



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-62

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTO MAYOR CON CÁNCER
DE ESTÓMAGO EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

LORENA JIMÉNEZ MUÑOZ

ASESOR:

M.E. ALICIA SÁNCHEZ ORTIZ

ORIZABA, VER.

2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Dedico con todo mi corazón este trabajo a mi madre y mi padre, no existen palabras que puedan expresar el infinito agradecimiento que tengo hacia ustedes por el amor, los valores, el impulso, la motivación, el cuidado, la protección, los desvelos, el sacrificio que han tenido para mí y todo lo hermoso que me han dado.

No hay día que no agradezca a Dios la oportunidad que me dio de tenerlos como padres y de brindarme la hermosa familia que tengo a mi lado.

Con todo mi amor a Rodo, por ser mi compañerito de vida, mi cómplice, mi mejor amigo y el mejor hermano, no hay forma de agradecerle a la vida tanto amor a tu lado.

A mi abuelita, por ser la persona después de mis padres que más se preocupa por mí, y por ser mi inspiración para estudiar enfermería.

A la memoria de mi abuelito Isauro, quien falleció antes de ver culminado este trabajo del que fue inspiración, por sus enseñanzas y valores, los cuales mantendré conmigo el resto de mi vida.

A mi Bastian, que no importa cuántos años pasen, nada puede cambiar mi amor por ti, como en todos mis logros, eres mi motivación más grande.

Solo deseo que entiendan que mi logro es su logro, y que mi fuerza es inspirada en ustedes, los amo inmensamente.

INDICE

Introducción	5
Justificación	8
Objetivos.....	10
Metodología.....	11
Apartado I. Marco teórico.	12
2.1 Enfermería como profesión disciplinaria.	12
2.2 El cuidado como objeto de estudio	14
2.3 Proceso atención de enfermería.	15
2.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE.	19
2.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado.	20
2.5 Etapas del proceso de atención de enfermería	22
2.6 Cáncer gástrico.....	31
2.6.1 Diagnóstico y tratamiento.....	34
Apartado II. Resumen del caso clinico	35
Apartado III. Desarrollo del proceso de atencion enfermeria.....	37
3.1 Valoración clínica del sujeto de cuidado	37
3.2 Diagnosticos de Enfermeria según el caso	40
3.3 Planificación de intervenciones.....	41
3.4 Ejecución de Intervenciones	42

3.5 Evaluación.	45
Conclusiones.....	46
Bibliografía.....	48
Glosario	51
Anexos	56

INTRODUCCIÒN

Con el aumento de la expectativa de vida en el mundo, los cambios en los estilos de vida y el control de las enfermedades infecciosas, ha cambiado también el enfoque epidemiológico, surgiendo en las últimas décadas la preocupación por hacer frente a los nuevos desafíos presentados en salud, principalmente por las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. Dentro de este grupo encontramos a los tumores malignos como una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad de la población.

La aparición de esta enfermedad está fuertemente asociada al envejecimiento poblacional, de esta manera, van adquiriendo mayor relevancia en la medida en que los países avanzan en la transición demográfica. El cáncer gástrico (CG) es una causa importante de mortalidad en oncológica a nivel mundial, de acuerdo a los reportes internacionales en el 2016, se estima una incidencia de 952,000 casos de cáncer gástrico, convirtiéndose en la quinta causa de cáncer en el mundo. De estos casos, la mayoría ocurre en países en vías de desarrollo (677,000 casos), siendo más frecuente en el sexo masculino

Aunque la incidencia y prevalencia del cáncer gástrico han ido disminuyendo en los últimos años, aún continúa siendo una de las causas de mortalidad más importante alrededor del mundo, sobre todo en países en vía de desarrollo, generando repercusiones en el ámbito social y económico de la persona y su familia. Las tasas de mortalidad más altas durante muchas décadas se registraron en Japón, seguido por el norte de Europa y las poblaciones andinas de América latina (Ortega & Alzate, 2016).

El CG es una enfermedad que afecta con mayor frecuencia al sexo masculino y, preferentemente, a partir de los 50 años de edad, con un pico máximo a los 70-80 años. Las formas más agresivas tienden a afectar a personas más jóvenes. En México, el cáncer gástrico es la tercera causa de muerte por cáncer en personas mayores de 20 años de edad y de acuerdo a los reportes epidemiológicos, hubo un incremento en la tasa

de mortalidad desde el año 1980 hasta 1997, con un aparente descenso para el año 2015 (Ortega & Alzate, 2016, p. 240-255).

Existen múltiples factores relacionados con el desarrollo del cáncer gástrico, en donde el tipo de alimentación es importante, se ha demostrado que un bajo consumo de frutas, hortalizas, leguminosas, alto consumo de sal, chile, carnes procesadas, alimentos ahumados, además de la infección por *Helicobacter pylori* aumentan el riesgo de desarrollar esta neoplasia. Así mismo, el CG presenta una sintomatología inespecífica, por lo cual su diagnóstico se realiza en fases tardías y su pronóstico se vuelve sombrío.

México es un país que presenta una rápida transición epidemiológica, en donde existe aumento importante de la mortalidad debida a enfermedades oncológicas, incluido el CG. Sin embargo, no se cuenta con datos epidemiológicos actualizados de esta enfermedad, ni la modificación en la tasa de mortalidad de la última década (Ortega & Alzate, 2016, p. 240-255).

El Proceso de Enfermería (PE), es el método documentado en el cual se plasma el quehacer del personal de enfermería, con el cual se estructura la práctica del cuidado científico, fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones. Este se conforma de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación; y se caracteriza por fomentar la asistencia reflexiva y organizada, la continuidad e individualización de los cuidados, el uso racional del tiempo y el desarrollo del pensamiento crítico en el recurso humano (Mitjá, 2018, pp.18-21)

La aplicación del PE y las taxonomías, como estrategia metodológica y lenguajes disciplinares, permiten brindar un cuidado científico y humanístico, se fundamentan en la interacción humana y los elementos de la filosofía de Enfermería, cuyo fin último es la transformación interactiva y recíproca de los actores del cuidado en el proceso de satisfacción de necesidades; toda vez que como indicadores empíricos, evidencian y miden los conceptos que representan los fenómenos de las experiencias del cuidado,

para orientar el objeto de estudio y promover el desarrollo disciplinar (Mitjá, 2018, pp.18-21).

A pesar de que el cáncer gástrico en México es una de las primeras causas de muerte secundaria a patología oncológica, y al momento del diagnóstico, solo menos del 5% de los pacientes están en etapas iniciales, no hay un programa nacional de detección oportuna o prevención de esta patología, así como la difusión adecuada de la información para un adecuado manejo de hábitos saludables en personas con antecedentes heredofamiliares de este y otros tipos de cáncer.

El análisis de los diagnósticos enfermeros registrados con lenguaje estandarizado NANDA, NIC Y NOC posibilita desarrollar competencias en la fundamentación y apropiación del PE, permite conocer el perfil de las necesidades de cuidado enfermero en las diferentes instituciones de salud, generar planes de cuidado estandarizados para diagnósticos similares y generar evidencias necesarias para evaluar la eficacia del cuidado de enfermería prestado al paciente en cualquier nivel de atención (Mitjá, 2018, pp.18-21).

Respecto a lo antes mencionado, el presente proceso de enfermería tiene como objetivo evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería especializadas aplicadas mediante un plan de cuidados con base en el modelo teórico de Marjory Gordon a un adulto mayor dentro de la etapa final de cáncer gástrico para favorecer la salud y calidad de vida del paciente en el curso de su enfermedad.

JUSTIFICACIÓN

El interés de esta investigación es proporcionar al lector los fundamentos sustentables, en los que se basó este proceso de atención enfermero para la ejecución de las actividades de enfermería y cuidados paliativos encaminados a la mejora y disminución de problemas reales y potenciales de manera holística, para acompañar al paciente hasta la etapa final de la enfermedad, proporcionando un cuidado de calidad y calidez individualizado, esto debido a que el cáncer de cualquier tipo, en cualquiera de sus etapas provoca cambios físicos, emocionales y sociales que generan diversas necesidades en los pacientes y sus familias.

Aunque el cáncer gástrico ha disminuido su incidencia, sigue siendo la segunda causa por muerte en el mundo, dentro de las patologías cancerosas. Al ser una patología que no da su cara hasta muy avanzado su proceso, el diagnóstico se recibe cuando el cáncer ya se ha extendido o el tratamiento que se administra es muy agresivo, extremo o forma parte de medidas paliativas. (Ortega & Alzate, 2016, pp. 240-255)

Durante la evolución del cáncer gástrico, se presentan un sin número de cambios a nivel físico, emocional y social que producen una serie de necesidades en el paciente y su familia, las cuales varían de un individuo a otro, la menor estancia hospitalaria, la mayor sobrevivencia y el amplio número de pacientes que se mantienen en sus hogares recibiendo cuidado, han creado una mayor necesidad de asistencia en aspectos como el cuidado en casa, el desarrollo de las actividades de la vida diaria y en la forma de reducir los costos que la enfermedad genera. La identificación de las necesidades de cuidado es especialmente importante en el caso de los pacientes con alto riesgo de tenerlas desatendidas porque éstas pueden afectar negativamente la adherencia al tratamiento, el estado de salud y calidad de vida.

En estudios realizados durante las últimas dos décadas, se destaca que las necesidades de los pacientes con cáncer incluyen, pero no se limitan entre otros aspectos a los siguientes: ajustes familiares, interacciones con el sistema de cuidado de la salud,

estigmas, necesidades de información, sexualidad y preservación del estilo de vida. (Aldaco et al. 2018, pp.1-85)

Las necesidades actuales de los pacientes están aumentando al igual que han creado una mayor necesidad de asistencia en aspectos como el cuidado en casa, el desarrollo de las actividades de la vida diaria y en la forma de reducir los efectos adversos causados por la enfermedad y su tratamiento médico, es por esto que la disciplina de enfermería es de suma importancia en el curso de esta enfermedad, ya que es capaz de identificar necesidades reales y potenciales que ayuden al paciente a sobre llevar de mejor manera la enfermedad, mejorando su calidad de vida, cubriendo las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales y de su familia hasta su final.

La valoración de las necesidades de cuidado en pacientes con cáncer es una fase crítica para proveer atención de alta calidad y lograr la satisfacción de ellos y sus familias, aplicando el proceso de enfermería fundamentado en las teorías propias de la disciplina, a través de la metodología de la investigación como herramienta de conocimiento para describir y explicar los fenómenos relacionados con el cuidado durante el proceso de esta enfermedad.

En conjunto la importancia de nuestra figura profesional en el campo de los cuidados asistenciales y paliativos en el paciente con cáncer, radican en la asistencia del paciente en todas sus necesidades, en el acompañamiento y la valoración de las condiciones del individuo desde sus necesidades básicas, hasta su confort, planteando la resolución de los problemas y evaluando de manera constante las intervenciones, logrando un impacto positivo en toda la situación del paciente.

OBJETIVOS

General

Desarrollar intervenciones de enfermería con cuidados determinados mediante planes de cuidados, con base en el modelo teórico de Marjory Gordon a un adulto mayor dentro de la etapa final de cáncer gástrico, para favorecer la salud y calidad de vida del paciente en el curso de una enfermedad avanzada, progresiva y limitante.

Específicos

- Realizar una valoración integral al adulto mayor con cáncer gástrico en etapa terminal.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente con cáncer gástrico.
- Ejecutar un plan de cuidados al paciente con cáncer gástrico para optimizar la calidad de vida.
- Evaluar de manera objetiva las acciones realizadas por parte del personal de enfermería para mantener y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Reconocer la importancia que desempeña la disciplina de enfermería en el mantenimiento y mejora de la calidad de vida de una persona con cáncer gástrico.

METODOLOGÍA

Una vez realizada la búsqueda exhaustiva de información y analizada la problemática situacional de la patología, se identifica al paciente, el cual va a ser objeto de estudio de este plan de cuidados de enfermería y previo consentimiento informado, se realizará una entrevista directa con el instrumento, llamado “Guía de valoración de los 14 patrones funcionales del modelo de Marjory Gordon”. Los cuales tienen por objetivo determinar la situación de salud, y la respuesta que el paciente da a ésta y de esta forma permitirá realizar la planeación de acciones específicas para mantener su salud y otorgar calidad de vida con las condiciones más óptimas posibles de su patología.

