C. en el siglo IV menciona que la esta enfermedad ataca a la persona desde el exterior, penetra la piel se infiltra en tejidos y órganos internos (Topi et al., 2020).

En 124 - 40 A.C. se comienza a tratar dichas patologías con bebidas a base de vino y extracto de plantas, tales como: avronitis (*αβροτονίτης*) con *Absinthium ponticum* o *Artemisia afra* o *Artemisia abrotanum*, thrimbitis (*θυμβρίτης*) con *Satureja thymbra*, thimitis (*θυμίτης*), entre otros. El galeno Pérganmo describe usa el término “tumor” en 130 a 200 A.C. (Topi et al., 2020).

Describen al cáncer gástrico como una enfermedad grave, no obstante, las primeras estadísticas surgen por el año de 1970 en Italia, por lo tanto, lo da a conocer como una enfermedad común y letal de esa época. Hoy en día en la sociedad el cáncer ha llegado a nivel global, datos aportados por Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC), sobre las diferencias geográficas, étnicas además del nivel socio-económico entre los distintos países así mismo como las regiones hacen que los factores de riesgo varíen unos a otros (Moreno Moreno, 2014).

En 1975 Pelayo Correa describe al cáncer gástrico como una cascada aplicable para el ACT-TI (Colombiana, 2022). En el siglo XIX hasta principio del XX se consideraba al cáncer como consecuencia de un traumatismo abdominal, teoría que es abandonada con

el paso del tiempo. Es en 1805 Philipp Bozzini quien crea un instrumento de luz, y en 1968 quien desarrolla el manómetro esofágico (Topi et al., 2020).

Es en 1867 quien luego de varios intentos fallidos realiza la primera gastrectomía total del cáncer gástrico en Zúrich. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) en 1994 quienes declaran que el H. Pylori como un carcinógeno tipo I. No es sino en el siglo XX que se establece la hipótesis de que la etiología y fisiopatología del cáncer se encuentra relacionada con las causas ambientales, y dietéticas (Topi et al., 2020).

2.1.2. Antecedentes Referenciales

Valle et al. (2017) en un estudio realizado en Sao Paulo, publicado en la revista Latino Americana de Enfermagem denominado “Factores que intervienen en el inicio de tratamiento de los pacientes con cáncer de estómago y colorrectal”, tenía como objetivo identificar el tiempo entre la aparición de los síntomas, búsqueda de asistencia e inicio de tratamiento en pacientes oncológicos gástricos, y colorrectal, a su vez se detecta los factores de riesgo que interfieren en la acción. La metodología implementada fue descriptiva correlacional, con una muestra de 101 pacientes ya diagnosticados. Entre los resultados se encontró que en su mayoría era hombres de $\pm 61,7$ años, el tiempo en aparecer la sintomatología y buscar ayuda a esta fue de 2 meses, y el tiempo promedio entre los síntomas y el inicio del tratamiento fue ± 15 meses; 73,5% de los pacientes tardaron 30 días en buscar atención médica. Por lo que se concluye que la causa del retraso de la atención médica no se encuentra asociada con la presentación de síntomas de la enfermedad. A su vez se detecta que la historia familiar y control preventivo se relaciona con los periodos cortos de búsqueda médica y tratamiento temprano.

Yajamín Villamarín (2018) en un estudio realizado en la ciudad de Guayaquil- Ecuador, se con el trabajo denominado “ Factores de Riesgo de cáncer de estómago, Hospital Abel Gilbert Pontón” tenía como objetivo establecer la prevalencia, incidencia, mortalidad en un centro de referencia del sistema público. Para ello el diseño metodológico utilizado fue transversal, con una muestra 656 pacientes diagnosticados con cáncer gástrico. En donde se encontró que Durante los tres años observados se atendieron 689.616

pacientes tanto de consulta externa como en la emergencia del hospital; de todos estos fallecieron 18 pacientes que tuvieron diagnóstico cáncer gástrico (C16). Por lo que se llega a la conclusión de que la zona más afectada fue el antro gástrico y el síntoma más prevalente la epigastralgia. La prevalencia fue de 1,22 casos por 1 000 pacientes hospitalizados, la incidencia fue de 0.14 por 1000 pacientes y la mortalidad fue de 2,16 por 100 mil pacientes.

Piedrahita Sánchez (2017) en un estudio realizado en la ciudad de Saule provincia del Guayas denominado “Soporte Nutricional En Cáncer Gástrico, Reporte De Un Caso” tenía como objetivo identificar las consecuencias de malnutrición que se da en el paciente diagnosticado con cáncer gástrico. La metodología implementada fue descriptiva, no experimental, transversal en pacientes con 65 años. Como resultado de la investigación se encontró que el tenía antecedentes familiares, infección del H. pylori, presentó desnutrición, y la existencia entre signos, síntomas y adenocarcinoma. Por lo que se concluye que, los pacientes con adenocarcinoma debe usar una nutrición parenteral, y luego de su tratamiento quirúrgico debe tener una dieta líquida estricta en las primeras 72 horas.

Cahuata Lozano (2019) en un estudio realizado en el Hospital Nacional Carlos Alberto sobre “Calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia tuvo como objetivo establecer la relación que existe entre la calidad de vida y el afrontamiento al estrés de los pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. La metodología aplicada se encontró basada en la aplicación del cuestionario de Afrontamiento del Estrés para Pacientes Oncológicos(CAEPPO), aplicado a 235 pacientes. Entre los resultados se pudo evidenciar que la edad predominante fue de 35 a 64 años en un 48,9%, el tipo de cáncer detectado fue cérvix 32,3%; mama 14%; estómago 11,9%; piel 8,5%; próstata 7,2%; y colon 5,1%. Dando como conclusión que la calidad de vida de los pacientes en quimioterapia es regular, debido al estrés presente en estos.

Mayo Galbán (2021) publica una tesis en la Universidad Católica de Guayaquil sobre la “Supervivencia y complicaciones postgastrectomía en pacientes con adenocarcinoma gástrico atendidos el Hospital Teodoro Maldonado Carbo” el objetivo establecido fue

determinar la supervivencia y complicaciones postgastrectomía en pacientes con adenocarcinoma gástrico entre los 2 015 al 2 020. La metodología utilizada fue de cohorte transversal, retrospectivo, aplicada a 282 pacientes. Entre los resultados obtenidos se detectó que el 23% tuvo una supervivencia en los primeros meses de tratamiento. Por lo que se llegó a la conclusión de que el cáncer de estómago tiene una mortalidad mayor al 76% de la población.

2.2. Contenido Teórico que fundamenta la investigación

2.2.1. Adulto mayor

Se considera adulto mayor a una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en los tejidos dado de manera progresiva a partir de los 65 años de edad (Felipe Salech et al., 2012). Los cambios son múltiples debido a la reducción de fuerza muscular, coordinación, disminución de la marcha, deterioro físico acorde a la edad (Thomas et al., 2019).

A nivel socio psicológico el adulto mayor tiene nuevas condiciones de vida, y rol familiar, por lo cual se vuelve propenso a contraer diversas enfermedades crónicas no transmisibles. Ante esto se presentan complicaciones como: baja autoestima, distracciones y problemas en las relaciones sociales (Esmeraldas Vélez et al., 2019).

Gómez Gómez & Zapico (2019) menciona que se considera un anciano frágil cuando existe presencia de pérdida de peso, agotamiento, sedentarismo, marcha lenta, y baja fuerza muscular. Esto puede ser provocado por un déficit de macro o micronutrientes, propios de la edad. Por lo que, hay que realizar periódicamente exámenes de laboratorio, y estar pendiente de los signos o síntomas antes mencionados.

2.2.1.1. Estómago

2.2.1.1.1. Anatomía del estomago

El estómago es un órgano intraperitoneal que ocupa parte del espacio supramesocolónico de la cavidad peritoneal (Navarro, 2009). Tiene forma de J, se sitúa por debajo del diafragma, limita el tracto gastrointestinal.

Lycario (2012) menciona que el tamaño y posición del estómago varía constantemente,

tiene movimiento arriba y abajo. Posee las siguientes zonas:

- I. Zona de abertura superior se encuentra el Cardias (esfínter esofágico superior)
- II. Inferior izquierda aparte de formar parte de la base se encuentra el Fondo
- III. Central cóncava denominada cuerpo; inferior se enlaza con el intestino, y denomina píloro (esfínter esofágico inferior).

Un par de esfínteres retienen al alimento en el estómago en el proceso de digestión para que no fluya ni al esófago ni intestino antes de tiempo.

2.2.1.1.2. Fisiologíopatología

Entre las partes del estómago se identifica: dos porciones secretoras y no secretoras, fondo y cuerpo. Este último se caracteriza por producir ácido clorhídrico. La unidad secretora de este último es la glándula gástrica, la cual está compuesta de diferentes células entre las que se encuentra: pepsinógeno, parietales, mucosas, y las productoras de histamina.

Kierszenbaum & Tres (2020) menciona que para detectar los mecanismos neuroendocrinos reguladores de la secreción ácida, en las que se destaca:

- ❖ Nervio vago: realiza su función por medio de neurotransmisores acetilcolina.
- ❖ Células enterocromafines: estimula la célula parietal por medio de la histamina
- ❖ Células G: las cuales son productoras de la gastrina, viaja por el torrente sanguíneo hasta llegar a las células parietales y enterocromafines
- ❖ Célula parietal: producido por el ácido clorhídrico, a través de la bomba de protones.

Según León Aguagallo (2016) refiere que las funciones primordiales del estómago son las siguientes:

- Acumular temporalmente el alimento.
- Asimilación de forma química en las proteínas.
- Por medio de la masticación, mezclar el bolo alimenticio hasta obtener el quimo, el cual es una masa semilíquida que ayuda a la digestión.
- Vaciar progresivamente el quimo a un ritmo compatible entre la digestión y absorción por parte de intestino delgado.

- Segregar el factor intrínseco para la absorción de vitamina B12.

2.2.1.1.3. Alteraciones que se produce a nivel celular

Landazabal, (2021) menciona que existen varias alteraciones a nivel del estómago que son dadas por los diferentes patrones celulares, entre estas se encuentra en:

- **Neutrófilos:** es un signo de inflamación aguda, puede estar acompañada por erosiones o hemorragia en la mucosa. Indicador de la presencia o ausencia del *H. pylori*.
- **Mononucleares:** en estado normal las células del sistema inmunitario (linfocitos) son pocas, su campo no es mayor a 2 a 5 en cada uno. Cuando existe un aumento afecta al epitelio glandular, y surge la gastritis crónica linfocítica. Por otro lado, cuando existe infiltración intraglandular hay lesión linfoepitelial.
- **Células plasmáticas:** en personas con buen estado de salud las células son inexistentes o pocas. Cuando aparecen es ante una respuesta inflamatoria crónica.
- **Eosinófilos:** comúnmente habitan en el tracto gastrointestinal, sin embargo, hay que tener en cuenta que, son ausentes en la lámina propia y ausentes en epitelio de superficie.

2.2.2. Cáncer de estómago

El cáncer gástrico es multifactorial aparece cuando existe una interacción entre el *Helicobacter pylori* y virus de Epstein Barr (Oliveros et al., 2019). Estudios demuestran que entre el 2 al 5% de pacientes con presencia de estos virus desarrollan la enfermedad (Claros et al., 2021). Además se puede decir que se encuentra en cuarto lugar dentro de las neoplasias malignas y es la segunda causa con mayor índice en fallecimientos por cáncer al año. Su mortalidad supera al millón de muertes por esta patología (Eulogio Valenzuela & Narciso Criollo, 2018).

2.2.2.1. Factores de Riesgo

Murillo et al. (2020) menciona que entre los principales factores de riesgo para contraer cáncer de estómago se encuentra:

- Dietéticos: alto consumo de sal, asociado con la presencia de neoplasias gástricas, ahumados, por su elevado y diferente contenido químico presente.

Rojas Montoya & Montagné (2019) describe a la:

- Historia Familiar: en el ámbito familiar el rango oscila entre el 1 al 3% en todas las neoplasias gástricas. Mutaciones en el gen CDH11 llegan al 40% en familiares con adenocarcinoma difuso hereditario. Aproximadamente a los 80 años se estima la posibilidad de contraer cáncer (67% en hombres y 83% en mujeres). Por tal motivo a los 20 años se recomienda que familiares con mutaciones en el gen antes mencionado deben realizarse pruebas para comprobar y realizar medidas preventivas. No obstante, el cáncer gástrico de tipo difuso tiene relación con sangre tipo A

Machlowska et al. (2020) por otro lado menciona a:

- Helicobacter pylori: es una bacteria Gram negativa, carcinógena de clase I, ya que presentan una reacción inflamatoria en la mucosa gástrica, y células epiteliales gástricas
- Tabaco y alcohol: las personas bebedoras presentan un polimorfismo, y alteración en el genotipo ALDH2, por lo que la prevalencia del cáncer aumenta.
- Obesidad: el exceso de consumo de carnes animales asadas, alimentos en conserva, ahumados ayudan al progreso del cáncer gástrico. Debido a la interacción con las células epiteliales gástricas, los cuales modifican la expresión de los genes.

2.2.2.2. Clasificación del cáncer gástrico por estadio

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (2020) el cáncer se clasifica de acuerdo a las etapas utilizando la TNM (tumor, ganglios/nodos; metástasis), para el pronóstico y tratamiento se considera los siguientes estadios:

- Estadio 0 o carcinoma in situ: denominada así en la fase inicial del cáncer, localizada en la mucosa, parte superficial.

- Estadio I: el tumor llega hasta la lámina propia ubicada en la mucosa o submucosa, no existe afección a los ganglios linfáticos, sin embargo, se debe tomar en cuenta:
 - ✓ Estadio IA: afecta entre 1 a 6 ganglios linfáticos.
 - ✓ Estadio IB: invade la capa muscular o suberosa, no existe afección ganglionar
- Estadio II y III: se toma en cuenta el nivel de afección en la pared gástrica, número de ganglios afectados.
- Estadio IV: presencia de metástasis a distancia, en hígado, pulmón, huesos, ovarios, ganglios alejados del estómago, entre otras manifestaciones clínicas del cáncer de estómago.

López et al. (2022) considera la estadificación del cáncer gástrico de acuerdo a la hemorragia en los siguientes estadios:

- **T1a:** es una invasión de lámina propia o muscularis mucosa
- **T1B:** corresponde a la invasión submucosa
- **T2:** es la invasión de muscularis propia
- **T3:** una invasión del tejido conectivo subseroso
- **T4a:** cuando llega a la capa serosa del peritoneo visceral
- **T4B:** va a la invasión de estructuras adyacentes, es decir, bazo, colon transverso, hígado, diaphragma, páncreas, pared abdominal, glándula suprarrenal, riñón, intestino delgado y retroperitoneal.
- **N0:** no existe afectación ganglionar
- **N1, N2, N3:** la afección ganglionar es regional
- **M0:** no existe enfermedad metastásica
- **M1:** la metástasis es a distancia, en ganglios no regionales, extensión no directa a otros órganos, carcinomatosis peritoneal.

2.2.2.3. Manifestaciones clínicas del cáncer de estómago

Manero Rebé (2022) refiere lo siguiente:

- En su mayoría la clínica del cáncer gástrico es inespecífica, y asintomática, sin embargo el 25% tiene un antecedente de úlcera gástrica
- Entre los síntomas se encuentra la pérdida de peso, relacionada a la disminución de la ingesta, presencia de anorexia, náuseas. A su vez esto aumenta el catabolismo tumoral y dolor en la zona epigástrica.
- Disfagia presente por metástasis en el plexo de Audebach u obstrucción en una cercana a la unión esofágica.
- Hemorragia oculta, anemia, esta última puede o no estar presente, así como la melena o hematemesis presente en el 20% de los pacientes.
- Metástasis entre los lugares más frecuentes se encuentran hígado, peritoneo, ganglios regionales.

2.2.2.4. Diagnóstico

El autor León Aguagallo (2016) refiere que para diagnosticar el cáncer de estómago se debe tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Sangre oculta: en donde la sangre en las heces (detección microscópicamente), hematemesis (vómito con sangre) y melenas (heces negras como la piel)
- Síntomas: náuseas, y/o vómitos, sensación de llenarse a plenitud precozmente, ascitis (acumulación de líquido en el abdomen).

Chirinos Vega et al. (2018) menciona que:

- Endoscopia: indicado para carcinoma con riesgo nulo o cercano a 0% de metástasis a nivel ganglionar. Entre las complicaciones se encuentra hemorragia con una incidencia del 9,7%, y perforación del 0 -5%

2.2.2.5. Complicaciones

Coronel & Corrales (2020) refiere que las complicaciones se pueden identificar en:

- **Intraoperatorias:** hemorragia, lesión de la vía biliar.
- **Generales:** trombo embolismo pulmonar, atelectasias, trastornos hidroelectrolíticos.

