



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN CANCER GASTRICO
FRENTE A LA ADAPTACION Y AFRONTAMIENTO

ALMACHE MOROCHO MICHELLE STEFANIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ENCALADA SARMIENTO SILVANA NATHALY
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN CANCER
GASTRICO FRENTE A LA ADAPTACION Y AFRONTAMIENTO

ALMACHE MOROCHO MICHELLE STEFANIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ENCALADA SARMIENTO SILVANA NATHALY
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN CANCER GASTRICO FRENTE A
LA ADAPTACION Y AFRONTAMIENTO

ALMACHE MOROCHO MICHELLE STEFANIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ENCALADA SARMIENTO SILVANA NATHALY
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

SOTOMAYOR PRECIADO ANITA MAGGIE

MACHALA, 05 DE ENERO DE 2021

MACHALA
2021

TITULACION 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD

1 %	3 %	0 %	1 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.utmachala.edu.ec	1 %
	Fuente de Internet	

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

< 30 words

Excluir bibliografía

Apagado

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, **ALMACHE MOROCHO MICHELLE STEFANIA** y **ENCALADA SARMIENTO SILVANA NATHALY**, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN CANCER GASTRICO FRENTE A LA ADAPTACION Y AFRONTAMIENTO**, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

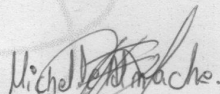
Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 05 de enero de 2021



**ALMACHE MOROCHO MICHELLE
STEFANIA
0706146099**



**ENCALADA SARMIENTO SILVANA
NATHALY
0705860559**

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedicamos primeramente a Dios por brindarnos salud y sabiduría a pesar de los obstáculos que se han presentado en el camino, a nuestros padres por ser nuestro pilar fundamental en nuestras vidas y a los docentes, quienes nos han impartido sus conocimientos día a día en nuestra formación profesional y de esta manera cumplir con la meta propuesta.

RESUMEN

El cáncer gástrico a nivel mundial es considerado una de las neoplasias con mayor morbimortalidad y como la segunda causa de muerte; en nuestro país Ecuador se mantiene como un problema de Salud Pública. Es una de las enfermedades que silenciosamente se va desarrollando a lo largo de la vida, hasta llegar a una fase avanzada en donde su sintomatología es más evidente y con un pronóstico malo. Los medios de diagnóstico entre los cuales podemos detectar a esta patología se encuentra la endoscopia que es una de las más utilizadas como pruebas iniciales. El tratamiento, va desde cirugía hasta radioterapia, quimioterapia. El presente estudio tiene como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería, basado en el modelo de salud de Callista Roy disminuyendo el deterioro de la capacidad funcional, mejorando la calidad de vida de acuerdo a la adaptación y afrontamiento del paciente y su familia. La metodología empleada de este estudio fue analítico y descriptivo. La problemática identificada es un paciente de 64 años de edad con Cáncer Gástrico del sitio La Unión de la parroquia Galayacu del cantón Pasaje, mediante ficha familiar; con antecedentes de úlcera péptica, hospitalizaciones por dos ocasiones por presentar hemorragia digestiva, anemia severa, pérdida de peso, astenia; con diagnóstico de: Adenocarcinoma bien Diferenciado tipo Intestinal, Infiltrante. Como resultado del estudio, se establece diagnóstico de: Tumor Maligno de Estómago Borrmann III, presentando signos y síntomas actuales de pérdida de peso, astenia, anemia severa, ictericia generalizada. Paciente mediante aplicación del PAE de enfermería basado en el modelo de Roy, mejora la adaptación frente a la enfermedad, iniciando atención y tratamiento en la casa de salud SOLCA de la ciudad de Machala; pendiente tratamiento oncológico con su respectivo diagnóstico, exámenes de laboratorio y estudios de imágenes. Se concluye que éste tipo de neoplasia en el Ecuador es uno de los más frecuentes, en el año 2012 la incidencia en hombres fue de 1.381 y en mujeres 1.020 de acuerdo al Registro Nacional de tumores de SOLCA, En el año 2010 – 2014 la ciudad de Machala presentaba una mayor tasa de incidencia, diagnosticándose en fase avanzada en el EC IV con el 60,5% y en edades de entre los 40 a 70 años de edad. Son múltiples los cambios que experimentan las personas que padecen esta patología, no solo se trata de un proceso netamente clínico, sino que influye un sin número de aspectos emocionales que se involucran durante el proceso de aceptación de la enfermedad y de afrontamiento con el paciente de la misma manera con el apoyo del entorno familiar.