La guía se encuentra integrada de 11 bloques, de los cuales cada uno tiene una serie de ítems que valoran cada una de los patrones fundamentales del paciente; los cuales parten de la percepción de la enfermedad y el manejo de la misma, el estado nutricional y metabólico, la función excretora de la persona, los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento, los patrones de sueño y descanso, su estado cognitivo-perceptivo, autopercepción- auto concepto, el rol que desempeña en su núcleo social y familiar, su estado reproductivo y su condición sexual, su afrontamiento ante situaciones de estrés y los valores y creencias que lo conforman como persona.

Posteriormente se realizó una exploración física para complementar la valoración y así tener evidencia puntual, específica y de alto valor para la planeación y ejecución de actividades. Los datos fueron procesados y analizados para poder identificar los patrones funcionales alterados del paciente y de esta forma establecer el diagnósticos de enfermería, lo que permitió diseñar un proyecto de intervención, el cual contiene una serie de planes de cuidados acorde a la patología, los cuales se ejecutaron, realizando retroalimentación de los resultados esperados y las intervenciones según la evolución del paciente, con la finalidad de mejorar en el mayor grado posible la salud y estabilidad, así como fomentar e instruir atenciones de alta calidad otorgados por el profesional de enfermería.

APARTADO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Enfermería como profesión disciplinaria.

Los aspectos políticos, culturales, económicos y ambientales, son producto del progreso tecnológico, es decir situaciones dinámicas, así como el aumento de la conectividad internacional, la globalización, el incremento de los índices demográficos, las transiciones epidemiológicas y demás situaciones influyen en la salud de la población, lo que genera nuevas demandas hacia las profesiones, por lo que éstas deben adaptarse y de ser posible, adelantarse a estos cambios.

A causa de lo anterior, es que la enfermería está en constante cambio también y se ha preocupado por generar nuevos conocimientos, lo que la ha hecho evolucionar como disciplina y se le ha permitido así estructurar un cuerpo de conocimientos propios ya que, si estos no existieran, el desarrollo de la enfermería se vería estancado, por ello se ha promovido la creación de profesionales más competentes a partir de la estructura curricular de enfermería en América Latina (Luengo & Sanhueza, 2016, p. 240-255).

La enfermería desde su nacimiento tiene más de una centuria, sin embargo, desde hace aproximadamente cinco décadas la literatura en enfermería ha puesto de evidencia que la naturaleza de esta disciplina es un tema de mayor interés, en este sentido, existen enfermeras investigadoras quienes han sentado los cimientos en los que se ha erigido esta profesión, sumándole el continuo desarrollo investigativo y teórico es que hoy en día la enfermería ha sido definida como disciplina y ciencia en construcción (Borré, et al, 2015, pp.481- 491).

Simultáneamente, en México, las reformas en el sector salud, así como los problemas políticos, sociales y culturales que han sucedido a lo largo de los años han generado una reflexión sobre la disciplina de enfermería como profesión en proceso de evolución, ya que actualmente se solicita la certificación como requisito preferente para

ejercer e incluso estudios de posgrado, todo esto con el fin de regular la práctica y la profesionalización de aquellos enfermeros que fundamentan el cuidado en la evidencia científica (Landeros, et al, 2018, pp. 35-42).

Durán (2018) en su artículo “Una mirada hacia afuera: Proyección de enfermería para el 2050”, menciona puntualmente que la enfermería es una entidad profesional de la salud reconocible y socialmente aceptada e imprescindible, define el término profesión como un proceso de formación el cual se deberá llevar a cabo dentro las instituciones de educación superior, sin embargo, también reconoce que no sólo se limita al ámbito escolar y que su evolución es producto de un desarrollo histórico social.

Ahora bien, teniendo en cuenta los aspectos antes mencionados, es importante mencionar que los currículos que forman a los enfermeros profesionistas deberían manejar conocimiento propio de enfermería si es que se desea generar un gran impacto desde adentro de la disciplina y para ello debe haber un compromiso férreo de aquellos que desarrollan tal currículo, poseyendo una visión clara de qué se pretende lograr a través del proceso formativo.

Es así que actualmente hay licenciados en enfermería, quienes presentan diferentes competencias a raíz de que se promueve el desarrollo del pensamiento crítico y reflexivo, lo que les permite, por un lado, realizar juicios y tomar decisiones con fundamento, y por otro lado, en el ámbito asistencial brindar un cuidado integral, en general, como lo menciona Luengo & Sanhueza (2016) en su artículo “Formación del licenciado en enfermería en América Latina”, que se ha buscado maximizar las competencias del profesional también en los diferentes ámbitos que permite la enfermería.

Finalmente, para el proceso formativo deberán estar involucrados los estudiantes, el cuerpo directivo, los docentes y en general, la institución, y estos tres últimos tienen una mayor responsabilidad pues deberán tener el bagaje de conocimientos de su campo disciplinar además de las ciencias pedagógicas que les permita transmitir sus saberes con empatía para lograr el proceso enseñanza – aprendizaje, además de que los contenidos académicos deberán estar sintonizados con las tendencias de la disciplina, la profesión y los servicios de salud con el propósito de la continua profesionalización de la disciplina. (Borré, et al, 2015, pp. 481-491).

1.2 El cuidado como objeto de estudio.

Enfermería se ha forjado como una disciplina profesional, que además tiene una gran relevancia social con orientación hacia los valores humanos, derivándose de un sistema de creencias con relación a su compromiso social, expresado en la naturaleza de su servicio y del área de responsabilidad para el desarrollo del cuerpo de saberes; es así que se ha ido formando a través de la creación de su propio cuerpo de conocimientos (Durán, 2009, pp. 17-34).

Ahora bien, el origen del cuidado que, desde el origen del hombre, ha sido una necesidad de supervivencia el cual se ha realizado de manera instintiva, sin embargo, a partir del surgimiento de la enfermería como profesión, es decir, hace más de una centuria, con Florence Nightingale hasta las exponentes más actuales de la profesión, se ha señalado que el cuidado es el objeto de estudio y la razón de ser de la enfermería. En relación a lo anterior, la misión de enfermería a groso modo, es proveer el cuidado del paciente, cumpliendo oportunamente los estándares de calidad y seguridad en salud. Es de amplio conocimiento que la labor asistencial y gestión del cuidado es lo más absorbente del ejercicio profesional, lo que obliga a la profesión a no perder de vista los objetivos que optimicen la calidad de la intervención de enfermería: perfeccionando la efectividad del cuidado, optimando su eficiencia, mejorando la seguridad de las intervenciones de enfermería y construyendo evidencia científica para sustentar las acciones de enfermería (Castro & Simian, 2018, pp. 301-310).

Dentro de este contexto, los enfermeros abarcan cuidados independientes e interdependientes, los cuales incluyen desde la promoción a la salud, prevención de enfermedades, cuidados a personas en situación de discapacidad, e incluso a las personas que están en proceso de morir, para ello debe contar con ciertas capacidades cognitivas para poder brindar cuidados independientemente de la condición de la persona que los necesite, para ello debe permanecer en constante formación y fortaleciendo actitudes y valores que le permitan la humanización de su quehacer, siendo reflexivo, crítico, comprometido (De Arco & Suárez, 2018, pp. 171).

Ahora bien, brindar el cuidado requiere además habilidades artísticas puesto que la enfermería es ciencia y arte, y el arte del cuidado se sustenta principalmente como actividad práctica, es decir, el arte del cuidado se da en una relación intersubjetiva, ya que la enfermera hace una abstracción de la realidad de la persona y a su vez realiza una autopercepción para objetivar sus necesidades, es así que se derivan las acciones de cuidado basadas en el amor y el respeto a la dignidad del paciente (Rodríguez et al. 2017, pp. 191-198).

1.3 Proceso atención de enfermería.

El cuidado es la parte medular de la enfermería del cual surge la evolución y constructo en la dinámica de identificar las necesidades del individuo, familia y comunidad para dar paso a la práctica, es decir, al cuidado en sí con el fin de generar una transformación mutua entre sus necesidades y la satisfacción de las mismas. Para lograr esto ocupa del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), una herramienta metodológica que implica destreza y conocimiento a través de la estimulación del pensamiento reflexivo y crítico (Ponti et al, 2017, pp.1-12)

En relación a lo anterior, cabe destacar que el PAE es una de las metodologías más documentadas a nivel internacional, la cual ha servido para estructurar la práctica del cuidado científico fundamentado en la toma de decisiones y la resolución de problemas como procesos básicos. Tal herramienta se fundamenta en 5 fases: la

valoración, el diagnóstico, la planificación, intervención y finalmente la evaluación, todo este proceso con la característica de fundamentar el cuidado en la reflexión crítica y organizada de los cuidados, además de su continuidad e individualización y la priorización de los mismos (Jara & Lizano, 2016, pp.208-215).

Por otro lado, (Despaigne, et al, 2015, pp.91-96) mencionaron que el PAE se define de acuerdo al rigor del método científico como una serie de pasos continuos e interdependientes que ha de brindar la enfermera o el enfermero al individuo para mantener su homeostasis y al individuo enfermo lo ha de ayudar a restaurar bienestar físico, mental y social; esto quiere decir que es una secuencia organizada de acciones para planear y brindar los cuidados necesarios.

Gómez y Rodríguez (Citados por Jara – Lizano, 2016, pp.208-215) señalan que el proceso de atención de enfermería pretende crear un puente entre lo académico y lo práctico, otorgando un valor científico a la profesión, incluso actualmente se le confiere la calidad de cuidados que se brindan a partir de los juicios cognitivos que durante él se hace.

González & Monroy (2016) escribieron un artículo que lleva por nombre “Proceso enfermero de tercera generación” en el que mencionan que éste representa un eje metodológico fundamental además que actualmente ha evolucionado a una nueva generación en la que el enfoque recae en los resultados, sustentando todo en la evidencia científica, es por eso que se crearon las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA), la Nursing Outcomes Classification (NOC), y la Nursing Interventions Classification (NIC), quienes conforman el lenguaje que sustenta a la profesión.

La clasificación NANDA está compuesta de tres términos principalmente, los cuales son claves para comprender la estructura de esta organización; el primer eje, que se define como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico, después está el dominio, que da unidad al significado de los diagnósticos y

finalmente la clase, que contiene los conceptos de los diagnósticos, siendo esta la parte esencial del diagnóstico en sí (Espinoza & Virhuez, 2018, pp.4-7).

Ahora bien, es importante mencionar que la práctica basada en la evidencia es fundamental para reflejar la actualización profesional de la enfermería como disciplina, es así que los resultados de las intervenciones realizadas permiten mejorar la calidad de los cuidados y van forjando la base del conocimiento, por ello la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) ha tenido consecuencias importantes para la profesión, para el individuo, familia y comunidad; a medida que el paciente refleje los resultados en su estado de salud, está reflejando también los efectos de las intervenciones.

Aunado a lo anterior, el uso de los resultados estandarizados permite construir el conocimiento enfermero, avanzar en el desarrollo de diferentes teorías, determinar la efectividad de las intervenciones, mejora la recogida de resultados y muestra las contribuciones de las enfermeras hacia el cuidado de los individuos, en consecuencia, la NOC fue desarrollada para ser usada en conjunto con la NANDA y la NIC (Moorhead, et al, 2018, pp. 50-74).

La NIC es la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, es decir, un sistema científico para clasificar los diferentes tratamientos basados en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente, organizados en una estructura coherente, que además proporciona un lenguaje para comunicarse con los usuarios y miembros de otras disciplinas (Butcher, et al, 2018, pp. 73-91).

Las intervenciones engloban diferentes ámbitos, desde el fisiológico hasta el psicosocial, se usan para el tratamiento de enfermedades, la prevención de éstas y para el fomento de la salud, además que pueden ser utilizadas en individuos, familias y comunidades enteras; se encuentran agrupadas en siete dominios y treinta clases para facilitar su uso, en conjunto con los diagnósticos de la NANDA y NOC.

Actualmente se cuenta con documentos de referencia llamados Guías de Práctica clínica, desarrolladas por el Sistema Nacional de Salud, los cuales proporcionan información actualizada y basada en la evidencia científica, con el fin de apoyar a los profesionales de la salud en las decisiones respecto al cuidado apropiado, que permite brindar una mejor atención.

Las guías de práctica clínica (GPC) están diseñadas para profesionales de la salud y tienen como objetivo ser un referente homologado que ayude al profesional de la salud en la toma de decisiones clínicas, por lo que se actualizan de manera programada a partir de los 3 años y hasta los 5 posteriores a su publicación, o bien, antes si existe nueva evidencia que determine su renovación.