Kanda (2020) por otro lado menciona a las:

- **Postoperatorias:** entre ellas se encuentra infecciones de heridas, hemorragia abdominal, complicaciones cardiacas, en aquellas personas que sufren sobrepeso y obesidad. Por otro lado, en aquellas con desnutrición se encuentran: obstrucción mecánica, sepsis por neumonía, derrame pleural.

Gómez et al. (2018) describe a las:

- **Infecciones:** se encuentra relacionada a la prologación hospitalaria, disminuye la calidad de vida y aumenta la morbimortalidad y costo en la atención médica sanitaria. Por lo regular aparecen en zonas cercanas a la cirugía o en su lugar de incisión, el plazo para su presencia varia entre 30 días a 1 años.

2.2.2.6. Evaluación del estado nutricional

Entre los métodos de evaluación del estado nutricional del adulto mayor se encuentra:

2.2.2.6.1. Valoración global subjetiva (VGS)

Es un cribado, el cual proporciona datos de la valoración inicial de los pacientes diagnosticados de cáncer (Arribas et al., 2013). Aquí se describe el estado nutricional, la clínica y examen físico. Clasifica al anciano en A; estado nutricional adecuado, B: Moderado; y C Grave (Sánchez et al., 2018).

2.2.2.6.2. Dietoterapia

Definida como un tratamiento que ayuda a prevenir enfermedades por medio de la ingesta alimentaria. Para ello es necesario tomar en cuenta el tratamiento asignado por el médico, es decir, cirugía, quimioterapia radioterapia (Calderón Martínez & Peralta Álvarez, 2022).

Rodríguez, D. Guerrero, M. Maldonado, M. Herrera et al. (2020) refiere que las etapas tempranas del cáncer es importante realizar un tamizaje y valoración. El primero ayudará a detectar y percibir quienes tienen o se encuentren en riesgo de desnutrición y el último

se debe realizar dentro de las 24 horas siguientes, el cual plantea la conducta nutricional y los requerimientos individuales.

Durante el tratamiento dietético se debe tomar en cuenta la evolución, tratamiento, ya que dependiendo de esto se ajusta la consistencia y tamaño del alimento. La vía de alimentación recomendada es oral. Entre las características de la dieta sugerida se encuentran de fácil masticación, deglución, y digestión, es decir, caldos, cremas, batidos, y jugos, los cuales serán absorbidos con mayor facilidad por el paciente.

Pérez Calvo (2019) menciona la inclusión de algunos alimentos a la dieta para mejorar la supervivencia del paciente, entre estos se encuentran:

- a. Granos integrales: son alimentos ricos es carbohidratos complejos, y nutrientes fotoquímicos. Estos se asimilan de manera lenta liberando la glucosa desde el intestino impidiendo que la glucemia baje o se eleve, por lo tanto, ayuda en disminuir la inflamación tumoral
- b. Tubérculos: como zanahoria, cebolla, rábano o nabo cocinados favorecen la secreción de jugos gástricos.
- c. Especias: entre estas se encuentra jengibre, semilla de comino, hinojo, anís, canela aumenta la fuerza digestiva.

Carrillo et al. (2021) menciona que el casos de que el paciente con cáncer gástrico no alcance los requerimientos energéticos (al menos 50 o 60%) es necesario la suplementación oral, por sonda u ostomía. Por otro lado la nutrición parenteral se utiliza en caso de una contraindicación enteral. Sin embargo es importante realizar actividad física (aeróbicos y resistencia).

Entre las recomendaciones para los efectos secundarios del tratamiento antineoplásico se encuentra:

- **Anorexia:** la ingesta alimentaria debe ser pequeña, y recurrentes, deben ser cocinados, blandos o triturados, y no se debe omitir ningún tiempo de comida, priorizando aqueelos hipercalóricos e hiperproteicos.

- **Nauseas/vómitos:** a si mismo deben ser en pequeñas cantidades y frecuentes, la temperatura debe ser al ambiente, priorizando aquellos secos, tales como galletas, pan, entre otros. La toma de líquidos es de manera pausada, y se debe tomar reposo luego de las comidas.
- **Mucositis:** alimentación fraccionada y enriquecida, dieta de consistencia blanda jugosa, cremosa, o triturada, evitando picantes, especias, salados, fritos o calientes.
- **Diarrea:** la hidratación es la prioridad, ingesta en pequeñas cantidades y frecuentes, técnica de cocción sencilla a temperatura ambiente, rico en fibra insoluble.

Instituto Nacional del Cáncer (2022) hace referencia a otros síntomas como:

- **Boca seca:** para ello es necesario elegir alimentos de fácil deglución, ni muy dulces o ácidos, tomar agua constantemente en pequeñas cantidades.
- **Úlceras bucales:** es necesario ingerir alimentos blandos, y de fácil masticación como licuados, huevos revueltos, y natillas o cremas, la temperatura debe estar fría o al ambiente, usar sorbetes o pajillas para su consumo. Se deben evitar cítricos, picantes, salados, crudos, crocantes.
- **Alteraciones en el gusto:** se debe consumir carne de aves, pescado, huevos y queso en lugar de carne roja, de preferencia que sean bañados en salsa dulce, jalea o puré.
- **Inflamaciones o dificultad deglutoria:** es necesario que la textura de los alimentos sea blanda de fácil masticación, y deglución como licuados, batidos, avenas o cereales cocidos. Se sugiere que los alimentos sean bañados en salsas, cremas o yogurt, evitando bebidas calientes, comida picante , acidos ,cortantes y crocantes, y alcohol para evitar inflamar o danar la laringe.

2.2.2.7. Tratamientos

Existen múltiples tratamientos para el cáncer gástrico entre los que se encuentran:

2.2.2.7.1. Radioterapia

Trata una zona específica del cuerpo, se encuentra basado en radiaciones ionizantes, las cuales son generados por aceleradores lineales, encontrados en diversos aparatos tecnológicos. Es una terapia complementaria a la cirugía, y no todo paciente se encuentra indicado para recibir el tratamiento, debido a la dosificación de radiaciones ionizantes a los órganos. Dicho exceso puede ser perjudicial para la salud (Cosialls Bonet et al., 2022).

Entre estos se encuentra:

- Corazón; menos de 30 Gy. V 30<35%; o V40 <30%
- Hígado: V30<60%
- Riñones: V20<70%
- Pulmones: V20<20%
- Médula espinal <45 Gy.

La dosificación recomendada es de 45 Gy fraccionada 25 veces, cada una con 1,8 Gy en 5 días de la semana, la energía de fotones es de >4Mv. Entre los efectos secundarios incluyen fatiga, reacciones alérgicas en la piel, dolor en el abdomen, deposiciones líquidas (Cosialls Bonet et al., 2022).

2.2.2.7.2. Cirugía: Gastrectomía

Es un procedimiento efectivo en estadios tempranos, debido a la agresión provocada durante la operación afecta el estado de salud del paciente. Existe una alteración en la digestión, y absorción de nutrientes, los cuales afectan la alimentación natural, por lo que se recomienda nutrición enteral (Arista Montes, 2020).

2.2.2.7.3. Quimioterapia

Es un tratamiento que depende del diagnóstico y estadio, la cual ayuda a reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía (Toapaxo et al., 2018).

2.2.2.8. Calidad de Vida en Pacientes con cáncer de estómago

La calidad de vida se encuentra definida desde la perspectiva integral, es decir, toma en cuenta diversas áreas como; estilo de vida, alimentación, calidad de agua, hogares con buena comunicación, practicas de actividad física. Por lo tanto uno de los factores que afectan la vida cotidiana de una persona. Esto se encuentra estrechamente relacionado con la función del individuo y su vida, bienestar salud física, mental y social (Peón Nava, 2022). Al ser diagnosticado como cáncer positivo de estómago la vida del paciente se ve afectada por efectos físicos, sociológicos y sociales que provocan cambios en su actitud. (Granizo Ruiz, 2016).

El adaptarse a esta enfermedad oncológica se refiere a cambios radicales en el estilo de vida, puesto que los tratamientos como quimioterapia, cirugías, radioterapias, hormonoterapia al estar sujeto a estos controles se descompensa física, emocional y socialmente; cabe destacar que en el ambiente laboral, académicos, políticos, familiar y personal ya le es difícil convivir con el día a día. Por otro lado, para permanecer y lograr una eficiente calidad de vida a medida que sea posible y factible se deberá tolerar todos los cambios ya antes mencionados (Granizo Ruiz, 2016).

Los pacientes ven con nervios sus vidas antes, durante y después del tratamiento, es importante puesto que, en el caso de sobrevivir a este cáncer agresivo, las familias y demás proveedores de salud formen parte de un todo para monitorear los 3 estados físico, emocional, social. Los avances en tratamientos oncológicos han tenido un impacto favorable para alargar la vida del paciente pero esto no garantiza el deterioro físico después de ellos, sin duda alguna esta patología crónica requiere de tratamientos muy invasivos que repercuten negativamente en la calidad de vida de las personas (Moran Castillo & Soto Orrillo, 2021).

A nivel psicológico el cáncer provoca un proceso de duelo en los pacientes, debido al cambio de estilo de vida que llega a sufrir el y la familia. A esto se debe tomar en cuenta que surgen restricciones sociales y alteración del estado nutricional, afectivo y mental (Astudillo Pardo & Castillo Calderón, 2020).

Se debe observar los síntomas a nivel post operatorio, ya que puede aparecer: saciedad temprana, pérdida de apetito, acidez estomacal, disfagia, náuseas y vomito que impactan en la calidad de vida del paciente. Es por ello que se debe tener especial cuidado en la malnutrición o desnutrición recurrente que aumentan las complicaciones y disminuye la supervivencia (Peón Nava, 2022).

2.2.2.9. Prevención.

Para la prevención de esta enfermedad se recomienda una alimentación adecuada para poder prevenir problemas gastrointestinales, dietas nutritivas en alimentos que puedan ser ingeridos por el estómago de una manera que no genere complicaciones es lo que se recomienda, incluso el consumo de frutos rojos (moras, frambuesas, cerezas), frutos secos (nueces además de avellanas), carnes blancas (pescado, pollo, pavo), vegetales (zanahoria, zapallo, cebolla) y cereales (Domínguez Quirumbay & González Baldeón, 2018).

Según las guías alimentarias del Ecuador los alimentos son una fuente de energía y nutrientes en la dieta, los cuales contienen: (Gobierno de la República del Ecuador et al., 2018)

- **Energía:** son los cereales como el arroz, la fuente principal de energía, proporciona entre 27 a 45% del aporte energético total. Además, tienen un índice glicémico de 70 o más.
- **Proteínas:** es el constituyente de mayor proporción de uso diaria en un 18,2%.
- **Carbohidratos:** son alimentos de consumo diario a nivel nacional
- **Grasas:** equivale al consumo diario de grasas totales, como el aceite de palma
- **Fibra:** se encuentra en la cascara de la papa, leguminosas, entre otros.

Ramirez Ramos & Sánchez Sanchez (2008) refiere que las dietas con bajo consumo en vitaminas antioxidantes y micronutrientes, provocan que la conversión de gastritis crónica activa, es por ello que se debe detectar los estadios tempranos en gastritis crónica atrófica. La inflamación que se da en gran cantidad de radicales libres afecta los tejidos que son generados por leucocitos polimorfonucleares y monocitos macrófagos

que realizan una acción fagocitaria.

A su vez se comunica que los radicales son beneficiosos, aunque su exceso puede causar daño histológico por mecanismos:

- Directo: reacciona con los glóbulos blancos (incluyen proteínas, lípidos y ADN)
- Indirecto: induce la elaboración de proteínas que generan estrés el cual está relacionado con los procesos inmunes.

El helicobacter pylori se asocia con la gastritis, esto se debe a que gran cantidad de células T gamma/del además de la proteína que se asocia a la expresión homóloga de la proteína de estrés groEl de las células epiteliales. A las glándulas T gamma/delta se caracterizan porque tienen la capacidad de destruir las glándulas gástricas.

La vitamina A, C, E, betacarotenos, retinol (conocidas como vitaminas antioxidantes) a la vez que micronutrientes como los tioles no proteicos, enzimas (superóxido, dismutasa y la glutatión peroxidasa), generan la reducción de los estándares de radicales libres en los tejidos. Esto indica que este factor dentro del campo nutricional, la gastritis crónica atrófica el bajo consumo de vegetales y frutas ricos en vitaminas antioxidantes.

Es importante mencionar que la carcinogénesis gástrica no tiene un origen explícito dada por la infección del H pylori:

- Baja porción de desarrollo del cáncer gástrico causado por la bacteria.
- Geográficamente la incidencia de este mal varía según el lugar, aun cuando esta infección existe en todo el mundo.
- Al relacionar el cáncer gástrico con los pacientes que padecen de ulcera duodenal se observa que los niveles de ácido ascórbico y que los polimorfismos de citoquinas son asociados con la gastritis más difusa e hiporcloridria a diferencia de la ausencia en pacientes con ulcera duodenal.

El riesgo de padecer cáncer de estómago presenta un mayor índice en personas que consumen grandes cantidades de alimentos ahumados, pescado, carne salada y vegetales conservados en vinagre. Nitritos - nitratos son sustancias que se están

presentes en carnes curadas, la bacteria como el helicobacter pylori transforma a los nitritos y nitratos en compuestos que pueden provocar el cáncer gástrico. No obstante, el consumo de frutas, verduras además de vegetales frescos ayudan a reducir los riesgos de padecer esta enfermedad.

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Descriptivo: Se especifica las propiedades, características y perfiles de la muestra en donde el estudio del cáncer gástrico se somete al análisis para establecer el comportamiento de las variables (Gallardo, 2017).

Correlacional: La finalidad es analizar la relación entre estado nutricional y calidad de vida para conocer el grado de asociación entre las variables y es sujeto a medición y cuantificación por medio de técnicas para establecer la verificación de las hipótesis. (Gallardo, 2017).

3.1.2. Diseño de la investigación

Cualitativa: Es una recolección de datos, donde se utiliza una encuesta, con el fin de recabar datos de los pacientes a estudiar. Se encuentra orientado en la reconstrucción de la realidad, de manera flexible ajustándose a los sucesos, con el fin de interpretar los datos y desarrollar la teoría (Escudero Sánchez & Cortez Suárez, 2018).

Semi-cuantitativa: Durante la recolección de datos se analiza la información proporcionada por la muestra, con el fin de identificar su naturaleza, es decir, origen causa, y complicaciones. Actúa como refuerzo de una encuesta, y colabora con las conclusiones, generando hipótesis (Cadena et al., 2017).

3.2. La población y la muestra

La población está conformada por 70 pacientes adulto mayor con cáncer de estómago que acuden a consulta externa desde enero hasta septiembre del 2022, Hospital de Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón

3.2.1. Características de la población

La muestra es no probabilística, la cual se enfoca en la intervención de 70 pacientes con cáncer de estómago de 65 a 90 años de edad que son atendidos en consulta externa, Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.

3.2.2. Delimitación de la población

Los pacientes adultos mayores comprendidos entre las edades de 65 a 90 años de edad con cáncer de estómago, Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, de la provincia de Guayas, ciudad de Guayaquil. En donde se realiza la recopilación de características sociodemográficas (edad, sexo, etnia), antropométricas (peso, talla, IMC), frecuencia de consumo de alimentos y calidad de vida.

3.2.3. Tipo de muestra

Se considera que el presente trabajo de investigación se enfoca en el total de 70 pacientes con cáncer gástrico, que corresponde a las edades de 65 a 90 años atendidos en el Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.

3.2.4. Tamaño de muestra

Se incluyó la totalidad de la población por lo que no se aplica fórmulas estadísticas para la determinación de la muestra.

3.2.5. Proceso de selección

En la recolección de datos se tomó en cuenta los siguientes parámetros:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con cáncer de estómago
- Adultos mayores de 65 a 90 años
- Atendidos en consulta externa del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que tengan menos de 65 y más de 90 años (longevos)

- Pacientes adultos mayores de 65 a 90 años Hospitalizados en el hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.

3.3. Los métodos y las técnicas

Para la investigación se utiliza los siguientes métodos:

3.3.1. Métodos teóricos

Hipotético- deductivo: surge en el siglo XIX, parte del supuesto de la existencia de orden en la naturaleza, es decir, cáncer de estómago y su relación con el adulto mayor, causas y consecuencias a largo ,y corto plazo. Se demuestra el alcance del fenómeno con el fin de verificar y perfeccionar las hipótesis establecidas (Gallardo, 2017).