Enfermería se caracteriza por brindar una atención humanista y personalizada, con criterio científico; por ello, el diseño de las actividades que se aplican en proceso de enfermería NANDA, NOC y NIC, busca estrategias de adaptación y afrontamiento orientado en el Modelo adaptativo de Roy, basándose en: función rol, función fisiológica, interdependencia y autoconcepto; el empleo del Formato Place nos ayuda a evaluar el antes y después de las intervenciones de enfermería mediante una puntuación diana.

PALABRAS CLAVES: CÁNCER GÁSTRICO/ ATENCIÓN DE ENFERMERÍA/
DIAGNÓSTICO.

ABSTRACT

Gastric cancer worldwide is considered one of the neoplasms with the highest morbidity and mortality and as the second cause of death; In our country, Ecuador remains a Public Health problem. It is one of the diseases that silently develops throughout life, until it reaches an advanced stage where its symptoms are more evident and with a poor prognosis. The means of diagnosis with which we can detect this pathology is endoscopy, which is one of the most used as initial tests. Treatment ranges from surgery to radiation therapy, chemotherapy. The present study aims to apply the nursing care process, based on the Callista Roy's health model, reducing the deterioration of functional capacity, improving the quality of life according to the adaptation and coping of the patient and his family. The methodology used in this study was analytical and descriptive. The problem identified is a 64-year-old patient with Gastric Cancer from the La Unión site of the Galayacu parish of the Pasaje canton, through a family record; with a history of peptic ulcer, hospitalizations on two occasions due to gastrointestinal bleeding, severe anemia, weight loss, asthenia; with a diagnosis of: Well differentiated adenocarcinoma, Intestinal type, Infiltrating. As a result of the study, a diagnosis of: Borrmann III Malignant Stomach Tumor is established, presenting current signs and symptoms of weight loss, asthenia, severe anemia, generalized jaundice. Patient through application of the nursing PAE based on Roy's model, improves adaptation to the disease, starting care and treatment in the SOLCA health home in the city of Machala; pending oncological treatment with its respective diagnosis, laboratory tests and imaging studies. It is concluded that this type of neoplasm in Ecuador is one of the most frequent, in 2012 the incidence in men was 1,381 and in women 1,020 according to the National Registry of tumors of SOLCA, In the year 2010 - 2014 the city de Machala had a higher incidence rate, being diagnosed in advanced stage in CD IV with 60.5% and in ages between 40 and 70 years of age. There are multiple changes experienced by people who suffer from this pathology, it is not only a purely clinical process, but it also influences a number of emotional aspects that are involved during the process of acceptance of the disease and coping with the patient of the same way with the support of the family environment. Nursing is characterized by providing humanistic and personalized attention, with scientific criteria; For this reason, the design of the activities applied in the NANDA, NOC and NIC nursing process, seeks adaptation and coping strategies oriented in the Roy adaptive model, based on: role

function, physiological function, interdependence and self-concept; The use of the Place Format helps us to evaluate the before and after nursing interventions through a target score.

KEY WORDS: GASTRIC CANCER / NURSING CARE / DIAGNOSIS.

CONTENIDO

pág.

RESUMEN..	3
ABSTRACT..	5
INTRODUCCIÓN..	10
1. CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO..	11
1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio.	11
1.2. Hechos de interés.	11
1.3 Objetivos de la Investigación.	13
<i>1.3.1 Objetivo General</i>	<i>13</i>
<i>1.3.2 Objetivo Específico.</i>	<i>13</i>
2. CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO	14
2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia.	14
<i>2.1.1 Cáncer gástrico en relación a la Historia Natural de la Enfermedad.</i>	<i>14</i>
2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN..	15
<i>2.2.1 Cáncer.</i>	<i>15</i>
<i>2.2.2 Estómago.</i>	<i>15</i>
<i>2.2.3 Cáncer de estómago.</i>	<i>15</i>
<i>2.2.4 Síntomas.</i>	<i>16</i>