Es en ese sentido que las GPC son un punto de partida para hacer converger el trabajo de la enfermera(o) investigadora(r) y la enfermera(o) asistencial junto con otros profesionales de la salud responsables de la atención del paciente.

Se espera que la aplicación de las GPC, permita no sólo unificar criterios en los profesionales de enfermería que tienen la responsabilidad de cuidar, sino que fundamentalmente contribuya a mejorar las condiciones de salud de la población, la formación académica de los estudiantes de enfermería de pre y posgrado y el logro de un sistema de seguridad social en salud, más competente, eficaz y humanizado. (Zepeda, 2012, pp.1-3)

1.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE.

Es importante mencionar que los trabajos teóricos conceptuales realizados por enfermeras dedicadas a la investigación, han sentado las bases en las que la enfermería se ha ido construyendo como una disciplina y ciencia, tan es así que la enfermería tiene como núcleo fundamental estudiar las experiencias de cuidado que viven los seres humanos.

Actualmente, con los avances en la creación de posgrados e investigaciones en la disciplina, se espera que la práctica de enfermería sea gobernada y transformada por las teorías, las cuales han de llevarse a la práctica y ahí validarse y hacerse visibles como parte de una ciencia, sin embargo sigue abierta una brecha entre el saber teórico y el hacer práctico, la cual constantemente se ha buscado cerrar a través de las modificaciones curriculares para que permitan una sincronización de los contenidos teóricos con la práctica (Borré, et al, 2015, pp. 481-491).

Fawcett propuso cuatro conceptos metaparadigmáticos que son persona, entorno, salud y enfermería, los cuales especifican los límites generales del fenómeno de preocupación dentro de la disciplina, que a su vez la diferencia de otras disciplinas del área de la salud, es así que el metaparadigma define los fenómenos inherentes a la disciplina de una forma armoniosa, como resultado, los diversos modelos teóricos comprenden de maneras diferentes cada definición (Alligood, 2018, pp.40-62).

En este mismo sentido y para fines del presente trabajo, se eligió hablar del modelo de patrones funciones de Marjory Gordon y las 14 necesidades de Virginia Henderson, ya que estos modelos permiten estructurar y ordenar la valoración que se llevará a cabo, teniendo cierta flexibilidad ya que permiten valorar de manera individual o en colectivo a lo largo de las diferentes etapas del ciclo de vida a personas en situaciones de salud o enfermedad, facilitando el diagnóstico enfermero (Arroyo, et al, 2018, pp.98-102).

Sin embargo, para lograr de manera eficaz lo mencionado anteriormente, Marjory Gordon señala que el personal de enfermería necesita centrarse y concentrarse en realizar una valoración minuciosa, dado que es la parte medular de la cual depende el éxito o fracaso del cuidado enfermero (Martínez, et al, 2015, p.3-8).

a) Elementos fundamentales del modelo utilizado.

Los patrones funcionales de los que habla Gordon son sumamente relevantes para la salud de las personas, familias y comunidades, son básicamente “configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas que contribuyen a la salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano” (Chávez, 2017, pp. 1108-1120). Estos patrones son los siguientes:

Percepción de la salud: Identifica la impresión que tiene la persona sobre su propio estado de salud, incluyendo el estilo de vida que lleva y las prácticas de salud que tenga, básicamente, cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación; Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.).

Patrón nutricional / metabólico: Este patrón explora y evalúa a través de preguntas y de la observación las costumbres del sujeto de cuidado, incluyendo qué come y bebe diariamente, y cómo esto se ve reflejado en otros sistemas en relación con sus necesidades metabólicas, identifica el tipo de dieta que consume y las posibles dificultades que puede presentar su metabolismo en relación a la pirámide alimenticia.

Patrón de eliminación: Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones tomando en cuenta la frecuencia, el color y textura de los desechos, líquidos y sólidos.

Patrón actividad/ejercicio: Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía, tomando en cuenta las limitaciones que tenga para desarrollar estas.

Patrón reposo/sueño: Describe los patrones de sueño, reposo y relajación a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos, hace referencia a la calidad y cantidad de sueño y descanso que presenta el paciente, y de las dificultades que tenga para lograrlo, así como las alteraciones que pudiese presentar.

Patrón cognitivo/perceptivo: En él se describe el patrón sensorio perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo, se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje, tomando en cuenta las limitaciones que tenga en cada uno de ellos, por ejemplo, que utilice prótesis o lentes.

Patrón percepción/auto concepto: Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo, se centra en la autoestima del usuario, su proyección o regresión de sí mismo y de su contexto, tomando en cuenta la valoración que tiene de sí mismo, de su imagen, de su estado de ánimo y de la seguridad que proyecte de sí mismo para expresarse, incluye las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.).

Patrón rol/relaciones: Este patrón incluye el papel o rol social, que juega el individuo en el seno social, familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Dando importancia, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales detallando la facilidad o limitación con la que desarrolla sus actividades como miembro de un grupo social, ya sea familia, empresa o la sociedad en general, incluyendo el estado de ánimo con que realiza tales actividades.

Patrón Sexualidad/reproducción: este patrón se enfoca al ejercicio pleno de la sexualidad o en las limitaciones que tenga para desarrollarla, incluyendo la salud sexual, la relación de la sexualidad con su edad o las complicaciones que presente para vivirla, satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo

Patrón tolerancia al estrés: Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Patrón Creencia: Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud o la intervención que éstas tengan sobre su enfermedad.

Otra teoría en la que se encuentra basada este proceso de atención enfermero, es la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson, esta se basa en las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la actuación de enfermería, tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila). Henderson afirma

que la enfermera tiene como única función ayudar a los enfermos y al equipo de salud a evaluar las necesidades básicas de la persona para mantener el equilibrio fisiológico y emocional y conseguir su independencia.

1.5 Etapas del proceso de atención de enfermería

a) Valoración.

La valoración es la primera fase del proceso de atención de enfermería, la cual se puede definir como un proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente con el fin de identificar respuestas humanas y fisiopatológicas; lo que sale de esta primera etapa es la base para la toma de decisiones y actuaciones posteriores.

El profesional de enfermería deberá llevar a cabo una valoración holística poniendo atención a cada una de las necesidades del usuario, para esto se ocupa usualmente algún modelo teórico, lo que finalmente encausará a la contemplación de problemas reales o potenciales, es decir, de riesgo. Los modelos teóricos de los que se habla, podrían ser los patrones funcionales de Gordon, el modelo de adaptación de Roy, el modelo de las necesidades de Henderson, entre otros. (Mitjá, 2018, pp.18-21).

Los datos se pueden obtener principalmente de dos fuentes, las primarias que son la observación directa, la exploración física, interrogatorio directo o indirecto a manera de entrevista semiestructurada, estudios de laboratorio y estudios de gabinete, por otro lado, las fuentes secundarias podrían ser el expediente clínico o algunas referencias bibliográficas como libros de fisiopatología o guías de práctica clínica.

Es bien sabido, desde la génesis de la profesión, es decir, desde Florencia Nightingale que las enfermeras y enfermeros deberán poseer ciertas características para lograr una adecuada valoración, por ejemplo, sus convicciones, lo que engloba su actitud, lo que lo motiva, lo que piensa, siente y cree respecto a su profesión, al hombre, la salud

y la enfermedad; por otro lado, los conocimientos profesionales, es decir, su bagaje de saberes científicos que le permitan realizar una adecuada recogida de datos; las habilidades que posea como el saber comunicarse eficazmente y observar sistemáticamente usando de manera adecuada ciertos formatos.

Los tipos de datos que se pretenden obtener son, primero, subjetivos, es decir lo que el paciente referirá que siente, sin embargo no se pueden corroborar ni medir, después están los datos objetivos, son aquellos que sí se pueden medir como los signos vitales, otro tipo de datos son los históricos aquellos que han ocurrido anteriormente y comprenden enfermedades pasadas, intervenciones, hospitalizaciones, enfermedades crónicas y demás, y finalmente están los datos actuales, aquellos que hablan del problema de salud actual (Correa, et al, 2016, pp. 20-49).

Con base a lo anterior, podemos mencionar que todos los seres humanos tenemos necesidades y demandas a las cuales debemos adaptarnos: fisiológicas básicas, de seguridad, roles sociales, dependencia, autorrealización, etc. En el que el papel fundamental del personal de enfermería es saber identificar todos los problemas que presente el paciente y valorar el nivel de alteración presente, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del individuo, mediante procesos de intervención, estrategias de afrontamiento y adaptación.

El cáncer gástrico para causar una afección inminente, tiene que cumplir con un proceso de ataque, proliferación, daño y muerte. Es por esto que el personal de enfermería debe ser consciente de las alteraciones causadas por la enfermedad y valorar de manera adecuada el proceso de dicha y la etapa en la que se encuentra el sujeto de cuidado, para así brindar una atención personalizada, que le permita satisfacer necesidades básicas y mejorar la calidad de vida de este, haciendo una disminución de los síntomas adversos del tratamiento de dicha enfermedad, impactando en la frotación de esta y mejorando el estado de salud y bienestar.

b) Diagnóstico

La segunda etapa del Proceso de Atención de enfermería, está constituido a su vez por cuatro acciones: recolección de datos, interpretación de la información, formulación de los diagnósticos y revalidación. Con lo anterior se infiere que la valoración forma parte medular para materializar el diagnóstico, las dos primeras partes del proceso de atención de enfermería, que constituye un instrumento fundamental en el desarrollo de la profesión ya que le brinda identidad y un cuerpo de conocimientos específico (Despaigne, et al, 2015, pp. 91-96).

El propósito básico de realizar diagnósticos enfermeros es priorizar y/o discriminar entre los problemas que requieren intervenciones de enfermería prioritaria, aquellos que son problemas reales, cuáles son potenciales, cuáles situaciones requieren intervenciones independientes o interdependientes.

Por lo que se refiere a las actividades independientes, son todas aquellas acciones que son competencia exclusiva del profesional de enfermería y es quien, con base en sus conocimientos y experiencia, toma decisiones que contribuyen a la solución del diagnóstico de enfermería o en un momento dado replantearlo.

En cambio, las intervenciones de colaboración o interdependientes son aquellas donde la enfermera se coordina con el equipo de salud u otros profesionales para mejorar las condiciones de salud o estilo de vida del individuo, familia o comunidad.

En 2015 se publicó un artículo que lleva por nombre “El proceso de atención de enfermería como método científico”, en el que se menciona que la NANDA aprobó en 1990 la definición de diagnóstico de enfermería como juicio clínico, esto quiere decir que no es una simple observación, sino una interpretación a un previo análisis y predicción del significado de una serie de observaciones, además que la razón de ser de ese juicio es la respuesta que exprese el individuo ya sea en un problema real o uno potencial.

En el caso de el diagnóstico de enfermería de riesgo describe respuestas humanas a estados de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables.

Por el contrario, el diagnóstico de enfermería real describe las respuestas humanas a procesos vitales/ estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad y se encuentra apoyado por características definitorias (signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves e inferencias relacionadas.

En este proceso se identificaron diagnósticos de enfermería como la inestabilidad nutricional, es la ingesta inferior a las necesidades de nutrientes en el organismo, provoca inestabilidad nutricional lo que a su vez genera diversas enfermedades que pueden ser desde leves incluso graves que comprometan la vida. La ineficacia para asimilar los alimentos suele verse acompañada de una mala absorción de los alimentos. Las paredes que recubren nuestro aparato digestivo suelen estar en malas condiciones, lo que nos lleva a una pésima asimilación de los alimentos, otro de los síntomas que se tomaron en cuenta para este diagnóstico son las náuseas. La náusea es la sensación de estómago revuelto y, normalmente, son precursoras del vómito, aunque no siempre van acompañadas de ello.

Este es uno de los síntomas más frecuentes en cualquier persona que está enferma del estómago u otras afecciones relacionadas con el aparato digestivo, también en general a pacientes con tratamiento de cáncer. Es por ello que el paciente presenta náuseas, ya que presenta un diagnóstico de cáncer gástrico y recibe tratamiento de acuerdo a este, siendo un problema real y potencial, ya que estas pueden ser causantes de un problema nutricional que afecte de manera potencial en la recuperación o estabilidad del paciente.

c) Planeación.