3.3.2. Método empíricos

Entre los métodos empíricos se encuentra estudios documentales tales como: artículos científicas, artículos de revista, libros, entre otros, los cuales se utilizaron para verificar el entorno del paciente con cáncer, e interacción con la calidad de vida (Cerón Islas et al., 2021).

3.3.3. Técnicas e instrumentos

3.3.3.1. Valoración global subjetiva

Tamizaje realizado por Detsky et al., en 1987 Toronto, donde se mide el riesgo nutricional, basado en aspectos de la historia clínica y física.

Galván Barahona (2009) determina la estructura de valoración global subjetiva en las siguientes etapas:

- **Peso:** Consideraciones sobre mi peso actual y sobre la evolución de mi peso en las últimas semanas:
 En la actualidad peso alrededor de ____kilos
 Mido aproximadamente ____cm
 Hace aproximadamente un mes pesaba alrededor de ____kilos
 Hace seis meses pesaba alrededor de ____kilos

Durante las dos últimas semanas mi peso:

- (1) ha disminuido
 - (0) no ha cambiado
 - (2) ha aumentado
- **Ingesta:** en comparación con mi estado habitual, calificaría mi alimentación durante el último mes como
 - (0) sin cambios
 - (1) mayor de lo habitual
 - (1) menor de lo habitual
 - (1) alimentos normales, pero en menor cantidad de lo habitual
 - (2) pocos alimentos sólidos
 - (2) solamente líquidos
 - (3) solamente suplementos nutricionales
 - (4) muy poco
 - (0) solamente alimentación por sonda o intravenosa
- **Síntomas:** He tenido los siguientes problemas que me han impedido comer lo suficiente durante las últimas dos semanas
 - No tengo problemas con la alimentación (0)
 - Falta de apetito: no tenía ganas de comer (3)
 - Nauseas (1); vómitos (3); estreñimiento (1); llagas en la boca (2); diarrea (3); sequedad en la boca (1).
 - Los alimentos me saben raros o no me saben a nada (1)
 - Problemas al tragar (2)
 - Los olores me desagradan (1)
 - Me siento lleno/a enseguida (1)
 - Dolor donde (3) _____
 - Otros factores (1): _____
- **Capacidad Funcional:** en el curso del último mes calificaría mi actividad, en general, como:
 - Normal y sin limitaciones (0)

- No totalmente normal, pero capaz de mantenerme activo, y llevar a cabo actividades bastantes normales (1)
- Sin ganas de hacer la mayoría de las cosas, pero paso menos de la mitad del día en la cama o sentado (2)
- Capaz de realizar pequeñas actividades y paso la mayor parte, del día en la cama o sentado (3)
- Encamado raramente estoy fuera de la cama (3)
- **Enfermedad** y su relación con los requerimientos nutricionales
 - Diagnostico principal (especificar)
 - Estadio de la enfermedad
 - Edad
- **Demanda metabólica:**
 - Sin estrés metabólico
 - Estrés metabólico moderado
 - Estrés metabólico leve
 - Estrés metabólico elevado
- **Evaluación física**

En la física se evalúa la pérdida de grasa en tríceps, tórax, pérdida de músculo por medio del cuádriceps, deltoides, edema, ascitis. Para luego clasificarlas en normal, leve, moderada o grave (Galván Barahona, 2009).

3.3.3.2. Historia clínica

La historia clínica es un instrumento que aporta con la referencia del cáncer gástrico y la confirmación de los datos otorgados por el paciente de acuerdo a la evolución. Para realizar el proyecto: **Relación del estado nutricional con la calidad de vida en los adultos mayores con cáncer de estómago que acuden al hospital Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón, enero a septiembre 2022.** se obtiene el permiso correspondiente del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.

3.3.3.3. Frecuencia de consumo

Es un instrumento validado por la Universidad Miguel Hernández en el área de Salud pública y Epidemiología durante los años 1991 a 2002. Se toma en cuenta la alimentación del día anterior basado en; lácteos, huevos, carnes, pescados, verduras, legumbres, frutas, pan, cereales, y similares, aceites, y grasas; dulces, y pasteles; bebidas; precocinados, preelaborados, y misceláneas; y clasificarlos en nunca o menos de una vez al mes, 1 a 3 veces por mes, 1 vez por mes, 2 a 4 veces por semana, 5 a 6 por semana, 1 vez al día, 2 a 3 por día, 4 a 5 por día; más de 6 por día (Universidad Miguel Hernández, 2002).

3.3.3.4. Calidad de vida

Cuestionario validado en 1986 por la Organización Europea para la Investigación y el tratamiento del Cáncer (EORTC), en un inicio se creó el instrumento para cáncer de pulmón, pero se adaptado hasta la actualidad en otros tipos de cáncer. Consta de 30 ítems de diferentes dimensiones pero para el desarrollo del proyecto se consideran 28 aspectos donde se evalúa las funciones: físicas, laborales, cognitivas, emocionales, sociales y los síntomas: fatiga, dolor, náuseas, y vómitos (Cruz Bermúdez et al., 2013).

3.4. Consideraciones Éticas

En el desarrollo del presente trabajo investigativo se solicitó autorización al Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Ponton para realizar la recolección de datos en las instalaciones y el acceso a las historias clínicas. Además se requirió a los pacientes durante la entrevista la firma del consentimiento informado, detallando la confidencialidad de los datos y que la información obtenida se utilizarán con fines académicos.

3.5. Procesamiento estadístico de la información

Para analizar la información recolectada se utiliza los programas de Microsoft Excel 2016 y IBM SPSS Statistic V. 22. En donde se obtuvieron estadísticas, gráficos y análisis de frecuencias. Así mismo se obtuvo diferencias entre variables y determinar si existen diferencias o igualdades significativas. Con el fin de establecer conclusiones y validar hipótesis.

CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de la situación actual

Tabla 1

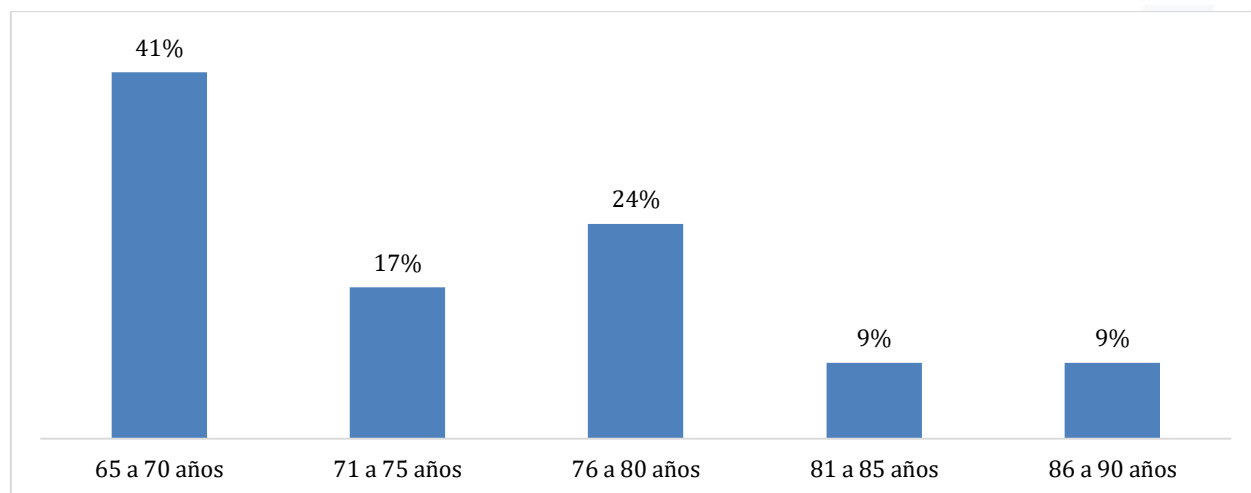
Distribución porcentual de acuerdo al rango de edad en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
65 a 70 años	29	41,4	41,4
71 a 75 años	12	17,1	58,5
76 a 80 años	17	24,3	82,8
81 a 85 años	6	8,6	91,4
86 a 90 años	6	8,6	100,0
Total	70	100,0	

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Figura 1

Rango de edad de los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.



Nota. Datos de edad de los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Fuente: Encuesta a los pacientes con cancer gastrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilber Pontón.

Análisis e interpretación

Según las distribución porcentual de acuerdo al rango de edad de los pacientes con cáncer gástrico indican que el 41,4% tenían entre 65 a 70 años, por otro lado en menor frecuencia el 17,1% se encuentra entre las edades de 71 a 75 años, Se debe considerar la vulnerabilidad del adulto mayor que al presentar el Helicobacter Pylory siendo una de las principales causas de la patología y al realizar un control inadecuado puede evolucionar al cáncer gástrico.

Tabla 2

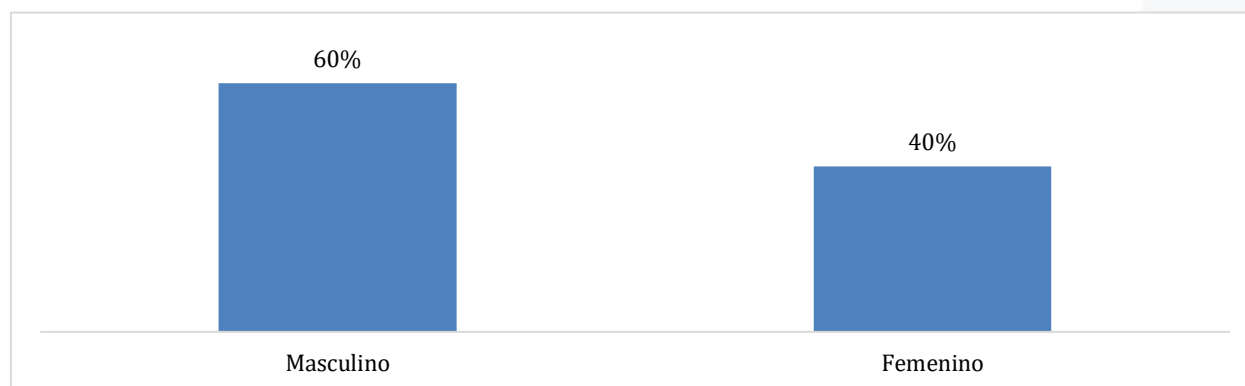
Distribución porcentual de acuerdo al sexo en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	42	60,0	60,0
Femenino	28	40,0	100,0
Total	70	100,0	

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Figura 2

Sexo de los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas, enero a septiembre 2022



Nota. Datos de sexo de los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Fuente: Encuesta a los pacientes con cancer gastrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilber Pontón.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual del sexo de los pacientes de la muestra indican que el 60% eran masculino y el 40% femenino. Nos permite conocer que en este hospital en cuanto al sexo los hombres tienen más tendencia a presentar cáncer de estómago.

Tabla 3

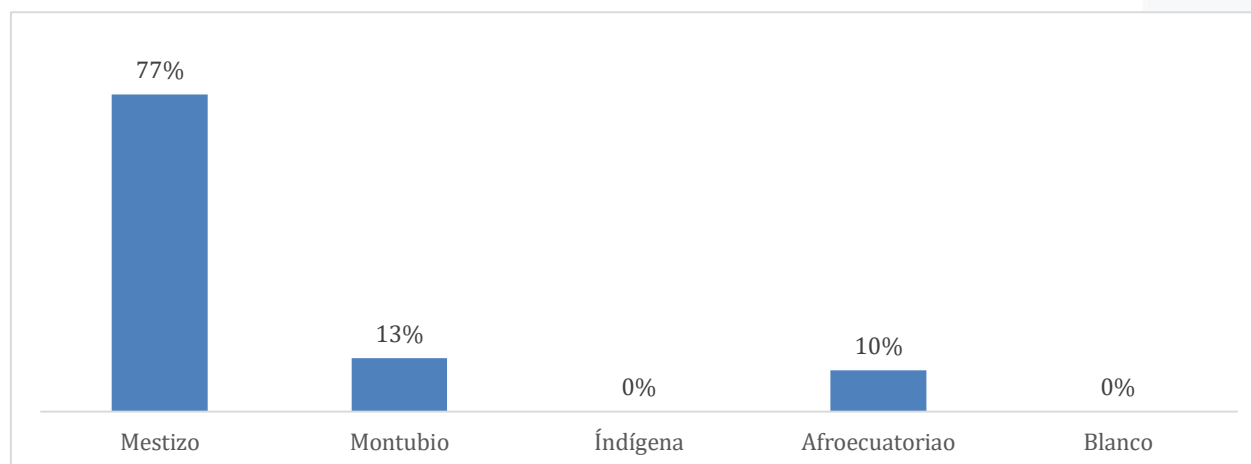
Distribución porcentual según la etnia en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

Etnia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mestizo	54	77,1	77,1
Montubio	9	12,9	90,0
Índigena	0	0,0	90,0
Afroecuatoriano	7	10,0	100,0
Blanco	0	0,0	100,0
Total	70		

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Figura 3

Étnia en los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas, enero a septiembre 2022



Nota. Datos de etnia de los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Fuente: Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual de la etnia de los pacientes se reflejo que en su mayoría eran mestizos con un 77,1% de prevalencia, y en menor frecuencia se encontraban los afroecuatorianos 10%, tomando en cuenta estos porcentajes.

Tabla 4

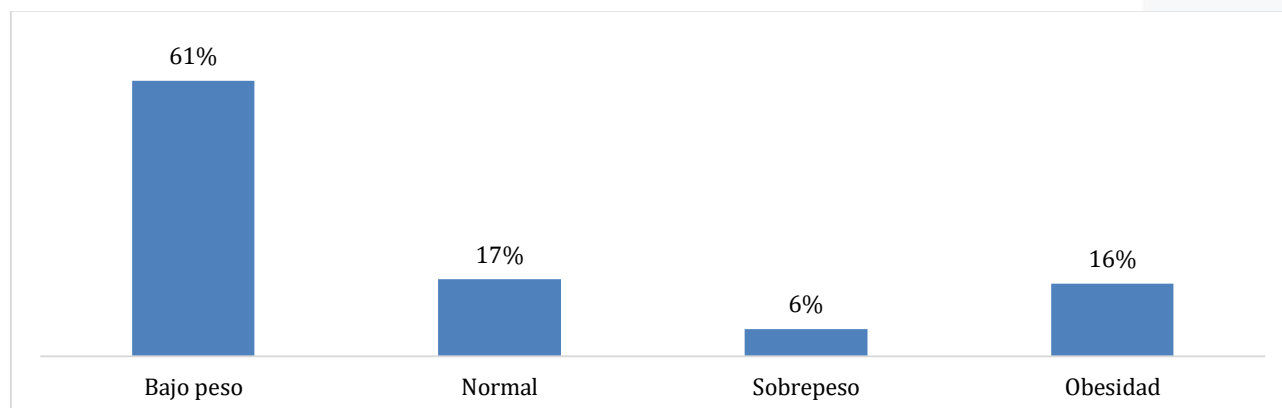
Distribución porcentual de acuerdo al índice de masa corporal en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

IMC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo peso	43	61,0	61,0
Normal	12	17,0	78,0
Sobrepeso	4	6,0	84,0
Obesidad	11	16,0	100,0
Total	70	100,0	

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Figura 4

Clasificación del índice de masa corporal en los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas, enero a septiembre 2022



Nota. Datos del índice de masa corporal de los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

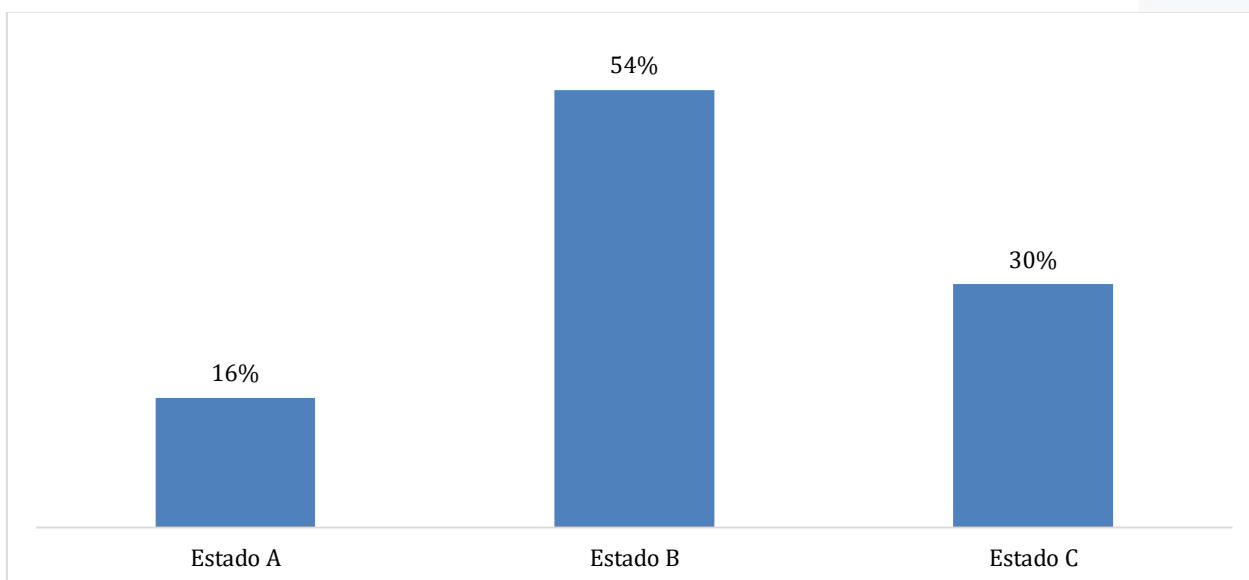
Fuente: Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilber Pontón.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual de acuerdo al índice de masa corporal, refleja que la muestra estudiada (n=70) en su mayoría el 61% se encuentra con bajo peso; el 17% normopeso; el 16% en obesidad y 6% tiene sobrepeso. Tomando en cuenta que se escogieron a pacientes con cáncer de estómago nos permite ver que el índice de masa corporal el de mayor tendencia es el bajo peso, este indicador se encuentra relacionado con los estadios de cáncer, signos y síntomas del tratamiento ya que estos alteran el sabor de las comidas, dificultad para la deglución, entre otros.