2.2.5 Factores de riesgos.	16
2.2.6 Estadios del cáncer de estómago.	17
2.2.8 Medios de diagnóstico para el cáncer gástrico.	17
2.2.9 Tratamiento.	18
2.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	18
MODELO DE CALLISTA ROY..	18
3. CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO..	20
3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada.	20
3.1.1 Tipo de Investigación.	20
3.1.2 Población de estudio.	20
3.1.3 Área de estudio.	20
3.1.4 Tipo de estudio.	20
3.1.5 Método de estudio.	20
3.1.6 Técnicas a utilizar.	20
3.1.7 Instrumentos de investigación.	21
3.1.8 Categorías.	21
3.2 Proceso de recolección de información en la investigación.	21
3.2.1 Aspectos ético legales.	21
3.2.2 Petición de acceso para el manejo de la Historia Clínica.	21
3.2.3 Ubicación de la historia clínica.	22
3.2.4 Revisión de la historia clínica.	22

3.3 Sistema de categorización en el análisis de información.	22
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN..	24
4.1 Descripción de los Resultados.	24
4.2. ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE LOS RESULTADOS.	25
4.3 CONCLUSIONES.	28
4.4 RECOMENDACIONES.	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	31
ANEXO 1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA..	39
ANEXO 2. IMÁGENES DE ENDOSCOPIA..	47
ANEXO 3. SOLICITUD PARA LA HISTORIA CLÍNICA..	50
ANEXO 4. RESPUESTA DEL OFICIO..	51
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO..	52

LISTA DE TABLAS

	pág.
TABLA 1 Diagnóstico: MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO..	39
TABLA 2 Diagnóstico: AFRONTAMIENTO INEFICAZ..	41
TABLA 3 Diagnóstico: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO..	43
TABLA 4 Diagnóstico: BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL..	45

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1 (Endoscopía gástrica antral).	47
Figura 2 (Endoscopia gástrica antral).	48

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico a nivel mundial es una de las neoplasias que se mantiene con una alta prevalencia en morbilidad, requiriendo un manejo multidisciplinario; la etiología para el desarrollo de esta patología comúnmente se asocia a múltiples factores de riesgo como: el grupo sanguíneo A, infección por *Helicobacter pylori*, el sexo masculino, factores ambientales, dietéticas, entre otras (1,2).

Histológicamente se identifica dos variantes: el tipo intestinal (forma glándulas), su histogénesis se origina con una gastritis atrófica, posterior una metaplasia, en última instancia el cáncer; y el tipo difuso (origina células sueltas), diferenciándose su histogénesis por una mucosa fúndica(3)

Es la tercera causa de muerte y la quinta neoplasia maligna a nivel mundial por año, aunque ha disminuido en la última década, su incidencia es mayor en países en vías de desarrollo. Actualmente, los países de Corea, China y Japón lideran con un 60% de cáncer gástrico, Latinoamérica tiene un 6,5% en nuevos casos reportados, siendo la segunda región con las más altas tasas; una de cada 84 mujeres y uno de cada 36 hombres presentará antes de los 79 años cáncer gástrico, el promedio de vida en personas con esta enfermedad es muy baja debido a que se suele diagnosticar en etapas avanzadas (3,4).

En Ecuador el riesgo de desarrollar un cáncer es del 20%, considerándose un problema de Salud Pública, en el 2012 la incidencia de cáncer gástrico en hombres fue de 1.381 y en mujeres 1.020 de acuerdo al Registro Nacional de tumores de SOLCA, generalmente los diagnósticos de cáncer gástrico ocurren cuando el estadio de la enfermedad es muy avanzado, así el porcentaje va desde: estadio EC I con 15%, EC II con 10,5%, EC III con 14 % y el EC IV con el 60,5%; en cuanto a las defunciones por sexo se obtiene un 16,63% en hombres y un 12,89% en mujeres. (5)

El siguiente análisis de caso se basa en un paciente con diagnóstico de Tumor Maligno de Estómago Borrmann III; sintomatología presente, pérdida de peso, astenia, anemia severa, ictericia generalizada, con cuidados de primer nivel de atención e iniciando proceso para su tratamiento oncológico.

1. CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio

El presente caso clínico se trata de un paciente masculino de 64 años de edad con diagnóstico de cáncer gástrico, atendido en el Puesto de Salud Galayacu, presenta marcada palidez, pérdida de peso aproximadamente en los últimos meses 30 libras según informa familiares se observa hemorragia digestiva alta por varios días en poca cantidad por lo que se realiza exámenes de laboratorio se evidencia una anemia severa (6.3).

Paciente captado mediante visita domiciliaria, en la aplicación de ficha familiar en el sector la Unión, donde manifiesta ser diagnosticado con cáncer gástrico hace varios meses, por médico particular quien realiza endoscopia con biopsia y se determina un tumor maligno de estómago, con presencia de baja de peso, anemia severa, cabe recalcar que sus antecedentes personales y familiares con incidencia a presentar cáncer, cuenta con una referencia a centro de especialidad SOLCA de la ciudad de Machala.

Es importante captar de forma oportuna este tipo de patologías teniendo en cuenta que esta enfermedad es silenciosa por lo general se diagnostica en etapa avanzada, el presente análisis de caso evidenciamos a un paciente de la tercera edad con familiares que carecen de recursos económicos y de falta de conocimiento sobre la enfermedad lo que no permite la atención adecuada del paciente

1.2. Hechos de interés

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el 5,7% de los cánceres reportados corresponden al cáncer gástrico, lo cual para el año 2018 como casos nuevos aproximadamente fueron 1.034.000, posicionándose como quinto lugar entre todas las neoplasias según su incidencia y la tercera causa de muerte; se presenta con mayor frecuencia en hombres con casos nuevos de alrededor de 684.000 (4,6,7).

A nivel global, el continente Asiático en el año 2018 presentó el mayor número de casos nuevos con un 75%, seguido de China con 44% y Japón con 11%; el continente europeo cuenta con la mayor estimación de casos con el 13% seguido de América Latina con el

6.5%. En América Central y Sudamérica, las proyecciones para el año 2030 se estima un aumento del 80% (88.000 muertes y 102.000 nuevos casos)(4,7,8).

La problemática según SOLCA en el Ecuador, en general, el cáncer corresponde a la segunda causa de muerte y su diagnóstico se realiza en etapas avanzadas con mal pronóstico en un 60,5%(6,8). El cáncer gástrico en el Ecuador durante el año 2016 se registró como la segunda causa de muerte en mujeres y la primera en hombres, con edades frecuentes de entre los 40 a 70 años de edad pero con mayor prevalencia en la población se presenta entre los 50 a 69 años(9,10).

En el año 2010 – 2014 la ciudad de Machala presentaba una mayor tasa de incidencia en registro de cáncer de estómago, seguida de la ciudad de Loja y Cuenca. Para el año 2016 aproximadamente el 87% de la procedencia de los pacientes con cáncer gástrico fueron de la serranía ecuatoriana, liderando la provincia del Pichincha, Loja y la ciudad de Imbabura.(9)

Según los datos antes mencionados, el cáncer gástrico en nuestro país se lo considera como un problema de Salud Pública, es importante indicar que no se ha encontrado datos actualizados sobre estudios que nos permitan hacer una relación estadística en nuestra provincia a pesar de tener conocimiento de la presencia de pacientes que son diagnosticados con cáncer digestivo en la zonas rurales podemos considerar que esto se produce por falta de asignaciones económica para establecer programas de detección oportuna de estas patologías. La importancia desde el primer nivel de atención de promover la salud educando acerca de la ingesta de una alimentación saludable en todas las etapas de vida, la colaboración afectiva y psicológica de los familiares, influye en la aceptación y afrontamiento de la enfermedad en el paciente; mediante los controles en las visitas domiciliarias, la evaluación del compromiso de las actividades tanto del paciente como familiares permiten evidenciar la evolución de la enfermedad y el manejo de la situación con apoyo de la familia. La articulación de la Red de Salud Pública junto con el equipo de salud multidisciplinario que permita el diagnóstico oportuno, así como proveer la atención necesaria a pacientes y familiares con patologías oncológicas, a través de las actividades del equipo de salud que permitan la aceptación y afrontamiento a su nuevo estilo de vida.