La etapa de planeación inicia exactamente después de haber formulado los diagnósticos de enfermería y ésta consiste en la elaboración de estrategias; por un lado para el usuario sano, estas estrategias estarán enfocadas en reforzar las respuestas humanas y en la persona enferma, estas respuestas deberán ser reducidas o evitadas; es así como en esta etapa inicia la creación del plan de cuidados, el cual se compone de un ciclo de ejecución – evaluación, ya que como sabemos, el PAE es una herramienta dinámica, interactiva y flexible.

Ahora bien, en esta etapa se hará uso del Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE), el cual es un instrumento que tiene la función de documentar y comunicar la situación del usuario, los resultados que se esperan obtener, a través de estrategias e intervenciones y la evaluación de todo el proceso, los cuales pueden ser: (Posos, 2018):

Individualizados es decir los que permiten documentar los problemas, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería de un paciente en específico, existe también el estandarizado, el cual es un protocolo específico de cuidados, va dirigido a un grupo de pacientes que padecen alteraciones previsibles relacionadas con alguna enfermedad específica, de igual forma el estandarizado con modificaciones, el cual es similar al anterior pero tiene los rubros de objetivos y acciones de enfermería modificables de acuerdo a las necesidades del paciente o el Computarizado, es decir, son los PLACES estandarizados que forman parte de una base de datos y permiten la individualización de cada uno.

Finalmente, para la fase de planeación se hará uso de la clasificación taxonómica de la Nursing Outcomes Classification ya que los resultados esperados determinarán la planeación de las intervenciones, asimismo cada resultado planeado deberá ser redactado en infinitivo, deberá ser medible y evaluable a través de escala tipo Likert.

En base al diagnóstico ya antes mencionado, uno de los principales objetivos de este proceso es mejorar el estado nutricional del paciente, el cual conlleva a disminuir los efectos adversos del tratamiento químico, como las náuseas.

Es el control satisfactorio de las náuseas y los vómitos, facilita la observancia de los protocolos terapéuticos, si no que mejora también significativamente la calidad de vida durante el tratamiento. Las posibles complicaciones de unas náuseas y vómitos prolongados e incontrolados son los desequilibrios electrolíticos, la deshidratación, la gastritis y la alteración del estado nutritivo.

El diagnóstico enfermero se ve relacionado a efectos de quimioterapia según el Instituto Nacional de Cáncer de EEUU (2018) la incidencia de náuseas y vómitos en pacientes que reciben el tratamiento de quimioterapia es extremadamente alta, puede llegar hasta un 90% del total, esto produce un mayor riesgo en pacientes ya debilitados por lo tanto una mala calidad de vida.

Por lo tanto, la paciente presenta náuseas no llegando al vómito inducidos por la quimioterapia ya que son efectos secundarios comunes que afectan la calidad de vida de la paciente además le puede producir debilidad, pérdida de peso, deshidratación y anorexia, teniendo en cuenta la emetogenicidad de los medicamentos citotóxicos.

Las intervenciones a realizar frente a las náuseas se basan principalmente en la administración de medicamentos antieméticos, de igual manera, el modificar la dieta de acuerdo a la tolerancia del paciente evitará los olores fuertes que puedan causar náuseas, el cuidado frecuente de la boca proporciona bienestar y mejora la ingesta durante las comidas a su vez las distracciones y las técnicas de relajación pueden resultar útiles

d) Implementación

Diversas fuentes de referencia llaman a esta etapa ejecución, que es en la que se hace la aplicación del plan de cuidados antes realizado, el cual desarrolla tres criterios, la preparación, la ejecución como tal, y finalmente el registro; esta etapa requiere algunas actividades específicas por parte del equipo de enfermería como es continuar en constante valoración, realizar las actividades planeadas, hacer las anotaciones pertinentes y mantener el plan de cuidados actualizado, con la finalidad de ofrecer una atención de calidad al paciente, con cuidados individualizados que garanticen una mejora en su situación de salud.

Aunque la ejecución del plan de cuidados sea responsabilidad del enfermero o enfermera, también el paciente y su familia tienen un papel muy importante en los resultados de dicho plan ya que todo es un trabajo en equipo (Correa, et al, 2016, pp. 20-49).

El diagnóstico de cáncer puede ser considerado en general, como un evento vital estresante, que afectara no solo al individuo que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social más directo. La valoración del suceso como una pérdida importante (de salud, de bienestar psicológico, de esperanza de vida, etc.) tendera a producir una reacción de tristeza, que puede desencadenar en depresión, es por esto que el cuidado optimo del paciente con cáncer, debe integrar variables que influyen en el proceso de afrontamiento a la enfermedad y su respuesta al proceso oncológico: el rol de la familia en el cuidado del paciente, las actitudes ante la muerte, entre otras, así como también se debe abarcar el tratamiento de soporte y sintomático, partiendo de los cuidados paliativos del enfermo en fase avanzada

Durante esta etapa del proceso de atención enfermero, se brindó la atención de enfermería en el domicilio del sujeto de cuidado, donde se mantuvo una relación cercana entre el personal de enfermería con el paciente y su familia, logrando una entera confianza que ayudo a la implementación de actividades encaminadas a la mejora de la

salud y confort del paciente, atendiendo las principales demandas físicas y emocionales, contribuyendo a una mejora física y emocional.

e) Evaluación.

De acuerdo a Rodríguez, citado por Posos (2018), la evaluación es una etapa continua y formal del PAE, la cual se encuentra inherente a todas sus etapas. Es en esta etapa en donde se realizará el comparativo de lo que se planeó con lo que se obtuvo así se sabrá qué cambiar del plan de cuidados, aunque, por otro lado, si los resultados esperados fueron alcanzados, entonces podrían identificarse otras necesidades a las que haya que brindarle cuidados.

El proceso entero deberá ser documentado en un formato específico que comprende todo el plan de cuidados, mismo que le permitirá a todo el equipo llevar un cuidado constante atendiendo a las necesidades del paciente. Una buena evaluación del proceso de atención enfermero, puede medir de manera adecuada el impacto de las actividades de enfermería en la mejora del sujeto de cuidado.

El profesional de Enfermería mantiene un vínculo más estrecho con los pacientes. Por ello adquiere gran importancia su participación para el logro de satisfacción de necesidades físicas y espirituales garantizando así un cuidado de calidad, el cual impacta holísticamente en la mejora del sujeto de cuidado.

Es importante resaltar que estos resultados se deben a que el profesional de enfermería desarrolla el cuidado de manera óptima y continúa en base a sus conocimientos, actitudes, habilidades, destrezas, relación interpersonal, comunicación, respeto, especialización y sobre todo la experiencia con que cuenta en el servicio, es por ello que el personal de enfermería, tiene la responsabilidad de mantener en constante valoración los resultados de las actividades de enfermería en el paciente con cáncer gástrico, debido a que las necesidades del paciente son cambiantes constantemente.

1.6 Cáncer gástrico.

En el año 2015, de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) fueron 655,688 las víctimas que cobraron las principales enfermedades como: la diabetes mellitus, las complicaciones isquémicas del corazón en segundo lugar y en tercer lugar está el cáncer con el 12.9% de todos los casos, sin embargo el análisis de la mortalidad es complejo pues en este grupo se engloban todos los tipos de cáncer, aunque cada uno tenga un comportamiento epidemiológico diferente, por ejemplo, el cáncer cervicouterino disminuye mientras el de mama incrementa (Aldaco et al. 2018, pp.1-85).

Ahora bien, hablando de manera específica, el cáncer gástrico es una entidad multifactorial con muy alta prevalencia sobre todo en países desarrollados como China y Japón, ocupando el quinto tipo de cáncer con mayor frecuencia y la segunda causa de muerte por cáncer. (Gómez, et al, 2017, pp.124-129)

El cáncer gástrico se asocia a la infección intestinal por *Helicobacter Pilory* (HP) la cual ocurre casi siempre en la infancia y las primeras manifestaciones tumorales se presentan después de los 50 años de edad. Este tipo de infecciones persistentes desencadenan reacciones inflamatorias crónicas, en las cuales el sistema inmunológico logra confinar la infección a un número limitado de células, si bien no es efectivo en grado suficiente para erradicarlas del organismo. Esta respuesta inflamatoria crónica provoca un daño significativo y constante al órgano infectado, que puede propiciar la aparición del cáncer.

El *Helicobacter pylori* es una bacteria gram negativa que condiciona a una de las infecciones más comunes. Existen diferentes cepas, cada una con factores de virulencia diferentes que es precisamente lo que le permite adaptarse al medio gástrico y causar así gradualmente daño continuo a las células gástricas. Generalmente la infección por *H. pylori* se adquiere durante la infancia y las vías son fecal-oral, oral-oral y gastro-oral (Ramos & Sánchez, 2017, pp. 258-266).

En el artículo que lleva por nombre “Tratamiento de *Helicobacter pylori* para la prevención de cáncer gástrico metacrónico” se menciona que esta bacteria es un carcinógeno número 1, ya que diversos estudios demuestran una correlación entre su existencia y el cáncer gástrico, el cual empieza como gastritis crónica, después atrofia gástrica, siguiendo con metaplasia intestinal, displasia y por último cáncer metastásico (Gran, et al, 2018, pp. 162-166).

Por otro lado, cabe mencionar que histológicamente el cáncer gástrico se clasifica en dos grupos principales, el intestinal y el difuso, los cuales son muy diferentes entre sí en cuanto a la epidemiología, histopatología, patogenia y demás.

El CG puede ser cardial (más cercano al esófago) y antral (más cercano al píloro duodenal), intestinal o difuso. En el cáncer de tipo intestinal, la lesión casi siempre está localizada en un solo foco y cursa a través de una serie de lesiones del epitelio diversas que va desde la gastritis superficial, gastritis atrófica, metaplasia, displasia y termina en un cáncer. Por lo regular, el CG difuso se distribuye en varios puntos del estómago y no se le ha atribuido algún tipo de lesión atrófica inicial que favorezca su desarrollo. La infección por HP se vincula con la aparición de CG intestinal y difuso y sobre todo con el cáncer distal más que el cardial.

En relación a lo anterior, el cáncer intestinal prevalece en hombres de edad media, dañando el cuerpo y la incisura. El tipo difuso invade la pared gástrica y podría producir metástasis vía linfática progresando a mayor velocidad y desmejorando el pronóstico, contrario al tipo intestinal que invade por vía sanguínea produciendo metástasis hepática con una evolución más lenta (Csendes & Figueroa, 2017, pp.502-507).

El desarrollo de esta enfermedad ha generado un incremento en la mortalidad del adulto mayor, al perturbarse el proceso de salud enfermedad y, por consiguiente, propicia una disminución en la expectativa de vida de este grupo en particular. A pesar de los avances tecnológicos, los efectos tóxicos del tratamiento del cáncer gástrico en los órganos y tejidos sanos, entre las reacciones adversas halladas con mayor frecuencia figuraron: esofagitis, dolor, fiebre y escalofríos.

La malnutrición relacionada con el cáncer es un proceso multifactorial donde no solo se afecta la ingesta de alimentos, sino también se incrementa la necesidad de energía y proteínas, disminuyen los estímulos anabólicos, como la actividad física, y se altera el metabolismo en diferentes órganos o tejidos, siendo un factor pronóstico en la mortalidad del cáncer gástrico en personas mayores.

La pérdida de peso involuntaria es capaz de predecir la supervivencia, así como, una baja respuesta a la quimioterapia. La malnutrición y la caquexia, están relacionados con la poca tolerancia al tratamiento oncológico y la menor probabilidad de respuesta, y de manera independiente predicen resultados deficientes

El cáncer de estómago en el adulto mayor presenta factores de riesgo como cambios del aparato digestivo, ocasionados por la mala nutrición, deshidratación, estreñimiento, disminución de la absorción de hierro, calcio, vitamina B12 y ácido fólico. Una inadecuada absorción de vitamina B12 puede generar palidez, ictericia subconjuntival, alteraciones digestivas como anorexia, dispepsia y trastornos en el tránsito intestinal, así como compromiso de las mucosas (glositis atrófica). Los síntomas neurológicos pueden preceder a la anemia, caracterizado por parestesias, deterioro de la sensibilidad propioceptiva y ataxia espástica secundaria a degeneración de los cordones posteriores y laterales de la médula espinal.