Figura 5

Valoración del estado nutricional en los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas, enero a septiembre 2022



Nota. Datos de la valoración global subjetiva de los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Fuente: Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual de la valoración global subjetiva indica que, el 54,2% se encuentra en un estado B, es decir, moderadamente malnutrido o sospechosamente

malnutrido, y el 15,8% estadio A bien nutrido. Aquí se debe tener en cuenta que se evaluaron las alteraciones de peso en la última semana, ingesta alimentaria, síntomas, capacidad funcional, enfermedad, demanda metabólica, y evaluación física.

Tabla 5

Distribución porcentual del consumo de lácteos y derivados en los pacientes con cáncer de estómago del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

	Lácteos	Frecuencia	Porcentaje
Leche descremada	Nunca	30	42,8
	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	11	15,7
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	23	32,8
	5 a 6 veces a la semana	6	8,6
Yogurt	Nunca	22	31,4
	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	22	31,4
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	21	30,0
Requesón cuahada o queso blanco	Nunca	26	37,1
	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	3	4,3
	4 a 5 veces al día	20	28,6
	2 a 4 veces a la semana	16	22,8
Queso cremoso	Nunca	28	40,0
	1 ves al día	1	1,4
	2 a 3 veces al día	3	4,3
	4 a 5 veces al día	4	5,7
	2 a 4 veces a la semana	20	28,5
Queso curado o semicurado	Nunca	4	5,7
	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	4	5,7
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	50	74,3
Helados	Nunca	53	75,7
	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	7	5,7
	5 a 6 veces a la semana	10	44,3

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual de la frecuencia de consumo de lácteos se analiza que los pacientes con cáncer gástrico independiente del estadio, nunca consumen los siguientes grupos de alimentos: la leche descremada (42,8%); yogurt 31,4%; tomando en cuenta que este mismo alimento se consume de 2 a 4 veces al día, requesón cuahada o queso blanco 37,1%; queso cremoso 40%; helados 75,7%. Por otro lado se observa que el queso curado o semicurado 74,3% se ingiere de 2 a 4 veces por semana. Esto de acuerdo al cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, observando así que su predominante es nunca, esto puede darse debido a las alteraciones organolépticas causadas por los tratamientos, falta de apetito o contraindicación a algún medicamento que se encuentre tomando.

Tabla 6

Distribución porcentual del consumo de huevos, carnes y pescado en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

Huevos, carnes, pescado		Frecuencia	Porcentaje
Huevos de gallina	Nunca	25	35,7
	1 ves al día	20	28,6
	2 a 3 veces al día	15	21,4
	4 a 5 veces al día	10	14,3
	2 a 4 veces a la semana	0	0,0
	5 a 6 veces a la semana	0	0,0
Pollo	Nunca	13	18,5
	1 ves al día	26	37,1
	2 a 3 veces al día	10	14,3
	4 a 5 veces al día	7	10,0
	2 a 4 veces a la semana	6	8,6
	5 a 6 veces a la semana	8	12,9
Carne/ ternera/cerdo	Nunca	24	34,1
	1 ves al día	26	37,1
	2 a 3 veces al día	5	7,1
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	10	14,3
	5 a 6 veces a la semana	5	7,1
Hígado de ternera	Nunca	30	42,8
	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	20	28,6
	5 a 6 veces a la semana	20	28,6
Vísceras/mollejas	Nunca	32	45,7
	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0

	2 a 4 veces a la semana	38	55,7
	5 a 6 veces a la semana	0	0,0
Jamón/ salchichón / salami/ mortadela	Nunca	50	71,4
	1 ves al día	2	4,3
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	8	11,4
	5 a 6 veces a la semana	10	14,3
		Nunca	27
Salchichas y similares	1 ves al día	7	10,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	13	18,6
	5 a 6 veces a la semana	23	32,9
		Nunca	60
Hamburguesa	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	5	7,1
	5 a 6 veces a la semana	5	7,1
		Nunca	0
Pescado frito	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	35	50,0
	5 a 6 veces a la semana	35	50,0
		Nunca	30
Pescado/ bacalao / anchoas	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	40	57,1
	5 a 6 veces a la semana	0	0,0
		Nunca	20
Pescados en conserva / atún	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	23	32,8
	5 a 6 veces a la semana	27	38,6
		Nunca	30
Almejas/ mejillones/ ostras	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	20	28,6
	5 a 6 veces a la semana	20	28,6
		Nunca	30
Calamar/ pulpo	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	20	28,6
	5 a 6 veces a la semana	20	28,6
		Nunca	27
Marisco / gambas/ langostas y similares	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	20	28,6
	5 a 6 veces a la semana	23	32,8

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual del cuestionario de frecuencia de consumo de huevos, carnes, y pescado se identifico que nunca se ingiere: vísceras / mollejas 45,7%; hígado de tenera 42,8%; 35,7% huevos de gallina; jamón, salchichón / salami / mortadela 71,4%; salchicha y similares 38,6%; hamburguesa 5,7%; almejas / mejillones / ostras 42,8%; calamar / pulpo 42,8%; mariscos / gambas / langostas y similares 38,6% nunca. Por lado se identifica que el consumo de pollo 37,1%; carne/ternera o cerdo 34,1% una vez al día, nunca; pescado frito el 50%; pescado / bacalao / anchoas 57,1% de 2 a 4 veces por semana; y 50%; pescados en conserva / atún 38,6% de 5 a 6 veces por semana. Lo recomendable seria que el paciente tenga una dieta hiperproteica debido al catabolismo que se presenta durante esta enfermedad, sin embargo se comprueba que en su mayoría por la alteración sensorial se omiten la alimentos proteicos. Es por ello que en casos de deficiencia nutricional se recomienda la suplementación enteral con el fin de mejorar su estado nutricional.

Tabla 7

Distribución porcentual del consumo de verduras y legumbres en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

	Verduras y vegetales	Frecuencia	Porcentaje
Espinacas	Nunca	28	25,7
	1 ves al día	33	41,1
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	9	12,9
	5 a 6 veces a la semana	0	0,0
Coliflor/ brocoli	Nunca	36	51,4
	1 ves al día	18	25,7
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	16	22,8
	5 a 6 veces a la semana	0	0,0
Lechuga	Nunca	20	28,6
	1 ves al día	19	27,1
	2 a 3 veces al día	13	18,6
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	18	25,7
	5 a 6 veces a la semana	0	0,0
	Nunca	0	0,0
	1 ves al día	12	17,1
	2 a 3 veces al día	30	42,9

Tomate	4 a 5 veces al día	16	22,9
	2 a 4 veces a la semana	11	15,7
	5 a 6 veces a la semana	1	1,4
Cebolla	Nunca	0	0,0
	1 ves al día	13	18,6
	2 a 3 veces al día	29	41,4
	4 a 5 veces al día	19	27,1
	2 a 4 veces a la semana	9	12,9
	5 a 6 veces a la semana	0	0,0
Zanahoria	Nunca	0	0,0
	1 ves al día	22	31,4
	2 a 3 veces al día	21	30,0
	4 a 5 veces al día	15	21,4
	2 a 4 veces a la semana	11	15,7
Judías verdes	5 a 6 veces a la semana	1	1,4
	Nunca	35	48,5
	1 ves al día	16	22,9
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	19	28,6
Berenjenas / calabacines / pepinos	5 a 6 veces a la semana	0	0,0
	Nunca	0	0,0
	1 ves al día	18	25,7
	2 a 3 veces al día	16	22,9
	4 a 5 veces al día	8	11,4
Pimientos	2 a 4 veces a la semana	19	27,1
	5 a 6 veces a la semana	9	12,9
	Nunca	0	0,0
	1 ves al día	30	43,0
	2 a 3 veces al día	8	11,4
Espárragos	4 a 5 veces al día	8	11,4
	2 a 4 veces a la semana	12	17,1
	5 a 6 veces a la semana	12	17,1
	Nunca	7	10,0
	1 ves al día	20	28,6
Champiñones	2 a 3 veces al día	10	14,3
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	21	30,0
	5 a 6 veces a la semana	12	17,1
	Nunca	19	27,1
Legumbres cocinadas / lentejas	1 ves al día	19	27,1
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	0	0,0
	5 a 6 veces a la semana	32	45,7
	Nunca	24	34,3
	1 ves al día	15	21,4
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	7	10,0
	2 a 4 veces a la semana	12	17,1
	5 a 6 veces a la semana	12	17,1

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual de la frecuencia de alimentos de verduras y legumbres se identificó que las espinacas son ingeridas en un 41,1% una vez al día; coliflor / brócoli 51,4%; lechuga 28,61%; judías verdes 48,5%; champiñones 27,1%; legumbres cocinadas / lentejas 34,3% nunca; tomate 42,9% de 2 a 3 veces al día; cebolla 41,4% de 2 a 3 veces al día; zanahoria 31,4% una vez al día y 30% de 2 a 3 veces al día; berenjenas / calabacines / pepinos 27,1%; espárragos 30% de 2 a 4 veces por semana; pimientos 43% una vez al día. Se debe tener en cuenta la asimilación es de manera catabólica tomando en cuenta los diferentes gustos y demanda nutricional de los pacientes con esta patología.

Tabla 8

Distribución porcentual del consumo de frutas en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

	Frutas	Frecuencia	Porcentaje
Naranjas	Nunca	44	62,8
	1 ves al día	2	2,9
	2 a 3 veces al día	11	15,7
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	6	8,5
	5 a 6 veces a la semana	7	10,0
Zumo de naranja	Nunca	51	72,9
	1 ves al día	14	20,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	0	0,0
	5 a 6 veces a la semana	5	7,1
Plátano	Nunca	23	32,9
	1 ves al día	12	17,1
	2 a 3 veces al día	18	25,7
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	17	24,3
	5 a 6 veces a la semana	0	0,0
Manzana / pera	Nunca	25	35,7
	1 ves al día	30	42,9
	2 a 3 veces al día	4	5,7
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	11	15,7
	5 a 6 veces a la semana	0	0,0
Fresas	Nunca	19	27,1
	1 ves al día	20	28,5
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	21	30,0

	5 a 6 veces a la semana	10	14,2
Cerezas	Nunca	32	45,7
	1 ves al día	11	15,7
	2 a 3 veces al día	1	1,4
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	0	0
	5 a 6 veces a la semana	26	37,1
Melocotón	Nunca	34	48,6
	1 ves al día	10	14,3
	2 a 3 veces al día	3	4,3
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	0	0,0
	5 a 6 veces a la semana	23	32,9
Sandía / melón	Nunca	36	51,4
	1 ves al día	19	27,1
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	0	0,0
	5 a 6 veces a la semana	15	21,4
Uvas	Nunca	10	14,3
	1 ves al día	25	35,7
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	22	31,4
	5 a 6 veces a la semana	13	18,6
Frutos secos	Nunca	13	18,6
	1 ves al día	16	22,9
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	17	24,3
	5 a 6 veces a la semana	24	34,3

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual de la frecuencia de alimentos en la categoría frutas se identifica que, el consumo de naranjas es del 62,8%; zumo de naranja 72,9%; plátano 32,9%; cerezas 45,7%; melocotón 48,6%; sandía / melón 51,4% nunca, manzana / pera 42,9%; uvas 35,7% una vez al día; fresas 30% de 2 a 4 veces al día; y frutos secos 34,3% de 5 a 6 veces al día. Se debe tener en cuenta que no todas las frutas son indicadas para los pacientes, además de tener en cuenta los gustos, requerimiento energético, economía y temporada.

Tabla 9

Distribución porcentual del consumo de pan, cereales y similares en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

Pan, cereales y similares		Frecuencia	Porcentaje
Pan blanco	Nunca	42	60,0
	1 ves al día	3	4,3
	2 a 3 veces al día	2	2,9
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	0	0,0
	5 a 6 veces a la semana	23	32,9
Pan integral	Nunca	0	0,0
	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	20	28,6
	5 a 6 veces a la semana	50	71,4
Patatas fritas	Nunca	24	34,2
	1 ves al día	24	34,2
	2 a 3 veces al día	15	21,4
	4 a 5 veces al día	2	2,9
	2 a 4 veces a la semana	0	0,0
	5 a 6 veces a la semana	5	7,1
Patatas cocidas	Nunca	33	47,1
	1 ves al día	16	22,9
	2 a 3 veces al día	9	12,9
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	0	0,0
	5 a 6 veces a la semana	12	17,1
Arroz	Nunca	17	24,3
	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	14	20,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	18	25,7
	5 a 6 veces a la semana	21	30,0
Pastas/espaguetis/ macarrones y similares	Nunca	23	32,9
	1 ves al día	9	12,9
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	38	54,3
	5 a 6 veces a la semana	0	0,0

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual de la frecuencia de grupo de alimentos pan, cereales y similares se identificó que, el pan blanco es consumido un 60%; patatas fritas 34,2%; patatas cocinadas 47,1% nunca. Por otro lado, el pan integral 71,4%; arroz 30% son ingeridos de 5 a 6 veces por semana; pastas / espaguetis / macarrones y similares 54,3%

de 2 a 4 veces por semana. Se recomienda fraccionar los panes, cereales y similares, dependiendo del tiempo de comida. A su vez se debe consumir de acuerdo a su requerimiento energético el consumo de preferencia es integrales, e ingesta de agua.

Tabla 10

Distribución porcentual del consumo de aceites y grasas en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

	Aceites y grasas	Frecuencia	Porcentaje
Aceite de oliva	Nunca	23	32,9
	1 ves al día	9	12,9
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	0	0,0
	5 a 6 veces a la semana	38	54,3
Aceite girasol / maíz / soja	Nunca	15	21,4
	1 ves al día	5	7,1
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	31	44,3
	5 a 6 veces a la semana	19	27,1
Margarina añadida	Nunca	0	0,0
	1 ves al día	12	17,1
	2 a 3 veces al día	21	30,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	12	17,1
	5 a 6 veces a la semana	25	35,7
Mantequilla añadida	Nunca	13	18,6
	1 ves al día	20	28,6
	2 a 3 veces al día	13	18,6
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	0	0,0
	5 a 6 veces a la semana	24	34,2
Manteca añadida	Nunca	0	0,0
	1 ves al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	70	100,0
	5 a 6 veces a la semana	0	0,0

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos en la categoría aceites y grasas se identifica que, el aceite de oliva 54%, margarina añadida 35,7%, mantequilla añadida 34,2% se consume de 5 a 6 veces por semana; aceite girasol / maíz / soja 44,3%, manteca añadida 100% de 2 a 4 veces por semana.