El cáncer es una enfermedad silenciosa que evoluciona a lo largo de los años de vida, con una sintomatología clínica diversa y que lamentablemente se diagnostica en fase avanzada cuando su pronóstico es malo y los tratamientos no tienen mayor eficacia.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Aplicar el proceso de atención de enfermería, basado en el modelo de salud de Callista Roy disminuyendo el deterioro de la capacidad funcional, mejorando la calidad de vida de acuerdo a la adaptación y afrontamiento del paciente y su familia.

1.3.2 Objetivo Específico

Analizar el caso clínico de paciente con Diagnóstico de cáncer gástrico, mediante la revisión de historia clínica y fuentes bibliográficas que permitan elaborar cuidados de enfermería que ayuden en el proceso de recuperación, adaptación y afrontamiento del paciente y familia.

2. CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO

2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia

2.1.1 Cáncer gástrico en relación a la Historia Natural de la Enfermedad

El cáncer gástrico relacionado a la historia natural de la enfermedad, describe dos períodos el pre patogénico y patogénico, presentando tres fases: carcinogénica, asintomática y sintomática; de acuerdo a la carcinogénesis gástrica, en el período prepatogénico como primer evento se tiene la colonización del agente causal siendo ésta la bacteria *Helicobacter pylori* considerada como carcinogénico tipo I, adquirida dentro de los primeros 10 años de vida desarrollando una respuesta inflamatoria. Su progresión es variable y lenta va desde atrofia gástrica, metaplasia, displasia de diferentes grados y adenocarcinoma tipo intestinal.(10)

En la fase asintomática (tamizaje) se la puede relacionar con un cáncer temprano, es una progresión lenta y silenciosa; existe pérdidas de células secretoras de moco en el antro durante la atrofia, provocando disminución de secreciones gástricas típicas y a su vez produciendo hipoclorhidria, disminuyendo la secreción de ácido y aumentando el pH gástrico tornándose alcalino. Comprende desde el inicio del cáncer hasta la presencia de los síntomas; cuando la persona es diagnosticada por tamizaje, en éste periodo su promedio de sobrevida será alta.(6,11)

En el período patogénico, conocida como fase sintomática; los síntomas surgen intensamente cuando la fase está demasiado avanzada teniendo un pronóstico malo; es por ellos que una de las estrategias es diagnosticar a tiempo y dar tratamiento la infección por *H. pylori*, en éste período la sobrevida se vuelve baja; el paciente y familiar tienden a tratar de aceptar y afrontar el diagnóstico, muchos aspectos de la vida cotidiana tendrán que ser modificadas, así como también la dieta y adhesión al tratamiento oncológico(11)

El personal de enfermería destina acciones y estrategias a fin de satisfacer las necesidades humanas; una de las teorías de enfermería más conocidas que se moldea en éstos tipo de situaciones es la de Callista Roy, la cual su teoría está enfocada en el afrontamiento y

adaptación, permite que el paciente con cáncer gástrico se acoja a un nuevo estilo de vida de acuerdo a los cambios de salud que vaya experimentando; el personal de enfermería desarrollará acciones conjuntas con familiares y estrategias con el propósito de ofrecer una mejor calidad de vida al igual que una favorable evolución.

2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 Cáncer

Definición

Genéricamente es un término que describe a un grupo de enfermedades que sin duda puede afectar a cualquier órgano del cuerpo; siendo su característica principal la multiplicación de células anormales que pueden extenderse a diferentes órganos.

La carcinogénesis puede iniciar por agentes infecciosos como: ciertos tipos de papiloma humano, hepatitis B y C, *Helicobacter pylori*, Virus de Inmunodeficiencia adquirida Humana, Ebstein Barr y otros tipos de factores ambientales.(12–14)

2.2.2 Estómago

Definición

Es un órgano en forma de J encargado parcialmente de la digestión de alimentos, transforma el bolo alimenticio en quimo; tiene una cara anterior y una posterior. Está conformada por cuatro regiones un orificio superior llamada cardias que está comunicada con el esófago; cuerpo y fondo, contienen glándulas tubulares, éstas a su vez contiene tres diferentes regiones: cuello, istmo y base; píloro que se comunica con el duodeno.