1.6.1 Diagnóstico y tratamiento.

Para diagnosticar cáncer gástrico se debe iniciar con la exploración del paciente y la identificación de signos y síntomas característicos, aunque es necesario saber de inicio que no existen signos patognomónicos, es así que dentro de los signos y síntomas predominantes se encuentra la pérdida de peso, el dolor abdominal, náuseas, disfagia, melenas, sensación de saciedad precoz y dolor tipo úlcera; debido a que éste tipo de cáncer se puede propagar vía linfática como se explicó anteriormente, los signos también pueden comprender adenopatía supraclavicular izquierda, nódulo peri umbilical o adenopatía axilar izquierda (Ortega & Alzate, 2016, pp.106-111).

A la exploración física podría encontrarse una masa anormal en la parte rectal, como ascitis si se tratara de carcinoma peritoneal, podría palparse una masa anormal a nivel de hígado. Dentro de otros aspectos a valorar que pudiera presentar el paciente se encuentra la queratosis seborreica difusa, acantosis nigricans, anemia hemolítica, estados de hipercoagulabilidad, entre otros.

Por otro lado, el estándar de diagnóstico es la gastroscopia con toma de biopsia, en la que se esperaría visualizar el tumor para poder valorar su tamaño, riesgo de sangrado, obstrucción o perforación. En caso de que se necesitara observar posible metástasis, se utilizaría la tomografía toraco – abdomino – pélvica (Rojas & Montagné, 2019, pp. 22-29).

De acuerdo a Rojas & Montagné (2019), en su artículo “Generalidades del cáncer gástrico”, en algunos casos la laparoscopia exploradora tiene adecuada sensibilidad para detectar metástasis como en el caso de la carcinomatosis peritoneal, la que podría ser casi indetectable en pruebas de imagen, por otro lado, la tomografía por emisión de positrones ocasiona regularmente falsos positivos y falsos negativos.

Existe un algoritmo de actuación ante el diagnóstico de neoplasia gástrica, este inicia por una endoscopia más toma de biopsia, seguido por tomografía por emisión de positrones, ecoendoscopia, tomografía computarizada, resonancia magnética y laparoscopia exploradora con el fin de seleccionar el estadio de la lesión y de acuerdo a los resultados se brindará el tratamiento.

En caso de ser una enfermedad localizada, el tratamiento consistirá en cirugía y plantear algún tipo de tratamiento endoscópico, en caso de ser tumor primario, el tratamiento consistirá en cirugía más quimioterapia (epirrubicina, cisplatino, y 5 fluoracilo) o radioterapia o quimioterapia perioperatoria y finalmente si se diagnostica con enfermedad metastásica el tratamiento consistirá en quimioterapia más manejo sintomático (Rojas & Montagné, 2019, pp.22-29).

Estudios recientes marcan una nueva terapia para el tratamiento de cáncer gástrico que consiste en la gastrectomía por laparoscopia o con asistencia robótica, que es una técnica poco invasiva la cual puede ocuparse en tumores que no exijan un vaciamiento amplio de cadenas ganglionares y facilitan también el proceso de anastomosis (Dumont & Thibaudeau, 2019, pp. 1-14).

APARTADO II

RESUMEN DEL CASO CLINICO

El sujeto de cuidado acude al servicio de urgencias en el hospital general regional de Orizaba IMSS el día 15 de marzo, refiriendo dificultad para evacuar y dispepsia, a lo que el personal de salud le realiza un enema evacuante y se le receta senósidos A-B, en días posteriores continúa con dificultad para evacuar y comienza con emesis obscuras posteriores a la deglución de alimentos con intensificación nocturna, aerofagia y distensión abdominal severa, por lo que acude nuevamente al servicio de urgencias el día 22 de marzo.

Se procede la realización de estudios de imagen y contraste, donde se localiza la zona de obstrucción intestinal y es sometido a una cirugía de urgencia el día 23 de marzo, se le realiza una Píloro-Antrectomía + Gastroyeyunoanastomosis en Brown termino lateral por estenosis pilórica ocasionada por un ganglio el cual se manda a patología, se mantiene 5 días en ayuno para la cicatrización adecuada del intestino, posterior a esto comienza con alimentación líquida con adecuada tolerancia.

El paciente refiere haber bajado 6 kg de peso durante este período de tiempo, los resultados de la biopsia detectan actividad tumoral a lo cual se hace el diagnóstico de cáncer gástrico, se comienza un tratamiento con quimioterapia oral por quince días, para posteriormente iniciar con quimioterapia intravenosa cada tres semanas, a lo que el paciente refiere que posterior a esta tuvo pérdida de apetito significativa, náuseas, disfagia, sialorrea, hipogeusia, alopecia y debilidad lo cual le llevó a la pérdida de 4 kg de peso.

Con una pérdida total de 10 kg de peso durante el desarrollo de su patología y un significativo desgaste debido a la patología de base y el tratamiento de la misma, el paciente se encuentra en su domicilio recibiendo cuidados paliativos para contrarrestar los síntomas adversos de dicho tratamiento.

APARTADO III

DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION ENFERMERIA

3.1 Valoración clínica del sujeto de cuidado

Antecedentes Familiares: Madre fallecida con diagnóstico de cáncer de colon y padre finado por cáncer de hígado.

Antecedentes Personales: Cirugía de cadera debido a traumatismo severo, ocasionado por accidente automovilístico en 2003, diabetes e hipertensión diagnosticada en 2014.

Presenta una presión arterial de 110/70 mmHg, con frecuencia respiratoria de 18 resp/min con características normales, así como 80 pulsaciones filiformes por minuto, temperatura corporal de 36 ° C y glucosa capilar de 115 mg/dl postprandial.

Percepción/Manejo de la salud: Paciente masculino de 82 años de edad, alergias negadas, actualmente tiene diagnóstico médico de cáncer gástrico en etapa final y recibe tratamiento con quimioterapia cada tres semanas, terminando de cursar su segunda quimioterapia, acepta tabaquismo con 2 cigarros esporádicamente y el consumo de alcohol ocasionalmente en convivencias.

Vive en casa propia con su esposa, la casa es de concreto y cuenta con todos los servicios.

Nutricional/ Metabólico: Notoria debilidad muscular y fatiga, refiere consumir principalmente alimentos líquidos, presentando intolerancia a la deglución, náuseas, hipogeusia y sialorrea que le dificultan el consumo adecuado de alimentos, con apariencia notoria de desnutrición, refiere pérdida de peso de 10 kg como consecuencia del proceso de la enfermedad y tratamiento médico, refiere disfagia, cabello de color y textura acorde a la edad, frágil y quebradizo, con notoria alopecia, con presencia de lengua seborrea, sialorrea y mucosas orales intactas, debilidad muscular debido a la desnutrición y al desgaste ocasionado por la enfermedad.

Eliminación: Tórax acanalado con respiración presente y expansión torácica infra clavicular normal, ruidos torácicos sibilantes, sialorrea, abdomen blando con peristaltismo activo, muestra cicatriz quirúrgica en región mesogástrica e hipogástrica con adecuada cicatrización, sin presencia de edema en miembros pélvicos, adecuada perfusión tisular, buen llenado capilar, diuresis con características normales en color, olor, consistencia y frecuencia, evacuaciones diarreicas dos o tres veces por día, con consistencia líquida,

Actividad/ ejercicio: Refiere sensación de cansancio ante esfuerzos básicos como la deambulación dentro de su vivienda, presenta disimetría en miembros pélvicos debido a una fractura de cadera y marcha claudicante, lo que dificulta aún más su deambulación y aumenta el esfuerzo de esta.

Sueño/descanso: Sin dificultad para dormir por la noche, menciona que durante el día se siente fatigado lo que le conlleva a dormir 5 horas durante el día y 10 de forma nocturna, pasando la mayor parte del día durmiendo, hace mención de no necesitar medicamentos relajantes.

Cognitivo/ perceptivo: En estado de alerta, orientado en persona, tiempo, lugar y espacio, pupilas isocóricas, normo reactivas, con dificultad para el habla debido a la sialorrea, coherente y organizado a la entrevista, con escasa expresión verbal a la entrevista, sin alteración de la memoria, las capacidades gnósicas, la atención y praxias.

Autopercepción/ autoconcepto: Refiere ser un hombre al que siempre le gusta el trabajo y que siempre se valió por sí mismo, menciona sentirse realizado en los aspectos personales y familiares, hace mención de su notoria preocupación por su esposa al desenlace refiriendo que ella siempre ha sido dependiente de él.

Rol/relaciones: Refiere ser pensionado, casado, tiene cinco hijos, una mujer y cuatro varones, dos de ellos se encuentran fuera del estado sin embargo reseña una adecuada dinámica familiar, donde todos sus hijos llevan un rol para su cuidado y el de su esposa, siendo el en su casa el principal proveedor. Se observa buena dinámica y apego familiar, su esposa, hijos y nietos hacen referencia del miedo y la tristeza ante el desenlace.

Sexualidad/ reproducción: hace referencia no haber presentado alteraciones durante su etapa reproductiva, tiene cinco hijos, cuatro varones y una mujer, hace referencia no realizarse exámenes de próstata ni testicular de prevención, sin secreciones, hemorragias, ni aparentes datos de infección, o alteraciones en el pene.

Adaptación/tolerancia al estrés: Proyecta actitud motivada ante la enfermedad, sin embargo, refiere sentimiento de angustia y tristeza al pensar en el desenlace, ya que le preocupa dejar sola a su esposa, su principal sistema de apoyo es su conyugue y su familia, quienes hacen mención de su angustia ante la situación y las ideas o pensamientos de muerte.

Valores y creencias: De religión católica inculcada por sus padres desde pequeño, hace referencia en la creencia de un ser supremo sin apego a la asistencia a templos o iglesias, desea que en caso de fallecimiento según sus normas culturales tenga un funeral católico y su cuerpo sea llevado a su ciudad de origen, donde vivió su niñez y parte de su juventud.

3.2 Diagnósticos de Enfermería según el caso

Signos y síntomas	Dominio Alterado	Etiqueta	Características que lo definen	Factor Etiológico o Relacionado.	Dx. De enfermería,
-Tristeza -Preocupación -Expresiones verbales de desesperanza	Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento	Ansiedad ante la muerte (00147)	-Preocupación -Incertidumbre -Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales	El estado de salud	Ansiedad ante la muerte, relacionado con el estado de salud, manifestado por preocupación, incertidumbre y expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.

Signos y síntomas	Dominio Alterado	Etiqueta	Características que lo definen	Factor Etiológico o Relacionado.	Dx. De enfermería,
-Disfagia -Hipogeusia -Pérdida de peso -Fatiga	Dominio 2: Nutrición Clase: 1 Ingestión	Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades (00002)	-Aversión a la comida -Informes de alteración del sentido del gusto -Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.	Incapacidad para ingerir los alimentos.	Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades, relacionado con la incapacidad para ingerir los alimentos, manifestado por , aversión a la comida, informes de alteración del sentido del gusto, informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.

3.3 Planificación de intervenciones

Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana	
			Mantener	Aumentar
DOMINIO II: salud fisiológica CLASE K: Digestión y Nutrición RESULTADO: Estado Nutricional (1004)	-100402 Ingestión Alimentaria	Desviación grave del rango normal 1	1	2
		Desviación sustancial del rango normal 2	2	3
	-100408 Ingestión de Líquidos	Desviación moderada del rango normal 3	2	3
		Desviación leve del rango normal 4	2	3
	-100403 Energía	Desviación leve del rango normal 4	2	3
	-100410 Tono Muscular	Sin desviación del rango normal 5	2	3
	-100401 Hidratación			

Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana	
			Mantener	Aumentar
Dominio III: salud psicosocial Clase N: Adaptación psicosocial Muerte Digna (1307)	130710 Resuelve asuntos importantes	Nunca demostrado 1	5	5
		Raramente demostrado 2	3	5
		A veces demostrado 3		
		Frecuentemente demostrado 4	3	4
		Siempre demostrado 5		
	130715 intercambia afecto con los demás.			3
130725 Expresa preparación para morir			2	4

3.4 Ejecución de Intervenciones.

CAMPO 01: Fisiológico Básico

Cuidados que apoyan el funcionamiento físico

CLASE: D Apoyo Nutricional

Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional

Monitorización Nutricional

Recogida de datos y análisis del paciente para evitar o minimizar la mala nutrición

Actividades:

- Indicar dieta fraccionada, empleando una dieta líquida a base de licuados debido a la poca tolerancia del paciente en la deglución.
- Fomentar el uso de saborizantes que aumentan el gusto por los alimentos y la ingesta de éstos, para contrarrestar algunas de las alteraciones propias de la edad como la disminución del olfato y los umbrales de sabor. Promover dieta con alimentos naturales
- Suscitar el uso de complementos nutricionales
- Aumentar hasta en un 100% de la ingesta diaria recomendada los valores de energía, proteína y micronutrientes.
- Ofrecer comidas considerando las preferencias alimentarias, la consistencia y la temperatura, junto con la elección de alimentos étnicos.
- Ofrecer alimentos frescos como helados o gelatinas, evitando el contacto con aromas fuertes.