Este cuestionario indica las veces en las que los alimentos son enriquecidos con algunos de los ingredientes mencionados encontrando así que en su ingesta es adecuada para su estado C

Tabla 11

Distribución porcentual del consumo de dulces y pasteles en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

Dulces y pasteles		Frecuencia	Porcentaje
Galletas	Nunca	0	0,0
	1 ves al día	14	20,0
	2 a 3 veces al día	6	8,6
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	39	55,7
	5 a 6 veces a la semana	11	15,7
Croissants / donuts	Nunca	0	0,0
	1 ves al día	8	11,4
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	38	54,3
	5 a 6 veces a la semana	24	34,3
Magdalena / bizcocho	Nunca	8	11,4
	1 ves al día	18	25,7
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	25	35,7
	5 a 6 veces a la semana	19	27,1
Pasteles / tarta	Nunca	46	65,7
	1 ves al día	4	5,7
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	0	0,0
	5 a 6 veces a la semana	20	28,6
Chocolates / bombones	Nunca	30	42,8
	1 ves al día	21	30,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	11	15,7
	5 a 6 veces a la semana	8	11,4

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual de la frecuencia de consumo de dulces y pasteles se refleja que galletas son consumidas en un 55,7%; croissants / donuts 54,3%; magdalena / bizcocho 35,7% de 2 a 4 veces por semana; pasteles / tarta 65,7%; chocolates / bombones 41,8% por lo general no se consumen. A pesar de no recomendar

carbohidratos simples se observa que en su mayoría los pacientes oncológicos lo consumen.

Tabla 12

Distribución porcentual del consumo de bebidas en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

	Bebidas	Frecuencia	Porcentaje
Refrescos con gas	Nunca	42	60,0
	1 vez al día	8	11,4
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	11	15,7
	5 a 6 veces a la semana	9	12,9
Zumo de frutas	Nunca	20	28,5
	1 vez al día	30	42,8
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	10	14,2
	5 a 6 veces a la semana	10	14,2
Café	Nunca	30	43,8
	1 vez al día	8	11,4
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	23	32,8
	5 a 6 veces a la semana	9	12,9
Té	Nunca	5	7,1
	1 vez al día	35	50,0
	2 a 3 veces al día	30	42,9
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	0	0,0
	5 a 6 veces a la semana	0	0,0

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual de la frecuencia de consumo de bebidas indican que nunca se ingiere refrescos con gas en un 60%; café 43,8%. Por otro lado el zumo de frutas 42,8%; té 50% se consume 1 vez al día. El presente estudio confirma que existe una prevalencia inadecuada de líquidos de acuerdo a su patología preexistente, por ende se tienden a deshidratarse con más facilidad el cuadro clínico independientemente de su estadio.

Tabla 13

Distribución porcentual del consumo de precocinados o preelaborados y misceláneas en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

Precocinados o preelaborados y misceláneas	Frecuencia	Porcentaje	
Sopas y cremas de sobre	Nunca	24	34,2
	1 vez al día	13	18,6
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	21	30,0
	5 a 6 veces a la semana	12	17,1
Mayonesa y salsa de tomate	Nunca	26	37,1
	1 vez al día	20	28,6
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	9	12,9
	5 a 6 veces a la semana	12	21,4
Picantes	Nunca	70	100,0
	1 vez al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	0	0,0
	4 a 5 veces al día	0	0,0
	2 a 4 veces a la semana	0	0,0
	5 a 6 veces a la semana	0	0,0
Sal	Nunca	0	0,0
	1 vez al día	0	0,0
	2 a 3 veces al día	16	22,9
	4 a 5 veces al día	54	77,1
	2 a 4 veces a la semana	0	0,0
	5 a 6 veces a la semana	0	0,0
Ajo	Nunca	0	0,0
	1 vez al día	9	12,9
	2 a 3 veces al día	12	17,1
	4 a 5 veces al día	18	25,7
	2 a 4 veces a la semana	14	20,0
	5 a 6 veces a la semana	17	24,3
Mermelada / miel	Nunca	0	0,0
	1 vez al día	29	41,4
	2 a 3 veces al día	13	18,6
	4 a 5 veces al día	3	4,3
	2 a 4 veces a la semana	12	17,1
	5 a 6 veces a la semana	13	18,6
Azúcar	Nunca	0	0,0
	1 vez al día	10	14,3
	2 a 3 veces al día	5	7,1
	4 a 5 veces al día	24	34,3
	2 a 4 veces a la semana	25	35,7
	5 a 6 veces a la semana	6	8,6

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual de la frecuencia de consumo de alimentos precocinados, preelaborados o misceláneas se encontró que nunca se consume: sopas y cremas 34,2%; mayonesa y salsa de tomate 37,1%; picantes 100%. Por otro lado la sal y ajo se consume (77,1%; 25,7%) de 4 a 5 veces al día; mermelada / miel 41,4% una vez al día; azúcar 35,7% de 2 a 4 veces a la semana. Nos permite dar cuenta que a pesar de la patología no dejan de consumir esto tipos de alimentos con mayor frecuencia.

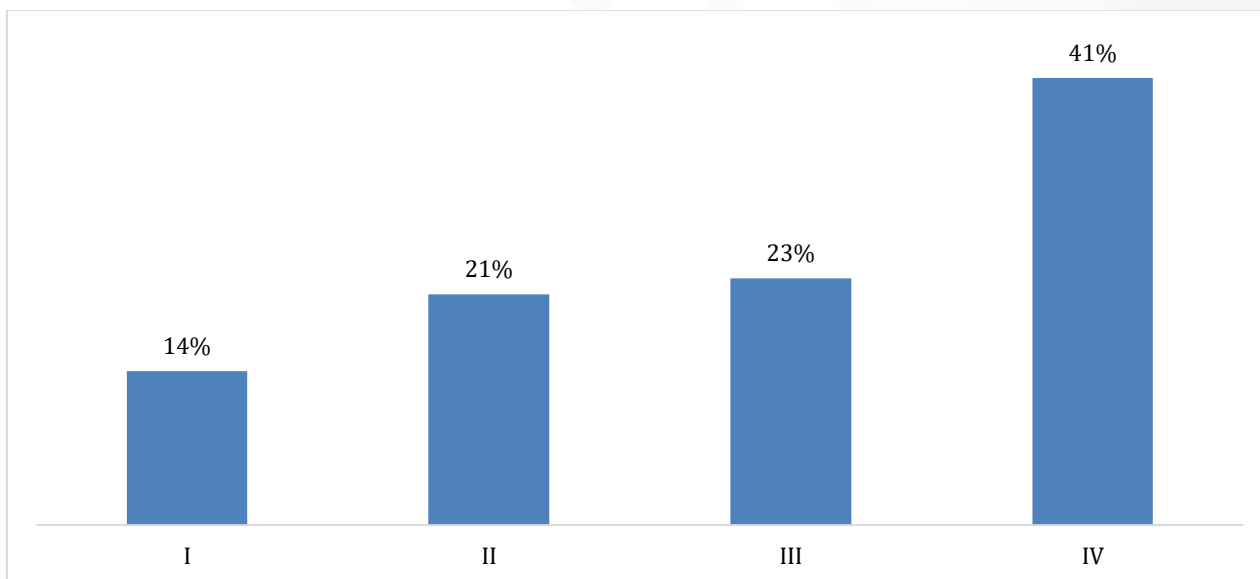
Tabla 14

Distribución porcentual de acuerdo al estadio del cáncer gástrico pacientes del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

Estadios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
I	10	14,3	14,3
II	15	21,4	35,7
III	16	22,9	58,6
IV	29	41,4	100,0

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Figura 6. Estadios del cáncer en los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas, enero a septiembre 2022



Nota. Datos los estadios de los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Fuente: Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual de los estadios del cáncer se identificó que el 41,4% se encuentra en un estadio IV, y en menor frecuencia el estadio I con un 14,3%. Siendo el estadio IV el más frecuente se recomienda un tratamiento nutricional adecuado para su requerimiento energético, tomando en cuenta uno de los factores como es el estrés.

Tabla 15

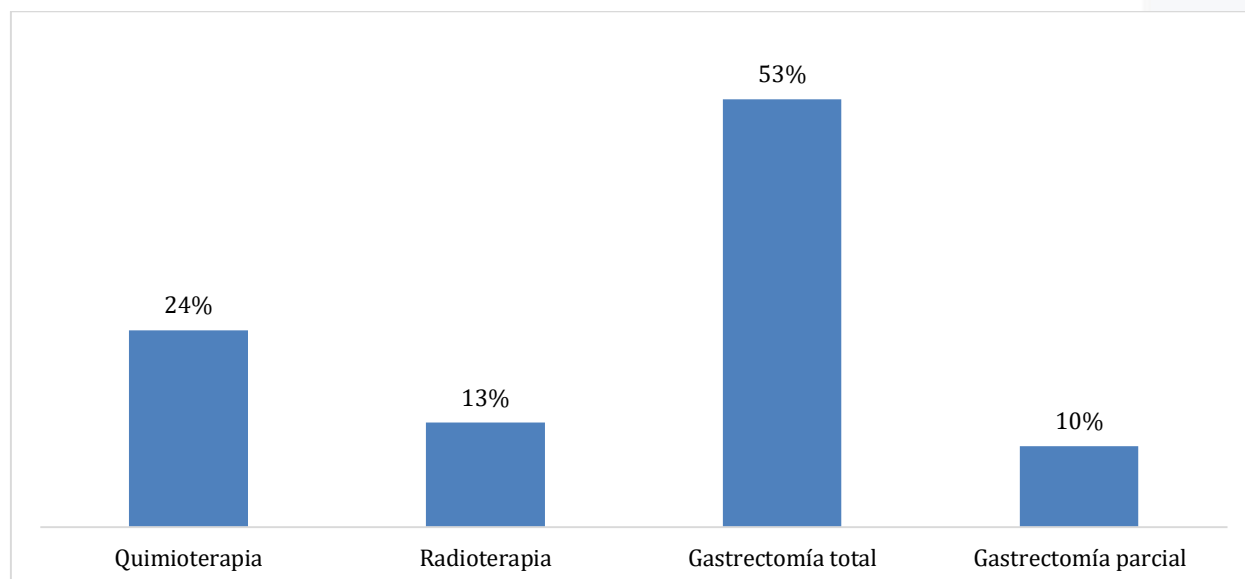
Distribución porcentual de acuerdo al protocolo de tratamiento del cáncer gástrico Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas Guayas.

Protocolo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Quimioterapia	17	24,3	24,3
Radioterapia	9	12,9	37,2
Gastrectomía total	37	52,8	90,0
Gastrectomía parcial	7	10,0	100,0
Total	70	100,0	

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Figura 7

Tratamiento del cáncer en los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas, enero a septiembre 2022



Nota. Datos del tratamiento de los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Fuente: Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual del tratamiento del cáncer de estómago recibido por la muestra, se identifica que, el 52,8% se ha realizado una gastrectomía total, y el 10%

parcial. Los tratamientos son realizados de acuerdo al estadio del cáncer del estómago y la valoración nutricional que le permite mantener una adecuada calidad de vida.

Tabla 16

Distribución porcentual de acuerdo al funcionamiento físico y social de la escala cuestionario de calidad de vida en los pacientes cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas

Funcionamiento físico y social		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1.- Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	Si	59	84,3	84,3
	No	11	15,7	100,0
2.- ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	Si	69	98,6	98,6
	No	1	1,4	100,0
3.- ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	Si	69	98,6	98,6
	No	1	1,4	100,0
4.- ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado en una silla la mayor parte del día?	Si	70	100	100,0
	No	0	0	100,0
5.- ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	Si	69	98,6	98,6
	No	1	1,4	100,0
6.- ¿Tiene algún impedimento para hacer su trabajo o las tareas y arreglos del hogar?	Si	69	98,6	98,6
	No	1	1,4	100,0
7.- ¿Es usted totalmente incapaz de	Si	69	98,6	98,6

realizar un trabajo profesional o las tareas y arreglos del hogar?	No	1	1,4	100,0
--	----	---	-----	-------

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual del funcionamiento físico y social de la escala funcional del cuestionario de la calidad de vida realizada a la muestra se identifica que, 84,3% si tiene dificultad para hacer actividades que requieran esfuerzo importante; además el 98,6% tiene dificultad para dar paseos largos; 98,6% para paseos cortos fuera de casa, 100% permanece en cama o sentado en una silla la mayor parte del día; 98,6% necesita ayuda para comer, vestirse o asearse; 98,6% tiene impedimento para realizar trabajos o tareas y arreglar el hogar, y 98,6% es incapaz de realizar trabajos profesionales o trabajos en el hogar. La escala funcional permite identificar a tiempo las dificultades presentes por cáncer de estómago para promover una intervención adecuada, mejorando así la calidad de vida.

Tabla 17

Distribución porcentual de acuerdo al funcionamiento emocional y cognitivo de la escala funcional del cuestionario de calidad de vida en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas.

Funcionamiento emocional y cognitivo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
20.- ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	En absoluto	15	21,4
	Un poco	7	10,0
	Bastante	8	11,4
	Mucho	40	57,1
21.- ¿Se sintió nervioso?	En absoluto	42	60,0
	Un poco	0	0
	Bastante	6	8,6
	Mucho	22	31,4

22.- ¿Se sintió preocupado?	En absoluto	0	0,0	0,0
	Un poco	0	0,0	0,0
	Bastante	31	44,3	44,3
	Mucho	39	55,7	100,0
23.- ¿Se sintió irritable?	En absoluto	0	0,0	0,0
	Un poco	0	0,0	0,0
	Bastante	41	58,6	58,6
	Mucho	29	41,4	100,0
24.- ¿Se sintió deprimido?	En absoluto	0	0,0	0,0
	Un poco	37	52,9	52,9
	Bastante	18	25,7	78,2
	Mucho	15	21,4	100,0
25.- ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	En absoluto	8	11,4	11,4
	Un poco	0	0	11,4
	Bastante	11	15,7	27,1
	Mucho	51	72,9	100,0

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual del funcionamiento emocional y cognitivo del cuestionario de calidad de vida se identificó que 42,8% tiene bastantes dificultades en concentrarse en actividades como leer el periódico o televisión; 60% en absoluto presenta nervios; 55,7% siente mucha preocupación; 58,6% bastante irritabilidad; depresión un poco al 52,9%; y el 72,9% presenta mucha dificultad para recordar las cosas. Aquí se mide el estado emocional frente a su enfermedad y cognitivo por medio de la retención de memoria, y sentimientos presentes.

Tabla 18

Distribución porcentual de acuerdo a la escala de síntomas del cuestionario de calidad de vida en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas

Escala de síntomas		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9.- ¿Ha tenido dolor?	En absoluto	0	0,0	0,0
	Un poco	24	34,3	34,3
	Bastante	30	42,9	77,2
	Mucho	16	22,8	100,0
12.- ¿Se ha sentido débil?	En absoluto	6	8,6	8,6
	Un poco	46	65,7	74,3

	Bastante	6	8,6	82,9
	Mucho	12	17,1	100,0
13.- ¿Le ha faltado el apetito?	En absoluto	0	0,0	0,0
	Un poco	25	35,7	35,7
	Bastante	17	24,3	60,0
	Mucho	28	40,0	100,0
14.- ¿Ha tenido náuseas?	En absoluto	0	0,0	0,0
	Un poco	14	20,0	20,0
	Bastante	33	47,1	67,1
	Mucho	23	32,9	100,0
15.- ¿Ha vomitado?	En absoluto	0	0,0	0,0
	Un poco	34	48,6	48,6
	Bastante	34	48,6	97,2
	Mucho	2	2,8	100,0
17.- ¿Ha tenido diarrea?	En absoluto	15	21,4	21,4
	Un poco	14	20,0	41,4
	Bastante	34	48,6	90,0
	Mucho	7	10,0	100,0

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual de la escala de síntomas se pudo identificar que, en su mayoría el 42,9% tiene bastante dolor; 65,7% un poco de debilidad; 40% mucha falta de apetito; 47,1% bastante náuseas; vómito un poco al 48,6% y bastante al 48,6%; y diarrea en un 48,6% bastante. Son síntomas presentes por efectos secundarios del tratamiento o medicina proporcionado por el especialista.

Tabla 19

Tabla cruzada entre tratamiento del paciente con cáncer gástrico y estadio de los pacientes que acuden al Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas

Estad ios	Tratamiento										Chi cuadr ado
	Gastrectomía parcial		Gastrectomía total		Quimioterapia		Radioterapia		Total		
	Frecue ncia	Porcen taje	Frecue ncia	Porcen taje	Frecue ncia	Porcen taje	Frecue ncia	Porcen taje	Frecue ncia	Porcen taje	
I	0	0	0	0	10	14	0	0	10	14	0,000
II	7	10	8	11	0	0	0	0	15	21	
III	0	0	0	0	7	10	9	13	16	23	
IV	0	0	29	41	0	0	0	0	29	41	

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis

Luego de evaluar el tratamiento del paciente con cáncer gástrico y el estadio de este se ha determinado que se encuentra una relación de 14% entre Estadio I y quimioterapia, estadio II con gastroctomía total. Durante el estadio III se encuentra una incidencia del 13% con la radioterapia, y el estadio IV del 41% con la gastectomía total. A su vez se encuentra una correlación significativa entre $p= 0,000$ menor a 0,005. Esto puede aparecer a los efectos al tratamiento dependiendo del estadio del cáncer gástrico y a su vez esto afecta la calidad de vida.