Tiene dos capas, mucosa (constituida por epitelio glandular) y submucosa (constituida por tejido conjuntivo moderadamente denso), entre estas dos capas se encuentra separando una capa de tejido muscular liso (muscular de la mucosa)(15)

2.2.3 Cáncer de estómago

Definición

El cáncer gástrico es un adenocarcinoma multifactorial, que se origina a partir de un crecimiento descontrolado de células anormales, el cual se desarrolla silenciosamente hasta ser evidente en su etapa avanzada, dependiendo de su localización del tumor en cualquier región del estómago producirán síntomas diferentes, mayormente los cánceres de estómago ocurren en la capa más interna del estómago es decir en la mucosa.(16)

2.2.4 Síntomas

Generalmente los síntomas no suelen ser visibles en una etapa temprana y éstos a su vez no son específicos, pero conforme avanza la enfermedad comienzan aparecer, sin embargo en muchos casos la clínica se muestra muy variada en los pacientes de fase avanzada, entre las cuales tenemos(17):

- Hemorragias digestivas.
- Obstrucción.
- Saciedad precoz.
- Anorexia.
- Pérdida de peso
- Dolor abdominal difuso.
- Astenia(17)

2.2.5 Factores de riesgos

Entre los factores de riesgo tenemos:

- **Lesiones pre malignas:** Como los pólipos adenomatosos, éstos aumentan la probabilidad de la aparición de un cáncer y mayormente los pólipos múltiples(18).
- **Carcinógenos ambientales:** basados en la dieta de la persona como la ingesta de alimentos con sal excesiva, verduras y frutas que no estén frescas y la migración

entre zonas de un alto riesgo hacia una zona de menor riesgo, está relacionado con una probabilidad menor (19).

- **Gastritis:** la metaplasia intestinal junto con la displasia de la mucosa están asociadas con una gastritis crónica. Histológicamente se visualizan en la mucosa adyacente al cáncer de estómago(20).
- **Helicobacter pylori:** Entre todos los factores de riesgo el que mayormente predomina; su mecanismo se da por una asociación entre la inflamación y la gastritis atrófica crónica, generando un adenocarcinoma(18,21)
- **Entre otros cofactores tenemos:** Exposiciones ambientales , factores genéticos del huésped y factores de virulencia bacteriana(18,22)

2.2.6 Estadios del cáncer de estómago

Una vez que el paciente es diagnosticado recientemente, el próximo paso es identificar la estratificación. La gran mayoría de los pacientes en los estadios II, III y IV presentan síntomas(23).

- Estadio I: Suelen presentar metástasis peritoneales
- Estadio II: presentan metástasis hepática
- Estadio III: Suelen presentar metástasis peritoneales y hepáticas es decir mixtas
- Estadio IV: Metástasis a otros órganos(23)

2.2.7 División del adenocarcinoma de estómago (histológico)

El adenocarcinoma está dividido en dos subtipos histológicamente hablando:

Difuso: Se infiltra en los tejidos, son más frecuentes en mujeres, tiene unos de los peores pronósticos.(16,18)

Intestinal: Forman glándulas, además está asociada a la gastritis atrófica crónica, displasia, metaplasia intestinal y suele desarrollar metástasis por medio de la sangre; tiende a estar presentes con más frecuencia en hombres que en mujeres.(16,18)

2.2.8 Medios de Diagnóstico para el cáncer gástrico

Entre los principales medios de diagnóstico se encuentra:

- **Endoscopia digestiva alta:** Cuando el cáncer se encuentra en un estadio temprano se la puede apreciar como una lesión polipoide, como úlcera no profunda o como una placa, sin embargo para diferenciar si es una úlcera maligna o benigna se emplea la biopsia (24)
- **Tomografía Computarizada:** básicamente permite la evaluación de la extensión extra gástrica de la patología, sin embargo es poco confiable para la evaluación de infiltración tumoral a otros órganos adyacentes
- **Ultrasonido endoscópico:** Permite evaluar la estadificación preoperatoria, tiene una buena capacidad para valorar la infiltración tumoral y su profundidad en las estructuras adyacentes y pared gástrica(18)

2.2.9 Tratamiento

Una vez consensuado con los especialistas oncológicos de acuerdo a exámenes de laboratorio y diversos estudios de imágenes, en el que de acuerdo a la localización del daño y su estadio se define el tratamiento oncológico, los cuales pueden ser(25):