Implementar estrategias que implique aspectos psicológicos, sociales, ambientales y funcionales, no solo biológicos o nutricionales. Algunas de estas son:

-Mejorar el contexto social: los adultos mayores comen hasta un 44% más en compañía de familiares y amigos. Asimismo, entre más gente este a su lado, mejor la ingesta.

-Mejorar el sabor y aspecto de los alimentos: la ingesta de alimentos se mejora hasta un 44% al mejorar el sabor y aspecto de los alimentos, se debe evitar las comidas insípidas, de mal aspecto, sin la consistencia y temperatura inadecuada.

-Optimizar el tiempo entre comidas: Se requiere ajustar el tiempo entre comidas, se debe dar tiempo suficiente entre las comidas fuertes y evitar el ayuno prolongado entre cena y desayuno. El adulto mayor tiene menos hambre antes de las comidas y se sacia más pronto y con menos alimentos que el adulto joven.

-Verificar el tamaño de porción. El tamaño de la porción se debe ajustar al promedio de comida que se ingiere y de acuerdo al último alimento, se debe evitar porciones muy grandes, que se sabe que no se comerá.

-Mejorar el ambiente. Se ha confirmado que el adulto mayor incrementa la ingesta de alimentos en un ambiente alumbrado, espacioso y confortable.

- Recomendar una correcta higiene oral y dental, así como del empleo de fármacos anti fúngicos adecuados, manteniendo la boca húmeda y limpia
- Limpiar las prótesis todas las noches antes de acostarse, mediante cepillado y sumergiéndolas en una solución desinfectante.
- Se recomienda el uso de nistatina en suspensión a una concentración de 100.000 U / ml, en dosis de 4 - 6 ml cuatro veces al día durante 7-14 días, sugiriendo mantener contacto directo con la mucosa oral, durante al menos dos minutos, antes de deglutirlo.

- Incrementar el consumo de líquidos para evitar la deshidratación.
- Monitorizar los niveles de glucosa en el individuo para evitar alteraciones.
- Animar al paciente en la aceptación de su apariencia física ante la pérdida del cabello.
- Proporcionar información sobre las medidas de higiene y limpieza para el cuidado y prevención de enfermedades en el paciente inmunodeprimido.

CAMPO 03: Conductual

Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.

CLASE: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.

Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.

Cuidados en la agonía

Prestar comodidad física y paz psicológica en la fase final de la vida

Actividades:

- Fomentar la conservación de la esperanza y el optimismo en el paciente, así como familiares y amigos
- Avivar el fortalecimiento de vínculos familiares, atendiendo las necesidades de confort para la persona enferma, estableciendo sus propios horarios y rutinas.
- Animar al paciente a la expresión de sentimientos y resolución de problemas familiares, así como expresar preocupaciones y voluntades a la familia.
- Vigilar el deterioro de la capacidad física y mental del paciente.
- Fomentar ejercicios de respiración y relajación en el paciente para disminuir la angustia y la ansiedad.
- Apoyar y empatizar con el paciente y la familia durante su proceso de duelo, estimulando la comunicación terapéutica y las actividades espirituales.

- Tratar al individuo con dignidad y respeto.
- Asesorar a la familia sobre las formas en las que pueden brindar tranquilidad al paciente ante sus preocupaciones sobre el deceso del mismo.
- Alentar sobre la expresión de sentimientos y afecto físico hacia el individuo

3.5 Evaluación.

Tras una semana de ejecución del plan de cuidados de enfermería, el paciente incrementó la ingestión alimentaria, y el consumo de líquidos aumentando la hidratación a 2 en la escala de medición, mejoró el estado oral disminuyendo la sialorrea de manera significativa impactando de igual forma en la disminución de náuseas.

No se logró un incremento en el tono muscular, ni en la energía presente en el paciente, manteniéndose en 2 en la escala de medición. De igual manera la alopecia no tuvo disminución, sin embargo, se trabajó en la aceptación física logrando la aceptación de su apariencia, en el aspecto espiritual y emocional, se mostró más tranquilo, con expresiones de aceptación ante la situación de su enfermedad y las ideas de muerte.

Desafortunadamente el paciente comenzó con dificultad respiratoria y fue trasladado al Hospital general regional de Orizaba donde se le fue diagnosticada una acidosis metabólica como consecuencia de su diagnóstico principal, falleció horas después.

CONCLUSIONES

El proceso de enfermería es un marco de referencia para la resolución de problemas que permite a las enfermeras planificar los cuidados del paciente de manera individual, dirige nuestras acciones a contribuir al restablecimiento de la salud de los pacientes, en este caso, se intentó restablecer la nutrición, la integridad de la mucosa oral, paliar tanto el sufrimiento espiritual como la incertidumbre ante la enfermedad y el sufrimiento emocional del mismo, ayudando con intervenciones que optimizaran su confort, aceptación y afrontamiento ante la situación de su salud y las ideas de muerte ante el desenlace.

El proceso de atención enfermero nos ofrecen una forma de ponderar los cuidados, con el fin de gestionar recursos humanos materiales y económicos y suponen una herramienta de trabajo válida, útil, común y que contribuye a unificar criterios de actuación, constituyendo la base de investigación científica propia, para el desarrollo de nuestra profesión.

La relevancia de este trabajo radica en transmitir la importancia de nuestra figura profesional en el campo de los cuidados, en la asistencia del paciente en todas sus necesidades, en el acompañamiento permanente, valorando las condiciones del individuo en todo momento, planteando la resolución de los problemas y evaluando si las intervenciones y actividades tienen un impacto positivo en toda la situación del paciente, haciendo indispensable a la enfermería en la aplicación de cuidados integrales individualizados. Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida, siendo de suma importancia el cuidado de enfermería en todos los aspectos de la vida, en individuos sanos, enfermos y sobre todo terminales.

Otro aspecto que es necesario resaltar es el referente a las características personales de la enfermera, ya que uno de los problemas serios es que en ocasiones se trata a los pacientes como patologías y no como personas, por esto es importante

considerar que el ser humano es una persona desde el primer momento de su existencia, y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a un instrumento en beneficio de otros.

De igual forma cabe mencionar que a pesar de que el cáncer gástrico es una de las principales causas de muerte en México, es restringida la información y orientación a los pacientes y familiares sobre el proceso de la enfermedad y los cambios que se desencadenan con esta, sobre los cuidados que se deben proporcionar al paciente para disminuir muchos de los efectos adversos del tratamiento, así como una información verídica y humanista sobre las condiciones de salud y lo más recomendable para evitar el sufrimiento de los involucrados.

Así mismo una de las principales problemáticas en el sistema de salud es la sobre carga de trabajo que limita al personal el tiempo dedicado a la orientación a la población en general, principalmente a individuos con factores de riesgo, propensos a desencadenar algún tipo de cáncer sobre las prevenciones y los adecuados estilos de vida que pueden ayudar a la prevención de este padecimiento.

Otro factor muy importante en el tratamiento y prevención de esta enfermedad es la empatía que desarrolla el personal de salud y que no debe olvidarse ni minimizarse en ningún momento, ya que es de suma importancia para el paciente y la familia durante los momentos difíciles de esta enfermedad, dado que las emociones del individuo pueden impactar de manera positiva y negativa en este, dejando una profunda satisfacción al realizar un buen ejercicio profesional. Es por esto que es de suma importancia inculcar en la formación académica del profesional de salud un trato humanizado, que valore y diagnostique de manera holista, proporcionando los cuidados personalizados, brindando calidad y calidez en el actuar, ya que como es bien sabido, el cuidado es la base principal y primordial de la enfermería.

REFERENCIAS

Aldaco-Sarvide, F., Pérez-Pérez, P., Cervantes-Sánchez, G., Torrecillas-Torres, L., Erazo-Valle-Solís, A. A., Cabrera-Galeana, P., & Cárdenas-Cárdenas, E. (2018). Mortalidad por cáncer en México: actualización 2015. *cáncer*, 85, 1.

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences.

Arroyo, S., Vásquez, R., Martínez, M., y Nájera, M. (2018). Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento. *Cuerpo Editorial*, 6, 97-102.

Borré-Ortiz, Y. M., Lenis-Victoria, C., Suárez-Villa, M., & Tafur-Castillo, J. (2015).

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier.

Canales, V., Elena, A., Ysidro, E., & Margoth, C. (2018). Conocimiento sobre taxonomía NANDA NIC NOC y su aplicación en la Unidad de Recuperación Post Anestésica en el Hospital General de Huacho-2018. Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/7096/Conocimiento_EspinozaYsidro_Candy.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chavez Alaña, D. E. (2017). Aplicación del modelo de Virginia Henderson y Marjory Gordon para la valoración integral del paciente ambulatorio. (Tesis de licenciatura). Universidad técnica de Machala, Ecuador.

Correa, E., De Jesús, E.E., & Rivas, J. (2016). Valoración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson. Universidad Autónoma Metropolitana, México. Recuperado de

http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf

Castro, M., & Simian, D. (2018). LA ENFERMERÍA Y LA INVESTIGACIÓN. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 301-310.

Csendes, Attila, & Figueroa, Manuel. (2017). Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. *Revista chilena de cirugía*, 69(6), 502-507. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.014>

De Arco, O., & Suárez, Z. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y Salud*, 20(2), 171.

De Villalobos, M. (2018). Una mirada hacia afuera: proyección de enfermería para el 2050. *Aquichan*, 18(1).

Despaigne, C., Martínez, E. L., & García, B. A. (2015). El proceso de atención de enfermería como método científico. *54(259)*, 91-96.

Dumont, F., & Thibaudeau, E. (2019). Gastrectomías laparoscópicas, simples o con asistencia robótica, por tumores gástricos. *EMC-Técnicas Quirúrgicas-Aparato Digestivo*, 35(3), 1-14.

Durán de Villalobos, M. (2009). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2(1). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34> El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. *Revista Ciencias de la Salud*, 13(3), 481-491.

González, M. G., & Monroy, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería universitaria*, 13(2), 124-129. <https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>

Gran, I., Uribe, J., Ignacio, J., & Riquelme, A. (2018). Tratamiento de *Helicobacter pylori* para la prevención de cáncer gástrico metacrónico. *Gastroenterol. latinoam*, 29(3), 162-166.

Jara, F., & Lizano, A. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería universitaria*, 13(4), 208-215.

Landeros, E., Amador, M., & Pérez, M. (2018). Enfermería: De la Ocupación a la Profesión, de la Profesión a la Ciencia. *Revista Salud y Administración*, 5(14), 35-42.

Luengo, C., & Sanhueza, O. (2016). Formación del licenciado en Enfermería en América Latina. *Aquichan*, 16(2), 240-255.

Mancilla-García ME., Zepeda-Arias FM. Importancia de las guías de práctica clínica en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2012;20 (1): 1-3

Martínez, M. V., Cegueda, B. E., Romero, G., Galarza, M. E., & Rosales, M. G. (2015). Competencia laboral de la enfermera en la valoración por patrones funcionales de salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(1), 3-8.

Mitjá, J. (2018). PAE [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://enfermeriablog.com/pae/#>

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. Elsevier.

Ortega, A & Alzate, S. (2016). Cáncer gástrico en pacientes de Méderi – Hospital universitario mayor entre los años 2011 y 2014 (Tesis de especialidad). Universidad del Rosario, Colombia.

Ponti, L.E, Castillo, R.T., Vignatti, A., Monaco, M.E., & Nuñez, J.E. (2017). Knowledge and difficulties in the nursing care process. *Educación Médica Superior*, 31(4), 1-12. Recuperado en 10 de agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000400007&lng=es&tlng=en.

Posos, M. J. (2018). Modelo del cuidado de enfermería. Recuperado de http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf

Ramos, A. R., & Sánchez, R. S. (2017). Helicobacter pylori y cáncer gástrico. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 28(3), 258-66.