4.2. Análisis comparativo

En la presente investigación se establecieron las características sociodemográficas de la población a estudiar evidenciando que la edad fue de 65 a 90 años en donde predomina el grupo de edad de 76 a 80 años con un 24,3%, con respecto al sexo se encontró el 42% que corresponde al sexo masculino, en cuanto a la etnia el 77,1% es mestiza, el índice de masa corporal es del 61% que define el bajo peso y la valoración global subjetiva se encontró que el 54,2% tenían un estadio B o moderadamente desnutrido. De esta manera en el estudio realizado por Morales Alfaro et al. (2020) en el Hospital Público Mexicano sobre la evaluación del efecto de la inclusión de gerontólogos en una consulta de oncología con una muestra de 30 pacientes se identificó que la población tenía una media de 77,5 años, de sexo masculino 53%; con una desnutrición en un 90%. En donde se identificó que los datos coincidían en su mayoría.

Se puede evidenciar por medio del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos se demuestra que la ingesta de lácteos es del 12,9% entre 2 a 4 veces por semana, con los huevos, carnes y pescados entre 2 a 4 veces por semana se encuentra el 11,4%; en las verduras y legumbres la ingesta 1 vez al día corresponde al 11,4%. Por otro lado, la ingesta de frutas una vez al día es del 11,4%, con respecto a panes, cereales y similares con una frecuencia de 5 a 6 veces por semana es del 12,9%; los aceites y grasas se consumen en el 10% de 2 a 4 veces por semana; dulces y pasteles 1 vez al día en un 14,3%; bebidas una vez al día con un 14,3%; y precocinados, preelaborados y misceláneas el 10% una vez al día. Por lo tanto el estudio de Beltrán Santos & Cacya Ocaña (2019) trata de identificar los alimentos que llevan al cáncer gástrico en el departamento de Gastroenterología del Hospital Militar Central y observan en los resultados obtenidos que si consumen brócoli, cebolla, nabo y coliflor en un 40,5%; frutas 91,9%; papaya, zanahoria, lechuga y melón en un 81,1%; arroz integral en un 77%.

En el cuestionario de calidad de vida para cáncer de EORTCQLQ-CJO se toma en cuenta la escala funcional: física y social que identifica al adulto mayor con cáncer gástrico que tiene dificultad para realizar actividades que requieren esfuerzo en un 84,3%; dificultad para dar paseos largos 98,6%, paseos cortos fuera de casa 100%, permanece en cama

o sentado en una silla la mayor parte del día 98,6%, necesita ayuda para comer, vestirse o asearse 98,6%, tiene impedimento para realizar trabajos o tareas y arreglar el hogar 98,6%, es incapaz de realizar trabajos profesionales o trabajos en el hogar 98,6%.

En la misma escala: emocional y cognitivo se identifica que 42,8% tiene bastantes dificultades en concentrarse en actividades como leer el periódico o televisión 60% en absoluto presenta nervios; 55,7% siente mucha preocupación; 58,6% bastante irritabilidad; depresión un poco al 52,9%; y el 72,9% presenta mucha dificultad para recordar las cosas. En la escala sintomatológica identificar que, en su mayoría el 42,9% tiene bastante dolor; 65,7% un poco de debilidad; 40% mucha falta de apetito; 47,1% bastante náuseas; vómito un poco al 48,6% y bastante al 48,6%; y diarrea en un 48,6% bastante.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre la calidad de vida en los pacientes con cáncer gástrico y la relación con el estudio de Vargas Patana et al. (2018) realizado en el Hospital de la provincia de Concepción sobre las determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en mujeres de 65 y más con cáncer, con una muestra de 70 participantes de los cuales el 5,7% tenían cáncer gástrico; el 42,9% se encontraban en la etapa III; y de tratamiento recibían quimioterapia en un 52,9%. En el cuestionario de calidad de vida se identifica que el estado de salud tuvo una media de 65,7; DE $\pm 18,4$; funcionamiento físico 65,6, DE $\pm 23,1$; funcionamiento emocional 66,1, DE $\pm 21,4$; funcionamiento cognitivo 78,1, DE $\pm 24,2$; funcionamiento social 63,8, DE $\pm 27,7$; dolor 46,7, DE $\pm 23,7$; Estreñimiento 31,9, DE $\pm 34,7$; náuseas y vómito 14,8, DE $\pm 25,8$; diarrea 7,6; DE ± 19 . La diferencia entre los dos estudios demuestra que existen diferencias considerables entre las variables.

4.3. Verificación de las hipótesis

Hipotesis general

El estado nutricional se encuentra relacionado con la calidad de vida con respecto a los aspectos físico, social y emocional en los adultos mayores con cáncer de estómago que acuden al hospital Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas, enero a septiembre 2022.

Tabla 20

Tabla cruzada entre valoración global subjetiva y funcionalidad física y social en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas

Valoración Global subjetiva		Si		No		Chi cuadrado
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
1.-Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	Estado A	4	6%	7	10%	0,022
	Estado B	7	10%	31	44%	
	Estado C	<0	0%	21	30%	
2.- ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	Estado A	1	1%	10	14%	0,066
	Estado B	0	0%	38	54%	
	Estado C	0	0%	21	30%	
3.- ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	Estado A	1	1%	10	14%	0,066
	Estado B	0	0%	38	54%	
	Estado C	0	0%	21	30%	
4.- ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado en una silla la mayor	Estado A	1	1%	10	14%	0,066
	Estado B	0	0%	38	54%	
	Estado C	0	0%	21	30%	

parte del día?						
5.- ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	Estado A	1	1%	10	14%	0,066
	Estado B	0	0%	38	54%	
	Estado C	0	0%	21	30%	
6.- ¿Tiene algún impedimento para hacer su trabajo o las tareas y arreglos del hogar?	Estado A	1	1%	10	14%	0,066
	Estado B	0	0%	38	54%	
	Estado C	0	0%	21	30%	
7.- ¿Es usted totalmente incapaz de realizar un trabajo profesional o las tareas y arreglos del hogar?	Estado A	1	1%	10	14%	0,066
	Estado B	0	0%	38	54%	
	Estado C	0	0%	21	30%	

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Tras relacionar la valoración global subjetiva con el cuestionario de calidad de vida se encuentra que, en la pregunta 1 de dificultades para hacer actividades si existe relación valor p (sig= 0,022) por el bajo requerimiento nutricional debido a las manifestaciones clínicas que presenta . Por otro lado, desde la pregunta 2 a 7 sobre la dificultad para dar paseos largos, cortos, permanecer en cama, ayuda para comer vestirse, asearse, impedimento para realizar trabajo o tareas en el hogar, e incapacidad de realizar de manera profesional arreglos en caso no existe relación, ya que el valor p (sig=0,066).

Tabla 21

Tabla cruzada de la escala funcional emocional con la valoración global subjetiva en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas

Valoración Global subjetiva		Bastante		En absoluto		Mucho		Un poco		Chi cuadrado
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
20.- ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la Tv?	Estado A	1	1%	7	10%	0	0%	3	4%	0,000
	Estado B	5	7%	8	11%	21	30%	4	6%	
	Estado C	2	3%	0	0%	19	27%	0	0%	
21.- ¿Se sintió nervioso?	Estado A	0	0%	11	16%	0	0%	0	0%	0,016
	Estado B	4	6%	23	33%	11	16%	0	0%	
	Estado C	2	3%	8	11%	11	16%	0	0%	
22.- ¿Se sintió preocupado?	Estado A	7	10%	0	0%	4	6%	0	0%	0,355
	Estado B	16	23%	0	0%	13	19%	0,0	0%	
	Estado C	31	44%	0	0%	39	56%	0,0	0%	
23.- ¿Se sintió irritable?	Estado A	7	10%	0	0%	4	6%	0	0%	0,355
	Estado B	16	23%	0	0%	22	31%	0	0%	
24.- ¿Se sintió deprimido?	Estado A	1	1%	0	0%	4	6%	6	9%	0,019
	Estado B	12	17%	0	0%	11	16%	15	21%	
	Estado C	5	7%	0	0%	0	0%	16	23%	
25.- ¿Ha tenido dificultad es para recordar cosas?	Estado A	1	1%	4	6%	6	9%	0	0%	0,015
	Estado B	4	6%	4	6%	30	43%	0	0%	
	Estado C	6	9%	0	0%	15	21%	0	0%	

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Al evaluar el estado nutricional por medio de la valoración global subjetiva con el cuestionario de calidad de vida se identifica que si existe relación y se comprueba mediante la prueba de chi cuadrado que la dificultad de concentrarse $p=0,000$; nerviosismo $p=0,016$, depresión $p=0,019$, pérdida de memoria $p=0,015$; dolor $p=0,004$ y los que no tienen relación es irritabilidad con valor p (sig= 0,355).

Hipotesis particular 1

Con la valoración global subjetiva se determina que existe predominio del estado nutricional moderadamente desnutrido en el adulto mayor con cáncer de estómago.

Tabla 22

Distribución porcentual de la valoración global subjetiva en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas

Valoración global subjetiva	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Estado A	11	16,0	16,0
Estado B	38	54,0	70,0
Estado C	21	30,0	100,0
Total	70	100,0	

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis

En la valoración global subjetiva se demuestra que el 54% se encuentra en estadio b, es decir moderadamente desnutrido, comprobando así la hipótesis.

Hipótesis particular 2

Los hábitos alimentarios por medio del cuestionario de frecuencia de consumo determinan que los adultos mayores en el estadio IV de cáncer de estómago no cumplen los requerimientos nutricionales

Tabla 23

Tabla cruzada entre los grupo de alimentos y estadíos del cáncer gástrico de los pacientes que acueden al Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, provincia del Guayas

Grupo de alimentos	Estadíos de cáncer gástrico										Chi cuadrado	
	Estadio I		Estadio II		Estadio III		Estadio IV		Total			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Lácteos	Nunca	4	5,7	7	10,0	5	7,1	10	14,3	26	37,1	0,364
	1 vez/día	1	1,4	0	0,0	0	0,0	6	8,6	7	10,0	
	2-3 veces/día	1	1,4	1	1,4	0	0,0	2	2,9	4	5,7	
	4-5 veces/día	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	2-4 veces/semana	2	2,9	6	8,6	7	10,0	9	12,9	24	34,3	
	5-6 veces/semana	2	2,9	1	1,4	4	5,7	2	2,9	9	12,9	
Huevos, carnes y pescado	Nunca	6	8,6	7	10,0	4	5,7	11	15,7	28	40,0	0,205
	1 vez/día	0	0,0	1	1,4	1	1,4	4	5,7	6	8,6	
	2-3 veces/día	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,9	2	2,9	
	4-5 veces/día	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	
	2-4 veces/semana	2	2,9	5	7,1	4	5,7	8	11,4	19	27,1	
	5-6 veces/semana	1	1,4	2	2,9	7	10,0	4	5,7	14	20,0	
Verduras y legumbres	Nunca	1	1,4	3	4,3	4	5,7	6	8,6	14	20,0	0,376
	1 vez/día	2	2,9	8	11,4	2	2,9	8	11,4	20	28,6	
	2-3 veces/día	1	1,4	1	1,4	5	7,1	4	5,7	11	15,7	
	4-5 veces/día	2	2,9	0	0,0	3	4,3	2	2,9	7	10,0	
	2-4 veces/semana	2	2,9	2	2,9	1	1,4	6	8,6	11	15,7	
	5-6 veces/semana	2	2,9	1	1,4	1	1,4	3	4,3	7	10,0	
Frutas	Nunca	3	4,3	5	7,1	4	5,7	7	10,0	19	27,1	0,633
	1 vez/día	4	5,7	4	5,7	5	7,1	8	11,4	21	30,0	
	2-3 veces/día	0	0,0	1	1,4	3	4,3	3	4,3	7	10,0	
	4-5 veces/día	2	2,9	0	0,0	0	0,0	1	1,4	3	4,3	
	2-4 veces/semana	1	1,4	3	4,3	2	2,9	5	7,1	11	15,7	
	5-6 veces/semana	0	0,0	2	2,9	2	2,9	5	7,1	9	12,9	
	Nunca	3	4,3	4	5,7	6	8,6	7	10,0	20	28,6	

Pan, cereales y similares	1 vez/día	2	2,9	0	0,0	2	2,9	5	7,1	9	12,9	0,867
	2-3 veces/día	2	2,9	2	2,9	2	2,9	3	4,3	9	12,6	
	4-5 veces/día	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	2-4 veces/semana	1	1,4	5	7,1	2	2,9	5	7,1	13	18,6	
	5-6 veces/semana	2	2,9	4	5,7	4	5,7	9	12,9	19	27,1	
Aceites y grasa	Nunca	1	1,4	2	2,9	2	2,9	5	7,1	10	14,3	0,877
	1 vez/día	0	0,0	2	2,9	3	4,3	4	5,7	9	12,9	
	2-3 veces/día	2	2,9	0	0,0	2	2,9	4	5,7	8	11,4	
	4-5 veces/día	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	2-4 veces/semana	3	4,3	5	7,1	6	8,6	7	10,0	21	30,0	
	5-6 veces/semana	4	5,7	6	8,6	7	10,0	9	12,9	22	31,4	
Dulces y pasteles	Nunca	2	2,9	3	4,3	2	2,9	10	14,3	17	24,3	0,252
	1 vez/día	2	2,9	3	4,3	3	4,3	10	14,3	18	25,7	
	2-3 veces/día	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	
	4-5 veces/día	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	2-4 veces/semana	2	2,9	4	5,7	7	10,0	5	7,1	18	25,7	
	5-6 veces/semana	3	4,3	5	7,1	4	5,7	4	5,7	16	22,9	
Bebidas	Nunca	5	7,1	4	5,7	6	8,6	9	12,9	24	34,3	0,605
	1 vez/día	1	1,4	6	8,6	3	4,3	10	14,3	20	28,6	
	2-3 veces/día	1	1,4	0	0,0	3	4,3	4	5,7	8	11,4	
	4-5 veces/día	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	2-4 veces/semana	2	2,9	4	5,7	3	4,3	2	2,9	11	15,7	
	5-6 veces/semana	1	1,4	1	1,4	1	1,4	4	5,7	7	10,0	
Precocinados, pre elaborados, y miscelaneas	Nunca	5	7,1	7	10,0	6	8,6	12	17,1	30	42,9	0,769
	1 vez/día	1	1,4	1	1,4	3	4,3	7	10,0	12	17,1	
	2-3 veces/día	1	1,4	2	2,9	0	0,0	4	5,7	7	10,0	
	4-5 veces/día	2	2,9	2	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	2-4 veces/semana	0	0,0	0	0,0	5	7,1	3	4,3	12	17,1	
	5-6 veces/semana	1	1,4	3	4,3	2	2,9	3	4,3	9	12,9	

Nota. Encuesta a los pacientes con cancer gastrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Analisis e interpretación

Por medio del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos se demuestra que los grupos alimentarios no tiene relación con los estadías del cáncer porque el chi cuadrado fue de $p=0,364; 0,205; 0,376; 0,633; 0,867; 0,877; 0,252; 0,605; 0,769$; valores mayores a 0,005, lo cual demuestra que ambas variables son independientes y no tienen relación estadística.

Hipótesis particular 3

La calidad de vida a nivel físico, social, emocional, cognitivo y de acuerdo a la sintomatología deterioran las condiciones de vida en los adultos mayores con cáncer de estómago.

Tabla 24

Distribución porcentual de acuerdo al funcionamiento físico y social de la escala cuestionario de calidad de vida en los pacientes cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas

Funcionamiento físico y social	Frecuencia	Porcentaje
1.- Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	Si 59	84,3
2.- ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	Si 69	98,6
3.- ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	Si 69	98,6
4.- ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado en una silla la mayor parte del día?	Si 70	100
5.- ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	Si 69	98,6

6.- ¿Tiene algún impedimento para hacer su trabajo o las tareas y arreglos del hogar?	Si	69	98,6
7.- ¿Es usted totalmente incapaz de realizar un trabajo profesional o las tareas y arreglos del hogar?	Si	69	98,6

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

La calidad de vida dentro de los aspecto físico y social se encuentra que de 59 encuestados, 84,3% tienen dificultad para realizar actividades de esfuerzos, de 98,6% presenta complicaciones para dar paseos largos; y cortos fuera de casa; 100% debe permanecer sentado la mayor parte del día; 98,6% necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio; 98,6% no puede realizar trabajos o tareas del hogar o de manera profesional.