- **Cirugía:** Si no está contraindicada, es la que mayor probabilidad de curación para tumores resecables tiene contra el cáncer, el tratamiento suele ser la gastrectomía total (si se encuentra extendida la lesión) o parcial (si se encuentra localizada) (26,27); en etapas tempranas la cirugía laparoscópica tiene muy buenos resultados; para la reducción de la sintomatología y mejora de la calidad de vida es recomendada la cirugía paliativa (28).
- **Tratamiento Adyuvantes (posterior a la cirugía) o Neoadyuvantes (antes de una cirugía):** Como la Quimioterapia y Radioterapia, se la emplea en conjunto con la cirugía, emplear estos tratamiento como complementos se logra óptimos resultados en cuanto a mayor años de supervivencias, mayor tiempo de reaparición de la enfermedad.(28)

- **Psico-oncología:** No cabe duda que ésta enfermedad es de alto impacto tanto para el paciente como para la familia, la importancia de llevar una psicoterapia para reducir el nivel de estrés y depresión, aporta significativamente para lograr mejorar la calidad de vida y como conllevar el cáncer en la vida diaria(28).

2.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

MODELO DE CALLISTA ROY

El proceso de atención de enfermería es considerada metodológicamente como una herramienta que se emplea durante la práctica clínica aplicando el conocimiento científico, brindando cuidados para cubrir las necesidades de los pacientes cuya finalidad es la satisfacción de la persona, que en el caso de los pacientes con cáncer puede variar mínimamente pero siempre con el mismo objetivo, empleando con mucho más meticulosidad los procedimientos y acciones individualizadas con un modelo adaptativo ante la situación patológica actual en pro del mejoramiento clínico y anímico en éstos pacientes (29,30)

El proceso de atención de enfermería se basa en las siguientes etapas:

Valoración: Anamnesis, exploración física. El modelo adaptativo de Callista Roy se emplea para observar el tipo de conducta que presenta el paciente si son adaptativas o nulas con respecto al estado de salud presente

Diagnóstico: conclusión o juicio clínico con respecto a una valoración inicialmente realizada en base a signos y síntomas de una patología presentada en el individuo, aplicando la NANDA (31).

Planificación: Se define aquellos objetivos que se plantea conseguir, se desarrolla un plan de acciones destinado al mejoramiento o recuperación del paciente consiguiendo la satisfacción de sus necesidades.

Intervenciones: Planificado las actividades, se procede a aplicarlas mediante la taxonomía NIC, siempre se educará al paciente acerca la adherencia al tratamiento.

Evaluación: Se evidenciará y evaluará si el plan se aplicó con eficacia y eficiencia, si se logró alcanzar los objetivos planteados, el cómo fue evolucionando y mejorando el paciente en su proceso de enfermedad.

3. CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO

3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada

3.1.1 Tipo de Investigación

Se utilizó el método analítico, permitiéndonos estudiar a profundidad el objeto de estudio, consiguiendo, describir y analizar, las características, elementos y causas.

3.1.2 Población de estudio

Paciente de sexo masculino de 64 años de edad, con diagnóstico de adenocarcinoma bien diferenciado, tipo intestinal infiltrante.

3.1.3 Área de estudio

El Puesto de Salud Galayacu del Cantón Pasaje, se encuentra ubicado en las calles S/N frente a una cancha múltiple; cuenta con 1 consultorio de medicina general, 1 de odontología, 1 vacunatorio; ofrece servicios de: consulta externa, Papanicolaou, vacunación, odontología

3.1.4 Tipo de estudio

Se empleará para el presente estudio de caso la investigación descriptiva; orientada a trabajar en la compilación de información, datos, hechos reales y características propias del objeto de estudio.

3.1.5 Método de estudio

3.1.5.1 Método clínico. – Es empleado para comprender y estudiar el proceso de salud y de enfermedad de un individuo en toda su integridad biológica, psicológica y social.

3.1.5.2 Método de observación. – Por medio de la observación directa, se recopila información basada en el cuadro clínico y el estudio de la historia clínica del paciente.