Rodríguez, S., Cárdenas, M., Pacheco, A. L., Ramírez, M., Ferro, N., & Alvarado, E. (2017). Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enfermería universitaria*, 14(3), 191-198.

Rojas, V., & Montagné, N. (2019). Generalidades del cáncer gástrico. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*, 9(2), 22-29.

GLOSARIO

Acantosis: trastorno cutáneo caracterizado por hiperplasia epidérmica difusa (engrosamiento de la piel).

Adenopatía: Enfermedad de las glándulas, en especial de los ganglios linfáticos.

Aerofagia: Ingestión de aire que provoca flatulencia o molestias intestinales.

Alopecia: Ausencia o caída del pelo en las zonas que normalmente lo poseen.

Antrectomía: Intervención quirúrgica en la que se practica la extirpación del antro pilórico.

Ataxia: Deterioro en el equilibrio o la coordinación debido a daños en el cerebro, los nervios o los músculos.

Ascitis: Acumulación de líquido seroso en la cavidad peritoneal.

Biopsia: Examen microscópico de un trozo de tejido o una parte de líquido orgánico que se extrae de un ser vivo.

Carcinoma: Tumor maligno que se forma a partir del tejido epitelial de los órganos.

Carcinomatosis: Condición clínica de un enfermo de cáncer, en la cual la enfermedad ha invadido uno o varios órganos.

Seburra: Capa blanquecina o amarillenta que cubre la zona dorsal de la lengua, por efecto de esta secreción.

Deglución: Acción de deglutir (Hacer pasar algo desde la boca al estómago a través de la garganta).

Disfagia: Dificultad o imposibilidad de tragar

Dispepsia: Sensación de saciedad demasiado rápido al comenzar a comer

Displasia: Anomalía en el desarrollo de un tejido, de un órgano o de una parte anatómica del organismo.

Diuresis: Secreción de orina.

Edema: Presencia de un exceso de líquido en algún órgano o tejido del cuerpo que, en ocasiones, pueden ofrecer el aspecto de una hinchazón blanda.

Emesis: Vomito (expulsión violenta por la boca de lo que está contenido en el estómago).

Endoscopia: Exploración o examen visual de las cavidades o los conductos internos del cuerpo humano mediante un endoscopio.

Enema: Líquido que se inyecta en el intestino por el ano con fines laxantes, terapéuticos o analíticos.

Estenosis: Estrechez o estrechamiento de un orificio o conducto.

Gastroyeyunoanastomosis: Procedimiento quirúrgico con el cual se confecciona una anastomosis entre el estómago y el yeyuno mediante la realización de una sutura digestiva.

Glositis: Inflamación aguda o crónica de la lengua.

Hipercoagulabilidad: Tendencia a coagular la sangre as rápido de lo normal.

Hipogeusia: Sensibilidad disminuida para el gusto.

Holístico: Del todo o que considera a algo como un todo.

Isocóricas: Pupilas que tienen el mismo tamaño en los dos ojos.

Laparoscopia: Exploración o examen de la cavidad abdominal mediante la introducción de un laparoscopio a través de una pequeña incisión.

Melena: Heces oscuras y alquitranadas con o sin sangre visible.

Metaparadigma: Conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos.

Metaplasia: Cambio en la forma que toman algunas células que, por lo general, no es normal en las células del tejido al que pertenecen.

Metástasis: Diseminación del cáncer de una parte del cuerpo en donde se formó originalmente a otra parte del cuerpo.

Nódulo: Crecimiento o masa que puede ser maligna (cancerosa) o benigna (no cancerosa).

Parestesia: Sensación de hormigueo o pinchazos, generalmente temporal, que suele producirse en brazos, manos, piernas o pies.

Postprandial: Nivel de glucosa en sangre tras las comidas.

Queratosis: Enfermedad que produce un engrosamiento de la capa córnea de la piel.

Quimioterapia: Tratamiento médico de algunas enfermedades que consiste en la aplicación de sustancias químicas al organismo.

Sialorrea: Producción de niveles excesivos de saliva.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Estimado usuario

Mi nombre es Lorena Jiménez Muñoz, egresada de la Universidad de Sotavento en la licenciatura de enfermería por lo que me encuentro realizando un proyecto de investigación el cual consiste en realizar un proceso de atención de enfermería. Esta investigación consiste en recabar información del usuario voluntario, por cuanto hace a datos personales, características de la vivienda, antecedentes familiares y personales, historial médico (medicamentos, cirugías, enfermedades, etc.) signos vitales, hábitos higiénicos, alimenticios, actividad y ejercicio, así como la conformación y relación tanto familiar, como social del usuario. A fin de mejorar las condiciones del individuo, a través de la valoración de sus necesidades, logrando un impacto positivo en toda la situación del paciente.

Este proceso no con lleva ningún riesgo o peligro para el voluntario. Los datos personales son estrictamente confidenciales y el nombre no será utilizado. La participación o no participación en el estudio será respetada. La colaboración es voluntaria, si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Tienen el derecho a retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. No recibirá ninguna compensación por participar. Si desea sea ser participe, favor de llenar el siguiente talonario de autorización.

Yo _____ Acepto participar voluntariamente en esta investigación. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este proyecto sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas en cualquier momento y puede retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Voluntariamente doy mi consentimiento:

Firma

Orizaba, Veracruz a _____ de _____ del 2019.

Anexo 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre (Iniciales): I.M.T.

Fecha de nacimiento: 15 de octubre de 1937 Edad: 82 años

Domicilio: Av. Ferrocarril no. 303 Col. Buganvilia CP. 94740 Mendoza; Ver.

Motivo del ingreso/ principal dolencia: Cáncer gástrico

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- | | | | |
|-----------------|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| • Diabetes: | <input checked="" type="checkbox"/> | • Neoplasias: | <input checked="" type="checkbox"/> |
| • Hipertensión: | <input checked="" type="checkbox"/> | • Cardiopatías: | <input type="checkbox"/> |
| • Hipotensión: | <input type="checkbox"/> | • Tuberculosis: | <input type="checkbox"/> |
| • Artritis: | <input type="checkbox"/> | • Enfermedades | |
| • Trastornos | | Neurológicas: | <input type="checkbox"/> |
| Psiquiátricos: | <input type="checkbox"/> | • Hepatopatías: | <input type="checkbox"/> |
| • Alergias: | <input type="checkbox"/> | • Enfermedades | <input type="checkbox"/> |
| | | Endocrinas: | <input type="checkbox"/> |

Refiere madre finada de cáncer de colon y padre finado de cáncer de hígado.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- | | | | |
|-----------------|-------------------------------------|------------------|--------------------------|
| • Diabetes: | <input checked="" type="checkbox"/> | Artritis: | <input type="checkbox"/> |
| • Hipertensión: | <input checked="" type="checkbox"/> | Epilepsia: | <input type="checkbox"/> |
| • Cardiopatías: | <input type="checkbox"/> | Úlcera Gástrica: | <input type="checkbox"/> |

Hospitalización/ Intervenciones quirúrgicas previas: Post operado de fractura de cadera hace 16 años con colocación de prótesis lado izquierdo, refiere haber sido operado el día 23 de marzo del 2019 de Píloro-Antrectomía + Gastroyeyunoanastomosis en Brown termino lateral por estenosis pilórica por un adenocarcinoma.

Alergias: Negadas

MEDICAMENTOS (Aquellos que tomaba en casa y los indicados actualmente)

- Metformina 1 tableta por la mañana y ½ por la noche
- Ondacetron 1 tableta cada 8 hrs en caso de nausea
- Omeprazol 1 tableta diaria

ACTIVIDADES VITALES

Temperatura: 36.5° C

Signos asociados:

Sudor:
Escalofríos:
Sed:

Hiperpnea:
Taquifigmia:
Otros: Negados

ESTADO RESPIRATORIO

- Amplitud: Toracoabdominal
- Frecuencia: 20 por minuto
- Ritmo: Normal
- Simetría: Tórax Acanalado

SONIDOS

Estertores:
Sibilancias:
Roncus:

TIRAJES

Intercostal:
Subcostal:
Retracción esternal:

TOS

No:
Seca:
Productiva:

EPECTORACION:

No:
Fluidas:
Mucosas:
Purulentas:

ESTADO CARDIOVASCULAR

Frecuencia Cardíaca:

PULSO

- Frecuencia: 80 por minuto
- Intensidad: Filiforme
- Tensión: Tortuosa a la palpación

Pulsos periféricos: Presentes

Edema: Ausente

Llenado capilar: Presente

Varices: Ausente

TENSION ARTERIAL: 110/70

PATRON PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD:

Aspecto general (vestido/ arreglado personal)

Adecuado Exagerado Descuidado Meticuloso

¿Conoce su diagnóstico? Refiere tener conocimiento de que le extirparon un tumor del intestino que le obstruía para evacuar, el cual salió con actividad tumoral y que el

médico le mando a realizar quimioterapias para prevenir que la enfermedad reaparezca.

¿Conoce su pronóstico? El paciente menciona que el doctor solo le ha explicado que va bien.

¿Qué piensa de su enfermedad? Mantiene los ánimos, menciona es importante acudir a las quimioterapias para que no vuelva a presentar la enfermedad y mantener una adecuada alimentación.

Enfermedad terminal: Si No

Sistema de Apoyo:

Familia
Amigos
Profesionales

Etapas del proceso de duelo:

Negación
Ira
Negociación
Depresión
Aceptación

HABITOS

Tabaquismo: Aceptada con 2 cigarros ocasionalmente durante su juventud.

Alcoholismo: Aceptado con 3 cervezas ocasionalmente durante la juventud.

Cafeína: Refiere consumir dos tazas de café por la mañana y por la noche.

Otros: _____

PATRON NUTRICIONAL- METABOLICO

Talla actual: 1.60 mts.

Peso actual: 75 kg. ¿Ha perdido peso antes del ingreso hospitalario? No

Peso al ingreso: 85 Kg.

Apetito:

Normal Aumentado Disminuido Perdido

Alimentos no tolerados: Todo el alimento solido

Preferencias alimentarias: Licuada y Yogurt

Nauseas/ Vómitos (Espontáneos / Provocados): Refiere sentir nauseas en todo momento, lo que provoca el nulo apetito y vomito al comer alimento sólido.

Alergias alimentarias: Negadas

Disfagia: Ninguna Solidos Líquidos

Ingesta de líquidos (Cantidad y tipo): Refiere consumir dos vasos de agua simple al día (600ml) y dos de licuado (600 ml), ocasionalmente medio vaso de suero.

Dieta actual: Libre Para Cardíaco Para Diabético

Boca:

Encías: Dentro de límites normales, con coloración normal.

Lengua: Seburral.

Piezas dentales: Incompleta, con uso de prótesis.

Hábitos higiénicos: Refiere lavar su boca dos veces al día.

Piel: Rosada Pálida Obscura Cianótica

Temperatura: Caliente Seca Fría Húmeda

Turgencia: Flexible Deshidratada Ictérica Firme

Historia de problemas de piel/ cicatrización: cicatrización normal.

Observaciones: A pesar de ser paciente diabético, refiere no tener problemas de cicatrización en ninguna de sus cirugías.

PATRON DE ELIMINACION

Vesical

Cantidad: 1000 ml por día

Características: Color y olor característico

Frecuencia: cinco veces por día

Retención: Negada

Urgencia miccional: Negada

Uso de diuréticos: No ¿Desde cuándo?: _____

Incontinencia: No ¿Desde cuándo? / Frecuencia: _____

Intestinal

Frecuencia: Dos o tres evacuaciones al día

Consistencia: Semilíquida

Estreñimiento: Negado

Diarrea: Si ¿Desde cuándo? / Frecuencia: Hace 3 días, dos o tres veces por día

Uso de Auxiliares: No ¿Desde cuándo? _____

Cutánea (sudor)

Normal Perfusa Escasa

¿Problemas con el olor? Sí No

¿Cómo lo resuelve? Baño constante y uso de desodorante y fragancia

Observaciones: Ninguna

PATRON ACTIVIDAD/ EJERCICIO

Actividades Cotidianas:

Actividad	Solo	Con asistencia
Alimentación/ Bebida	X	
Aseo		X
Deambulaci3n		X
Eliminaci3n		X
Vestido y Arreglo		x

Motivo de la limitaci3n: Dismetria que causa marcha claudicante, debilidad

Ayuda que precisa: Ayuda en la deambulaci3n para sostenerse

Mano dominante: Derecha

Estado de movilidad

Movilidad en cama: Si

Traslado en silla de ruedas: Si

Deambulaci3n: Si

Marcha

Estable: _____

Inestable: Presenta marcha claudicante y debilidad

Posici3n que adopta en la deambulaci3n: _____

Equipo Auxiliar:

Ninguno:

Muletas:

Bast3n:

Andador:

Silla de ruedas:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

Nivel de Formaci3n

Grado de Estudios: Secundaria

¿Trabaja?: No

¿Jubilado?: Si

¿Puede costear medicamentos y atenci3n medica?: Si

Actividad recreativa antes de la intervenci3n: Salir a caminar y supervisar el trabajo de ejidos.