Tabla 25

Distribución porcentual de acuerdo al funcionamiento emocional, y cognitivo de la escala funcional del cuestionario de calidad de vida en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas

Funcionamiento emocional y cognitivo	Frecuencia	Porcentaje	
20.- ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	Mucho	40	57,1
21.- ¿Se sintió nervioso?	En absoluto	42	60,0
22.- ¿Se sintió preocupado?	Mucho	39	55,7
23.- ¿Se sintió irritable?	Bastante	41	58,6
24.- ¿Se sintió deprimido?	Un poco	37	52,9

25.- ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	Mucho	51	72,9
--	-------	----	------

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual del funcionamiento emocional y cognitivo del cuestionario de calidad de vida se identificó que 57,1% tiene mucha dificultad para concentrarse en actividades como leer el periódico o televisión; 60% en absoluto presenta nervios; el 55,7% siente mucha preocupación; 58,6% bastante irritabilidad; depresión un poco al 52,9%; y el 72,9% presenta mucha dificultad para recordar las cosas. Aquí se estima el estado emocional y cognitivo del paciente frente a la enfermedad, por medio de: retención de memoria, y sentimientos presentes.

Tabla 26

Distribución porcentual de acuerdo a la escala de síntomas del cuestionario de calidad de vida en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas

	Escala de síntomas	Frecuencia	Porcentaje
9.- ¿Ha tenido dolor?	Bastante	30	42,9
12.- ¿Se ha sentido débil?	Un poco	46	65,7
13.- ¿Le ha faltado el apetito?	Mucho	28	40,0
14.- ¿Ha tenido náuseas?	Bastante	33	47,1
15.- ¿Ha vomitado?	Un poco	34	48,6
	Bastante	34	48,6
17.- ¿Ha tenido diarrea?	Bastante	34	48,6

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis e interpretación

Según la distribución porcentual de la escala de síntomas se pudo identificar que, en su mayoría el 42,9% tiene bastante dolor; 65,7% un poco de debilidad; 40% mucha falta de apetito; 47,1% bastante náuseas; vómito (un poco y bastante) y diarrea (bastante) el 48,6%. Los presentes son síntomas por efectos secundarios del tratamiento o medicina proporcionado por el especialista.

Se determina por medio de las escalas funcionales y sintomatológicas que el paciente adulto mayor con cáncer presenta diversas deficiencias en sus escalas, concluyendo que su calidad de vida es pobre e ineficiente de mucho cuidado, afirmado la hipótesis planteada.

Hipótesis particular 4

El estado nutricional y la calidad de vida se encuentran relacionados con la sintomatología en el adulto mayor con cáncer de estómago

Tabla 27

Tabla cruzada de la escala de síntomas con la valoración global subjetiva en los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayas

Valoración Global subjetiva	Bastante		En absoluto		Mucho		Un poco		Chi cuadrado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
9.- ¿Ha tenido dolor?	Estado A	1	1%	0	0%	2	3%	8	11%	0,004
	Estado B	18	26%	0	0%	6	9%	14	20%	
	Estado C	11	16%	0	0%	8	11%	2	3%	
12.- ¿Se ha sentido débil?	Estado A	0	0%	1	1%	0	0%	10	14%	0,477
	Estado B	4	6%	3	4%	9	13%	22	31%	
	Estado C	2	3%	2	3%	3	4%	14	20%	
13.- ¿Le ha faltado el	Estado A	0	0%	0	0%	0	0%	11	16%	0,000
	Estado B	7	10%	0	0%	17	24%	14	20%	
	Estado C	10	14%	0	0%	11	16%	0	0%	

apetito ?										
14.- ¿Ha tenido náuseas?	Estado A	4	6%	0	0%	0	0%	7	10%	0,000
	Estado B	21	30%	0	0%	10	14%	7	10%	
	Estado C	8	11%	0	0%	13	19%	0	0%	
15.- ¿Ha vomitado?	Estado A	7	10%	0	0%	0	0%	4	6%	0,418
	Estado B	19	27%	0	0%	2	3%	17	24%	
	Estado C	8	11%	0	0%	0	0%	13	19%	
17.- ¿Ha tenido diarrea?	Estado A	0	0%	6	9%	0	0%	5	7%	0,000
	Estado B	18	26%	9	13%	3	4%	8	11%	
	Estado C	16	23%	0	0%	4	6%	1	1%	

Nota. Encuesta a los pacientes con cáncer gástrico del área de oncología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la provincia del Guayas, enero a septiembre 2022.

Análisis

Tras evaluar globalmente la calidad de vida, y la valoración global subjetiva se identifica que, la presencia de dolor, falta de apetito, náuseas, y diarrea si tienen relación valor p (sig= 0,004; 0,000; 0,000), debida a la deficiencia o desequilibrio nutricional provocado por el cáncer de estómago . Por otro lado, no existe relación con la debilidad, y los vómitos según el valor p (sig= 0,477; 0,418).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- El estado nutricional de los adultos mayores con cáncer de estómago si contribuye para la mejora la calidad de vida de estos pacientes, sin embargo se debe tener en cuenta el tiempo transcurrido hasta ser diagnosticado por la enfermedad, presencia de metástasis, tratamiento sugerido, apoyo familiar, y económico.
- Al evaluar el estado nutricional de los adultos mayores con cáncer por medio de la valoración global subjetiva se encontró que, el 54% tenía un estadio B o moderadamente desnutrido; por que la muestra fue conformada por 70 pacientes con está patología independientemente al estadía y tratamiento actual, dentro del estadio C con desnutrición se encuentra un aproximado de 30%, y estadio A normal 16%.
- Por medio del cuestionario de consumo de alimentos se encontró: el consumo la ingesta de lácteos es del 12,9% entre 2 a 4 veces por semana, huevos, carnes y pescados entre 2 a 4 veces por semana se encuentra el 11,4%; en las verduras y legumbres la ingesta 1 vez al día corresponde al 11,4%. Por otro lado, la ingesta de frutas una vez al día es del 11,4%, con respecto a panes, cereales y similares con una frecuencia de 5 a 6 veces por semana es del 12,9%; los aceites y grasas se consumen en el 10% de 2 a 4 veces por semana; dulces y pasteles 1 vez al día en un 14.3%; bebidas una vez al día con un 14,3%; y precocinados, preelaborados y misceláneas el 10% una vez al día. Se puede identificar que la muestra lleva una alimentación desequilibrada, no acorde a su requerimiento, peso y actividades.
- Al identificar la calidad de vida de los adultos mayores con cáncer de estómago se observo que existe presencia de: bastante dificultad para concentrarse 42,8%; en absoluto nervios 60%; preocupación en absoluto 100%; bastante irritabilidad 58,6%; depresión un poco 52,9%; memoria mucha 72,9%; bastante dolor 77,2%; denilidad un poco 65,7%; inapetencia mucha 40%; nauseas bastante 47,1%; vomito un poco 48,6%; y bastante 48,6%; y bastante diarrea 48,6%. Aquí se

aprecia que la población estudiada tiene una calidad de vida comprometida en presencia de esta patología, por lo cual se busca mejorarla con el fin de que acepte su enfermedad y las consecuencias de esta.

- Al relacionar el estado nutricional por medio de la valoración global subjetiva y la calidad de vida del adulto mayor con cáncer de estómago se encontró que existe relación con: dificultad para cargar peso (0,022); dolor (0,004); inapetencia, náuseas, y diarrea (0,000). Se debe considerar que dichos síntomas pueden aparecer por efecto propio de su edad, enfermedad o efecto secundario del tratamiento recibido.

5.2. Recomendaciones

- Para mejorar la influencia entre el cáncer de estómago y la calidad de vida del adulto mayor es necesario incluir estrategias didácticas y apoyo psicológico de los diversos especialistas sanitarios deben intervenir durante esta patología.
- Se recomienda evaluar periódicamente al paciente con el cuestionario de valor global subjetiva con el fin de conocer la modificación de sus hábitos alimentarios, digestivos, y emocionales.
- Es recomendable orientar a los pacientes con cáncer de estómago sobre las modificaciones de la ingesta y en caso de alteraciones del sabor que se puede hacer o reemplazar en consistencia, textura mejorando así la ingesta de alimentos.
- Se sugiere identificar mejor los síntomas asociados debido a que estos pueden ser debido a los efectos secundarios de los tratamientos tales como quimioterapia o radioterapia.
- Es importante que la relación existente entre calidad de vida y estado nutricional en el adulto mayor mejore sintomatológicamente y funcionalmente para que el paciente tenga una adaptación y asimilación del paciente con el fin de mejorar su cuidado familiar y autocuidado.

BIBLIOGRAFIA

- (Instituto Nacional del Cáncer, N. (2022). *La nutrición en el tratamiento del cáncer*.
https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/perdida-apetito/nutricion-pdq#_164
- (Universidad Miguel Hernández, U. (2002). Cuestionario de Frecuencia alimentaria. *Nutrición y Salud Pública. Métodos, Bases Científicas y Aplicaciones.*, 1(1), 199–210.
- Acevedo, V. M., Thompson, E. R., Campos, S. D., Moncada, P. J., Salfate, P. B., Ledermann, F. H., & Medicina, E. De. (2021). *Estrategias internacionales para la prevención del cáncer gástrico*. 78–83.
- Arista Montes, Y. (2020). *Terapia nutricional en pacientes con cánceres gástrico* (Vol. 21, Issue 1) [Universidad Nibert Wiener]. <http://mpoc.org.my/malaysian-palm-oil-industry/>
- Arnold, M., Abnet, C. C., Neale, R. E., Vignat, J., Giovannucci, E. L., McGlynn, K. A., & Bray, F. (2020). Global Burden of 5 Major Types of Gastrointestinal Cancer. *Gastroenterology*, 159(1), 335-349.e15. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.068>
- Arribas, L., Hurtós, L., Milà, R., Fort, E., & Peiró, I. (2013). Factores pronóstico de desnutrición a partir de la valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Nutricion Hospitalaria*, 28(1), 155–163. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6168>
- Astudillo Pardo, N., & Castillo Calderón, G. (2020). Valoración de riesgo nutricional en pacientes peri-operatorios mediante cribado Nutritional Risk Screening (NRS- 2002), ingresados en las salas de cirugía general del Hospital Luis Vernaza, periodo 2019-2020. *Sustainability (Switzerland)*, 4(1), 1–9. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-20203177951%0Ahttp://dx.doi.org/10.1038/s41562-020-0887-9%0Ahttp://dx.doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z%0Ahttps://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193%0Ahttp://sersc.org/journals/i>

ndex.php/IJAST/article

Beltran Santos, S. I., & Cacya Ocaña, R. J. (2019). *Factores predisponentes que conllevan a cáncer gástrico en pacientes que acuden al consultorio de gastroenterología del Hospital Militar Central, septiembre y octubre, 2019* [Universidad Autónoma de Ica]. [http://repositorio.autonomaedica.edu.pe/bitstream/autonomaedica/976/1/Rina Jovita Cacya Ocaña.pdf](http://repositorio.autonomaedica.edu.pe/bitstream/autonomaedica/976/1/Rina%20Cacya%20Oca%C3%B1a.pdf)

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>

Cadena, P., Mendel, R., Aguilar, J., Rendón, R., Salinas, E., Cruz, F., & Sangerman, D. (2017). Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 8(7), 1603. <https://bit.ly/35lqdV8>

Cahuata Lozano, S. L. (2019). *Calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo - Essalud.* [Tesis para optar el grado académico de maestro en salud pública con mención en gerencia]. Lima:Univers [Universidad Católica de Santa María]. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/9649>

Calderón Martínez, D. X., & Peralta Álvarez, J. K. (2022). *Valoración Nutricional por medio de Antropometría y Dietética a pacientes pediátricos oncológicos que son atendidos en el Hospital Solca* [Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. <http://201.159.223.180/bitstream/3317/17937/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-492.pdf>

Canelos Moreno, J. A. (2018). Mortalidad de cáncer de estómago en el Ecuador: diferencias según factores sociales año 2012 - 2016. In *Universidad Católica de Santiago de Guayaquil* (Vol. 1, Issue 1). Universidad Católica de Santiago de

Guayaquil.

Carrillo Lozano, E., Osés Zárata, V., & Campos del Portillo, R. (2021). Manejo nutricional del paciente con cáncer gástrico. *Sociedad Endocrinológica, Diabetes y Nutrición*, 68(1), 428–438. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.endinu.2020.09.004>

Carrillo Lozano, E., Osés Zárata, V., & Portillo, C. del. (2021). Manejo nutricional del cáncer gástrico. *Endocrinología, Diabétes y Nutrición*, 68(6), 428–438. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2530018021000822>

Cerón Islas, A., Perea de la Fuente, M. A., & Figueroa Velázquez, J. G. (2021). Métodos empíricos de la investigación. *Ciencia Huasteca Boletín Científico de La Escuela Superior de Huejutla*, 9(17), 33–34. <https://doi.org/10.29057/esh.v9i17.6701>

Chirinos Vega, J. A., Vargas, G., Alcántara, C., & Zapata, J. (2018). Disección submucosa endoscópica como tratamiento de cáncer gástrico temprano: experiencia en 2 centros de Lima, Perú. *Revista de Gastroenterología de Mexico*, 83(4), 393–399. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.10.001>

Claros, J., Vidal Tocino, R., Fonseca, E., Cigaral, B., Barrios, B., Casado, D., Escalera, E., Olivares, A., Figuero, L., Terán, E., López, A., & Cruz, J. (2021). Cáncer Gástrico. *Actualizaciones Clínicas y Terapéuticas*, 13(24), 1328–1334.

Colombiana, R. (2022). *Hematología y Oncología*. 8(2), 161–178.

Coronel, K., & Corrales, L. (2020). *Complicaciones Postoperatorias En Pacientes Con Cáncer Gástrico Intervenidos Quirúrgicamente En El Hospital Regional Lambayeque Durante Los Años 2014- 2017* [Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2387/1/TL_CoroneITrujillanoKarolen_CorralesCastilloLucero.pdf

Cosialls Bonet, A., Coronas Morancho, M. A., & Castellón Bonet, L. (2022). La radioterapia como tratamiento para el cáncer gástrico. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-radioterapia-como->

tratamiento-para-el-cancer-gastrico/

- Cruz Bermúdez, H. F., Moreno Collazos, J. E., & Angarita Fonseca, A. (2013). Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga- Colombia. *Enfermería Global*, 12(2), 294–303. <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.2.160351>
- Domínguez Quirumbay, I. Y., & González Baldeón, C. A. (2018). *Estrategias de prevención para la disminución del cáncer de estómago en adultos, dispensario Comuna Pechiche - Santa Elena 2018* (Vol. 1, Issue 1) [Universidad Estatal Península de Santa Elena]. <http://www.fao.org/3/l8739EN/l8739en.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.01.003%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.10.007%0Ahttps://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2016.1224023%0Ahttp://pjb.com/lookup/doi/10>
- Escudero Sánchez, C. L., & Cortez Suárez, A. L. (2018). Capítulo 3. Diseño de Investigación Cualitativa. *Técnicas y Métodos Cualitativos Para La Investigación Científica*, 1–110. [http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14209/1/Cap.3-Diseño de investigación cualitativa.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14209/1/Cap.3-Diseño%20de%20investigaci%C3%B3n%20cualitativa.pdf)
- Esmeraldas Vélez, E. E., Falcones Centeno, M. R., Vásquez Zevallos, M. G., & Solórzano Vélez, J. A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Recimundo*, 3(1), 58–74. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.58-74](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74)
- Eulogio Valenzuela, F. K., & Narciso Criollo, R. A. (2018). Factores relacionados a cáncer gástrico en un hospital público de Huánuco. *Revista Peruana de Investigación En Salud*, 2(1), 42–49. <https://doi.org/10.35839/repis.2.1.212>
- Felipe Salech, M., Rafael Jara, L., & Luis Michea, A. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19–29.