PATRON DE REPOSO-SUEÑO

Descanso adecuado: Si No

Factores que afectan el reposo: _____

Horas de sueño

Diurno: 5 horas

Nocturno: 10 horas

Problemas: Ninguno Despierta Temprano Insomnio

Observaciones: Debido a la escasa alimentaci3n, se presenta una baja de energa y debilidad, lo que le provoca cansancio y sueño.

PATRON COGNITIVO-PERCEPTUAL

Orientación:	<u> X </u>	<u> </u>
Lugar donde se encuentra:	<u> X </u>	<u> </u>
Nombre Completo:	<u> X </u>	<u> </u>
Fecha de Nacimiento:	<u> X </u>	<u> </u>
Ocupación:	<u> X </u>	<u> </u>
Domicilio:	<u> X </u>	<u> </u>
Ciudad-País:	<u> X </u>	<u> </u>
Día-Mes-Año:	<u> X </u>	<u> </u>
Edad:	<u> X </u>	<u> </u>

Personas significativas: Esposa, hijos y nietos

Relación: Refiere una buena relación con ellos, así como adecuada dinámica familiar que es notoriamente visible.

Nivel de conciencia

Alerta:	<input checked="" type="checkbox"/>
Letárgico:	<input type="checkbox"/>
Obnubilado:	<input type="checkbox"/>
Estuporoso:	<input type="checkbox"/>
Semicomatoso:	<input type="checkbox"/>
Comatoso:	<input type="checkbox"/>

Habla

Clara:	<input type="checkbox"/>
Confusa:	<input checked="" type="checkbox"/>
Afásica:	<input type="checkbox"/>
No verbal:	<input type="checkbox"/>
Escrita:	<input type="checkbox"/>
Gestual:	<input type="checkbox"/>

Conducta

Demandante:	<input type="checkbox"/>
Inquieto:	<input type="checkbox"/>
Cooperador:	<input checked="" type="checkbox"/>
Hipoactivo:	<input type="checkbox"/>
Cuestionador:	<input type="checkbox"/>

Ubicación

Persona:	<input checked="" type="checkbox"/>
Tiempo:	<input checked="" type="checkbox"/>
Lugar:	<input checked="" type="checkbox"/>

Estado Neurosensorial

Pupilas

Isocóricas:	<input checked="" type="checkbox"/>
Anisocóricas:	<input type="checkbox"/>

Reacción a la luz:

Derecha:	<input checked="" type="checkbox"/>
Izquierda:	<input checked="" type="checkbox"/>

Vértigo: Si No

Sensorio

Sentido	Sin Problema	Déficit	Ayuda
Audición	X		
Gusto		X	
Olfato	X		
Tacto	X		
Visión	X		

Dolor: Si No

Aparición: _____

Localización: _____
Intensidad: _____
Características: _____
Irradiación: _____
Factores que lo agravan: _____

Memoria e Inteligencia

Memoria inmediata-reciente: Intacta
Memoria remota: Intacta
Descripción de la posible alteración: Sin alteración

Organización del pensamiento-lenguaje

	Sí	No
Coherente:	<u>X</u>	_____
Organizado:	<u>X</u>	_____
Delirante:	<u>X</u>	_____

Descripción de la alteración (Si la hubiera): _____

Expresión del lenguaje

Cantidad: Normal Abundante Escaso

Tono y Modulación: Tranquilo Nervioso Hostil

Velocidad: Normal Rápido Lento

Volumen: Normal Alto Bajo

Observaciones: Dificultad para el habla debido a la sialorrea y el espesor de la saliva.

PATRON DE AUTOIMAGEN-AUTOCONCEPTO

Reactividad emocional:

Adecuada al contexto Pobreza de sentimientos

Expansión Afectiva

Tonalidad afectiva:

Agradable Desagradable

Percepción de imagen corporal:

Ajustada a la realidad Confusa Equivocada

Actitud frente a su cuerpo:

Aceptación Rechazo Ira

Autoevaluación general:

Positiva Negativa Indiferente

Sentimientos respecto a la situación actual:

Ansiedad Impotencia Tristeza
Inutilidad Culpabilidad Euforia

Observaciones: Menciona sentir tristeza por pensar en dejar a su esposa sola en caso de su muerte y hace referencia a sentirse inútil debido a que ahora tiene que recibir ayuda para la deambulaci3n y otras actividades.

PATRON ROL-RELACIONES

Nivel de independencia de la persona

Total Parcial Independiente
Física: _____ X _____
Econ3mica: _____ _____ X

Estructura y Roles familiares: Su n3cleo familiar est3 conformado por su esposa, y cinco hijos de los cuales tres se encuentran viviendo en la ciudad cerca de 3l y dos en otros estados con los que mantiene comunicaci3n constante y se encuentran al pendiente de 3l y su esposa, refiere una adecuada din3mica familiar y que entre sus tres hijos y una de sus nietas se ocupan de su cuidado.

Personas con las que vive: Su domicilio se encuentra conformado por dos plantas, en la planta de abajo vive con su esposa, e independiente en la planta de arriba vive uno de sus hijos con su esposa y dos nietos, los cuales en caso de requerir algo o sentirse mal son los cuidadores primarios.

Reacci3n de la familia a la enfermedad:

Ansiedad Apoyo Preocupaci3n

Desinterés

Tristeza

Tranquilidad

Observaciones: La familia se muestra con buen apoyo sentimental y emocional, refieren sentimiento de tristeza por pensar en desenlace, y preocupación al ver el desgaste que ha mostrado en el curso de la enfermedad.

Sistema de apoyo:

Conyugue	<input checked="" type="checkbox"/>	Vive con la familia	<input checked="" type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	Vive con amigos	<input type="checkbox"/>
Vecinos	<input type="checkbox"/>		

Percepción de relaciones:

Satisfactoria	<input checked="" type="checkbox"/>	Insatisfactoria	<input type="checkbox"/>
---------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------

PATRON DE SEXUALIDAD

¿Tiene hijos? Cinco hijos, cuatro varones y una mujer

¿Se hace el auto examen testicular mensual?: No

¿Tiene problemas de próstata?: No

¿Presenta secreciones/hemorragias/ lesiones peneales?: No

¿Recibe atención médica?: No

PATRON DE AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Estado de tensión/ansiedad:

Controlado	<input type="checkbox"/>	Generalizado	<input type="checkbox"/>	Temporal	<input checked="" type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------	-------------------------------------

Pérdidas importantes o cambios en el último año: Si, su enfermedad

Posibles Factores Relacionados:

Pensamientos:	<input checked="" type="checkbox"/>
Miedos/Fobias:	<input type="checkbox"/>
Problemas Laborares:	<input type="checkbox"/>
Traumatismos Previos:	<input type="checkbox"/>

Otros acontecimientos: _____

Sentimientos Asociados:

Alegría/Felicidad:	<input checked="" type="checkbox"/>	Impotencia:	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------	-------------------------------------	-------------	-------------------------------------

Desesperanza:

Frustración:

Miedo:

Rabia:

Sistemas de soporte o apoyo: Familiar

PATRON DE VALORES Y CREENCIAS

Valores y creencias importantes en su historia personal: Desde muy pequeño se le inculco la creencia católica, hace referencia en creer en un ser supremo, pero menciona desapego a los templos o iglesias.

Normas de su cultura o aspectos personales que desea sean tenidas en cuenta:

Desea que en caso de fallecimiento tenga un funeral católico y que su cuerpo sea llevado a su ciudad de origen donde vivió su niñez y parte de su juventud.

Otros datos de interés: _____

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: TÍTULO: "CÁNCER GÁSTRICO"				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO 2: Nutrición Clase 1: Ingestión Etiqueta Diagnóstica: Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades (00002) Relacionado con: Incapacidad para ingerir los alimentos. Manifestado por: Aversión a la comida, informes de alteración del sentido del gusto, informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIONES DEL RESULTADO
	DOMINIO: 02 Salud fisiológica CLASE K: Digestión y Nutrición. RESULTADO: Estado Nutricional (1004)	(100402) Ingestión alimentaria (1) (100408) Ingestión de líquidos (2) (100403) Energía (2) (100410) Tono Muscular(2) (100401) Hidratación (2)	Desviación grave del rango normal 1 Desviación sustancial del rango normal 2 Desviación moderada del rango normal 3 Desviación leve del rango normal 4 Sin desviación del rango normal 5	GLOBAL: 2 MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)				
CAMPO 01: FISIOLÓGICO BÁSICO CLASE: D APOYO NUTRICIONAL		CAMPO 01: FISIOLÓGICO BÁSICO CLASE: E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA		
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL	INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: MANEJO DE LA QUIMIOTERAPIA			
ACTIVIDADES INDEPENDIENTES: -Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso -Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación - Observar si el pelo está seco, fino y fácil de arrancar -Observar si se producen náuseas o vómitos -Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad -Controlar la ingesta calórica y nutricional -Observar cualquier llaga, edema, y papilas hiperémicas e hipertróficas de la lengua y de la cavidad bucal. -Disponer las condiciones ambientales óptimas a la hora de la comida -Proporcionar comida y líquidos nutricionales, según corresponda.	ACTIVIDADES INDEPENDIENTES: -Instruir al paciente y a la familia sobre los modos de prevención de infecciones, tales como evitar las multitudes y poner en práctica buenas técnicas de higiene y lavado de manos. -Minimizar los estímulos de ruido, luz y olores (especialmente los de alimentos) -Asegurar la ingesta adecuada de líquidos, para evitar la deshidratación y los desequilibrios electrolíticos. -Controlar la efectividad de las medidas para controlar las náuseas y vómitos -Controlar las indicaciones de infección en la mucosa bucal -Fomentar una buena higiene bucal, mediante el uso de dispositivos de limpieza dental, como hilo dental y cepillos dentales. -Enseñar al paciente a utilizar la suspensión de nistatina oral para controlar infecciones fúngicas, si procede.			

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: TÍTULO: "CANCER GASTRICO"				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACIONES DEL RESULTADO
DOMINIO 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase 2 Respuestas de afrontamiento Etiqueta Diagnóstica: Ansiedad ante la muerte (00147) Relacionado con: El estado de Salud Manifestado por: Preocupación, incertidumbre y expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.	DOMINIO: 03 Salud psicosocial	(130710) resuelve asuntos importantes	Nunca demostrado 1	Mantener Aumentar 5 5
	CLASE N: Adaptación psicosocial	(130711) Comparte sentimientos sobre la muerte	Raramente demostrado 2	3 5
	RESULTADO: Muerte Digna (1307)	(130714) Mantiene el sentido de control del tiempo que le resta	A veces demostrado 3	3 4
		(130715) intercambia afecto con los demás.	Frecuentemente demostrado 4	3 4
		(130725) Expresa preparación para morir	Siempre demostrado 5	2 4
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO 03: CONDUCTUAL CLASE: R AYUDA PARA HACER FRENTE A SITUACIONES DIFICILES		CAMPO 01: FISIOLÓGICO BÁSICO CLASE: E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA		
INTERVENCION INDEPENDIENTE: CUIDADOS EN LA AGONIA		INTERVENCION INDEPENDIENTE: APOYO ESPIRITUAL		
ACTIVIDADES INDEPENDIENTES: -Comunicar la voluntad de discutir aspectos de la muerte -Animar al paciente y su familia a compartir sentimientos sobre la muerte -Apoyar al paciente y su familia en los estadios de pena -Minimizar la incomodidad, cuando sea posible -Vigilar el deterioro de la capacidad física y mental -Facilitar la obtención de apoyo espiritual al paciente y la familia		ACTIVIDADES INDEPENDIENTES: -Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía -Tratar al individuo con dignidad y respeto -Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales -Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo -Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte		
ELABORO: Lorena Jiménez Muñoz				