[https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70269-9](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70269-9)

- Gallardo, E. (2017). Metodología de la Investigación. Manual Autoformativo Interactivo I. *Universidad Continental*, 1, 98. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0584_2018.pdf
- Galván Barahona, J. L. (2009). Valoración global subjetiva (VGS). *Red de Comunicación e Integración Biomédica (Red CIB)*, 1–5. <http://www3.uacj.mx/ICB/redcib/Documents/Publicaciones/Valoración Global Subjetiva.pdf>
- Gámez Sánchez, D., Dueñas Moreira, O., Alfonso Sagué, K., & González Guerra, Q. M. (2020). Mortalidad por cáncer gástrico y tendencias temporales en Cuba. 2007-2017. *Revista Habanera De Ciencias Medicas*, 4(5), 1–15. <https://www.redalyc.org/journal/1804/180468227006/180468227006.pdf>
- Gámez Sánchez, D., Dueñas Moreira, O., & Álvarez Toste, M. (2021). Actualización sobre los factores de riesgo asociados a la mortalidad del cáncer gástrico. *Revista Habanera De Ciencias Medicas*, 20(5), 1–8. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300003&script=sci_arttext
- Gobierno de la República del Ecuador, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, & Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2018). Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) del Ecuador. *Documento Técnico de Las Guías Alimentarias Basadas En Alimentos (GABA) Del Ecuador*, 1–240.
- Gómez-Gómez, M. E., & Zapico, S. C. (2019). Frailty, cognitive decline, neurodegenerative diseases and nutrition interventions. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(11). <https://doi.org/10.3390/ijms20112842>
- Govindaraju, T., Sahle, B. W., McCaffrey, T. A., McNeil, J. J., & Owen, A. J. (2018). Dietary patterns and quality of life in older adults: A systematic review. *Nutrients*, 10(8), 1–18. <https://doi.org/10.3390/nu10080971>

- Granizo Ruiz, C. de L. (2016). *La Atención Multidisciplinaria y su Impacto en la Calidad de Vida del Paciente Oncológico en Tratamiento de Quimioterapia en los Hospitales SOLCA Chimborazo y SOLCA Tungurahua en el Periodo enero - diciembre 2015* [Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/8186/1/T-UCE-0013-T-M-TS-004.pdf>
- Hall, P., Swinson, D., & Seymour, M. (2021). Efficacy of Reduced-Intensity Chemotherapy With Oxaliplatin and Capecitabine on Quality of Life and Cancer Control Among Older and Frail Patients With Advanced Gastroesophageal Cancer. *JAMA Oncology*, 7(8), 1249. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8120440/>
- Kanda, M. (2020). Preoperative predictors of postoperative complications after gastric cancer resection. *Surgery Today*, 50(1), 3–11. <https://doi.org/10.1007/s00595-019-01877-8>
- Kierszenbaum, L., & Tres, L. (2020). *Histología y biología celular: Introducción a la anatomía patológica* (5ta edición).
- Landazabal, G. (2021). *Tratado “El Estómago”* (1era edición).
- Leiva Morales, L. A. (2021). Complicaciones de personas adultas con cáncer gástrico tratadas por gastrectomía. Una revisión de literatura. *Duazary*, 18(2), 199–212. <https://doi.org/10.21676/2389783x.4072>
- León Aguagallo, L. G. (2016). *Prevalencia de estadiaje de cáncer gástrico en pacientes de 40 a 70 años, que acuden al área de tomografía atendidos en el Hospital de especialidades espejo de la ciudad de Quito período comprendido julio a diciembre del 2015* [Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/8024/1/T-UCE-0006-035.pdf>
- Li, Q., Xu, X., Su, D., Zhou, T., Wang, G., & Li, Z. (2019). Long-term survival of an elderly patient with advanced gastric cancer after combination therapy: A case report and literature review. *BMC Cancer*, 19(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5683->

- Lycario, L. (2012). *Anatomía y Fisiología*.
<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/49839166/digestivo-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1660493906&Signature=OwM0F8tNb2LvgA7hWUu2MXMb5uGnTCiJprkrj9u3tTPZaLqlhumORzLB5T8nDQ9FgYtTqhVowqsurFwTesiCIA3UJZv7ham11IVSZ0yFuPergl0Z7PagiwdoCZII9oFGg-hrQ2bQ~xwn1nhk4>
- Ma, X., Zhang, C., Wang, C., Miao, W., Zhou, W., An, J., Qiao, W., Li, M., Lai, M., & Yu, P. (2020). Comparison of clinicopathologic profiles and prognosis of gastric cancer in the upper, middle and lower third of the stomach: A retrospective cohort study. *Medicine*, 99(30), e21261. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021261>
- Machlowska, J., Baj, J., Sitarz, M., Maciejewski, R., & Sitarz, R. (2020). Gastric cancer: Epidemiology, risk factors, classification, genomic characteristics and treatment strategies. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(11). <https://doi.org/10.3390/ijms21114012>
- Manero Rebé, C. (2022). Predictores de riesgo en cáncer gástrico. Estudio sobre las manifestaciones clínicas y forma de presentación del cáncer gástrico y su influencia en el pronóstico. *Universidad de Valladolid*, 1(1). <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/55110/TFG-M2676.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Marín Caro, M., Laviano, A., Pichard, C., & Gómez Candela, C. (2007). Relationship between nutritional intervention and quality of life in cancer patients. *Nutricion Hospitalaria*, 22(3), 337–350. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17612376>
- Marín Castro, A. E., Ortiz Espinel, D. O., Sánchez Toro, C. A., Zapata Acevedo, C. M., Marín Castro, M. J., Conde Rodríguez, B. D., & Ardila Duarte, G. (2022). Relationship of the prognostic nutritional index with complications and mortality in patients with gastric cancer who underwent gastrectomy in a tertiary hospital in Bogotá, Colombia.

Revista Colombiana de Cirugía, 37(1), 60–71.
<https://doi.org/10.30944/20117582.851>

Mayo Galbán, C. I. (2021). *Supervivencia y complicaciones postgastrectomía en pacientes con adenocarcinoma gástrico atendidos durante el período del 2015 al 2020 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo Guayaquil-Ecuador* (Vol. 3, Issue March) [Universidad Católica de Santiago de Guayaquil].
<http://201.159.223.180/bitstream/3317/16673/1/T-UCSG-PRE-MED-1074.pdf>

Miravet Gómez, A., Aquilué Ballarín, M., & Bellés Mirallés, J. (2018). Prevención de las complicaciones postquirúrgicas mediante inmunonutrición. *Revista Científica de Enfermería*, 16.

Mittaz Hager, A. G., Mathieu, N., Lenoble-Hoskovec, C., Swanenburg, J., De Bie, R., & Hilfiker, R. (2019). Effects of three home-based exercise programmes regarding falls, quality of life and exercise-adherence in older adults at risk of falling: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1186/s12877-018-1021-y>

Montiel Roa, A., Quevedo Corrales, R., Fernández Pereira, C., & Dragotto Galvan, A. (2017). Sobrevida y calidad de vida en los pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico. *Cir. Parag*, XXXII(1), 1–44. <http://sopaci.org.py/wp/wp-content/uploads/2020/07/Revista-CIRUGIA-abril-2019-web.pdf#page=20>

Morales Alfaro, A., Gómez Moreno, C., Torres Pérez, A. C., Morales Barba, K., & Soto Pérez De Celis, E. (2020). The role of the gerontologist in the assessment and implementation of multidisciplinary interventions among older adults with cancer: A pilot study. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 19(2), 1–5.
<https://doi.org/10.24875/j.gamo.20000377>

Moran Castillo, M. M., & Soto Orrillo, F. (2021). Calidad de vida en pacientes con cáncer atendidos en un Hospital Nacional de Lima. *Revista Científica Cuidado Salud Pública*, 1(2), 23–30. <https://doi.org/10.53684/csp.v1i2.20>

- Moreno Moreno, M. E. (2014). *Epidemiología descriptiva del cáncer de estómago en la comunidad de Madrid; análisis de supervivencia* [Universidad Complutense de Madrid]. <http://eprints.ucm.es/24568/1/T35095.pdf>
- Méndez Colindres, L. M., Molina Estrada, A. W., Molina López, E. E., & Rueda Boesch, C. J. (2019). Síndrome de fragilidad en el adulto mayor [Universidad San Carlos de Guatemala]. In *Antología Salud del Anciano*. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antolanciano/avila.pdf> 2
- Murillo, B., Umaña, B., Membreño, M., Martínez, B., & Stephanie Bolaños Umaña --, D. (2020). *Carcinoma gástrico: revisión bibliográfica Gastric Carcinoma: literature review*. 37(1), 2020. <https://gco.iarc.fr/today3>.
- Naula Criolla, C. L. (2019). *Aplicación de la teoría de Dorothea Orem en el cuidado al paciente con cáncer gástrico* [Universidad Nacional de Chimborazo]. [http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/9285/1/Naula Criollo Carolina Lisbeth %282022%29 Aplicación de la teoría de Dorothea Orem en el cuidado al paciente con cáncer gástrico%28tesis de pregrado%29Universidad Nacional de Chimborazo%2C Riobamba%2C Ecu](http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/9285/1/Naula%20Criollo%20Carolina%20Lisbeth%20%282022%29%20Aplicaci%C3%B3n%20de%20la%20teor%C3%ADa%20de%20Dorothea%20Orem%20en%20el%20cuidado%20al%20paciente%20con%20c%C3%A1ncer%20g%C3%A1strico%28tesis%20de%20pregrado%29Universidad%20Nacional%20de%20Chimborazo%2C%20Riobamba%2C%20Ecuador)
- Navarrete, A., Werner, K., Meza, C., & Humeres, R. (2022). Calidad de vida posterior a gastrectomía total laparoscópica versus abierta en cáncer gástrico. *Rev. Cir.*, 74(4), 345–353. <https://plataforma.revistacirugia.cl/~revtacirugia23/index.php/revistacirugia/article/view/1390/614>
- Navarro, A. (2009). Anatomía quirúrgica del estómago y duodeno. *Cirugía Digestiva, F, IL*, 1–22. <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/dcero.pdf>
- Ngoc Thi Dang, D., Ngoc Thi Nguyen, L., Thi Dang, N., Quang Dang, H., & Ta, T. Van. (2019). Quality of Life in Vietnamese Gastric Cancer Patients. *BioMed Research International*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/7167065>

- Oliveros, R., Pinilla, R. E., Navia, H. F., & Oliveros, R. (2019). Gastric cancer is a preventable disease: Strategies for intervention in its natural history. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 34(2), 177–189. <https://doi.org/10.22516/25007440.394>
- Oscanoa, T. J., & Cieza, E. (2018). Estado nutricional como predictor de mortalidad en el adulto mayor con cáncer gástrico evaluado en un hospital de referencia. *Horizonte Médico (Lima)*, 18(2), 6–10. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n2.02>
- Peón Nava, M. M. (2022). *Efecto de un programa de educación nutricional sobre el estado nutricional y la calidad de vida en pacientes con cáncer gástrico en Morelia , Michoacán* [Universidad Iberoamericana Puebla]. http://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/5459/PEÓN_NAVA_MITZI_MAIRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez Calvo, J. S. (2019). Alimentación y Terapia Nutricional Coadyuvante al Tratamiento del Cáncer. In *Abordajes Terapéuticos Específicos en Oncología Integrativa* (pp. 315–329). https://www.jorgeperezcalvo.com/sites/default/files/cap_32_dr_jorge_perez_calvo_web.pdf
- Pérez Reyes, J., Abreu Leyva, A., & Rocha Machín, A. (2019). Prevenir del Cáncer de Estómago: Intervenciones Educativas. *Revista Científica Hallazgos*, 4(2), 1–8. <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/349/272>
- Piedrahita Sánchez, G. M. (2017). *Soporte Nutricional en cáncer gástrico, reporte de un caso* [Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. <http://201.159.223.180/bitstream/3317/7572/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-235.pdf>
- Ramirez Ramos, A., & Sánchez Sanchez, R. (2008). Helicobacter pylori y cancer gastrico. *Revista de Gastroenterología Del Perú*, 28(3), 258–266.
- Rodríguez, D. Guerrero, M. Maldonado, M. Herrera, S., Frías, E., & Santana, S. (2020). Recomendaciones en el tratamiento nutricional para pacientes oncológicos ante

Covid-19. *J Health Med Sci*, 6(4), 303–312. <https://www.johamsc.com/wp-content/uploads/2020/12/A10-JOHAMSC-FRIAS-056-20-303-314-2020-2.pdf>

Rojas Montoya, V., & Montagné, N. (2019). Generalidades del cáncer gástrico. *Revista Clínica de La Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 9, 22–29. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr192d.pdf>

Sánchez, M., Merlo, C., Aguad, Z., & Torino, J. (2018). *Valoración E Intervenciones Nutricionales En Pacien-*. 38(4). <http://www.scielo.org.ar/pdf/nefro/v38n4/v38n4a03.pdf>

Sánchez Sánchez, E., López Aliaga, I., & Alferez, M. (2018). Cribado Nutricional En Pacientes Oncológicos: Análisis De Tres Métodos. *Nutrición Hospitalaria*, 35(6). <https://doi.org/10.20960/nh.1878>

Sgaravatti, A., Santos, D., Bermúdez, G., & Barboza, A. (2018). Velocidad de marcha del adulto mayor funcionalmente saludable Gait Speed in Functionally and Healthy Elder People Velocidade da marcha do idoso funcionalmente saudável Resumen. *An. Facultad Med.*, 5(2), 93–101. <http://dx.doi.org/10.25184/anfamed2018v5n2a8>

Shao, L., Li, P., Ye, J., Chen, J., Han, Y., Cai, J., & Lu, X. (2018). Risk of gastric cancer among patients with gastric intestinal metaplasia. *International Journal of Cancer*, 143(7), 1671–1677. <https://doi.org/10.1002/ijc.31571>

Sociedad Española de Oncología Médica, S. (2020). Cáncer gástrico. *Sociedad Española de Oncología Médica*, 1(1).

Suárez, L., & Gross, R. (2019). Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. *Revista Información Científica*, 98(1), 88–97. <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v98n1/1028-9933-ric-98-01-88.pdf>

Tan, Z. (2019). Recent advances in the surgical treatment of advanced gastric cancer: A review. In *Medical Science Monitor* (Vol. 25, pp. 3537–3541). International Scientific Information, Inc. <https://doi.org/10.12659/MSM.916475>

- Thomas, E., Battaglia, G., Patti, A., Brusa, J., Leonardi, V., Palma, A., & Bellafiore, M. (2019). Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly. *Medicine (United States)*, *98*(27), 1–9. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016218>
- Toapaxo, G., Tinajero, F., & Ramos, M. (2018). Marcador Tumoral Ca 19,9 Pre Y Post Quimioterapia, Como Factor Pronóstico Cáncer Gástrico Investiga. *La U Investiga*, *5*(1), 32–40. <http://revistasoj.s.UTN.edu.ec/index.php/lauinvestiga/article/view/373>
- Topi, S., Santacroce, L., Bottalico, L., Ballini, A., Inchingolo, A. D., Dipalma, G., Charitos, I. A., & Inchingolo, F. (2020). Gastric cancer in history: A perspective interdisciplinary study. *Cancers*, *12*(2), 1–15. <https://doi.org/10.3390/cancers12020264>
- Valle, T. D., Turrini, R. N. T., & De Brito Poveda, V. (2017). Intervening factors for the initiation of treatment of patients with stomach and colorectal cancer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *25*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1493.2879>
- Vargas Patana, R., Sanhueza Alvarado, O., & Luengo Machuca, L. (2018). Calidad de vida en adultas mayores con cáncer relacionado con Determinantes Sociales de la Salud. *Revista Uruguay de Enfermería*, *13*(1), 57–69. <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/254/246>
- Velasquez Chumacero, M. J. (2020). *Valoración del estado nutricional en pacientes con cáncer de estómago*. Universidad Norbert Weiner.
- Yagual Villon, A. A., & Navarrete Pacheco, J. (2020). Factores de Riesgo de Cáncer de Estómago, Hospital Abel Gilbert Pontón. *Oncología (Ecuador)*, *30*(2), 95–105. <https://doi.org/10.33821/480>
- Yajamín Villamarín, R. A. (2018). Estudio de supervivencia de cáncer de estómago en pacientes en la Unidad Oncológica del Hospital Solca en periodo 2010 a 2016 [Pontífica Universidad Católica del Ecuador]. In *World Development* (Vol. 1, Issue 1). <http://www.fao.org/3/l8739EN/i8739en.pdf><http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.01.003><http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.10.007><https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2016.1224023><http://pdx.sagepub>

b.com/lookup/doi/10

Yinin, H., & Zaydfundim, V. (2020). Quality of Life after Curative Resection for Gastric Cancer: Survey Metrics and Implications of Surgical Technique. *HHS Public Access*, 251, 168–179. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.02.005>.Quality

Zaragoza Martí, M., & Contreras García, E. (2020). Influencia de la ingesta de alimentos o grupos de alimentos en la aparición y/o protección de los diversos tipos de cáncer: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 30, 1169–1192. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v37n1/1699-5198-nh-37-01-0169.pdf>