3.1.6 Técnicas a utilizar

- Recolección de información para el análisis de caso, como evidencia, se empleará la historia clínica, la entrevista al paciente que permita obtener todos los datos relevantes del estudio.
- Referente a la parte teórica científica, su descripción se realizará mediante la búsqueda de revistas científicas y sus artículos debidamente aprobados como: Dialnet, Scielo, EBSCO, Scopus, Redalyc.

3.1.7 Instrumentos de investigación

- Consentimiento Informado
- Historia clínica del paciente
- Referencias bibliográficas de revistas científicas

3.1.8 Categorías

- Signos vitales.
- Manifestaciones clínicas (signos y síntomas).
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.

- Evolución
- Pronóstico
- Tratamiento
- Planes de cuidados de enfermería

3.2 Proceso de recolección de información en la investigación

Para este proceso de recopilación de información se tuvo en consideración:

3.2.1 Aspectos ético legales

- **Confidencialidad:** Se omite nombres del paciente, detallando aspectos relevantes para su análisis
- **Beneficencia:** Se elabora y aplica el plan de cuidados de enfermería, siempre orientado al cuidado del enfermo y mejora de su evolución para su recuperación.
- **No maleficencia:** el manejo de la información compilada no vulneró sobre ningún aspecto, moral, personal, social y ético que implique al paciente.

3.2.2 Petición de acceso para el manejo de la Historia Clínica

Para el acceso a la historia clínica del paciente con el tema planteado se realizó un oficio, dirigido al médico familiar del Puesto de Salud Galayacu del Cantón Pasaje, con el propósito de obtener información sobre la historia clínica.

3.2.3 Ubicación de la historia clínica

En respuesta positiva a nuestra solicitud se logró acceder a la historia clínica del paciente en el departamento de estadística del Puesto de Salud.

3.2.4 Revisión de la historia clínica

Una vez que se obtuvo la historia clínica se procedió a recolectar la información relevante y mencionada anteriormente, por lo que nos permitió desarrollar y llevar a cabo el análisis de caso planteado.

3.3 Sistema de categorización en el análisis de información

Historia Clínica: puesto que es un documento de carácter legal, se remitió un consentimiento informado al paciente y un oficio al médico familiar del Puesto de Salud Galayacu para la autorización del manejo de la información de la historia clínica del paciente.

Anamnesis: Interrogatorio entre paciente y personal de salud (incluye datos de filiación); es la primera fase para la recopilación de información y datos del estado actual del paciente para poder dar un diagnóstico.

Signos Vitales: Manifiestan la condición presente del conjunto de variables fisiológicas principales del cuerpo humano.

Antecedentes Personales: Hace referencia al estado actual de salud, intervenciones quirúrgicas e inclusive a alergias, las patologías que la paciente ha presentado durante su vida; (en este caso paciente refiere: Cáncer gástrico).

Antecedentes Familiares: Hace referencia a enfermedades en familiares que probablemente sean hereditarias, la cual puede orientar como una de las causas de la patología actual del paciente (en éste caso paciente refiere: Tumorações)

Examen físico y diagnóstico: Exploración física empleando técnicas de observación, palpación, auscultación y percusión; conjunto de maniobras ejecutadas por el personal de salud con la finalidad de detectar alteraciones que compliquen la salud del paciente y orienten a un diagnóstico clínico.

Exámenes complementarios: Medios fundamentales que permite al médico tratante certificar o rechazar el diagnóstico clínico, el paciente se realizó endoscopias y TAC.

Pronóstico: Probabilidad de que acontezca un evento de cambio en la salud según la evolución de la enfermedad del paciente, respecto al juicio clínico del personal sanitario.

Diagnóstico Enfermero: Juicio clínico esquematizado del personal de enfermería.

Plan de Tratamiento: Terapia de medicamentos prescrita por el médico.

4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Descripción de los Resultados

Paciente de 64 años de edad de sexo masculino, residente del sitio La Unión de la Parroquia Galayacu del cantón Pasaje, acude al centro de salud de la localidad el 28/02/2020 refiriendo antecedente de úlcera péptica, presentando, malestar y coloración icterica desde aproximadamente 3 meses; Antecedentes personales: úlcera péptica; Antecedentes familiares: Hermano con cáncer de colon. Examen físico: TA: 100/60; FC: 74x'; FR: 20x'; T°: 36°C; SpO2: 99%; Peso: 47,2 Kg; Talla: 152 cm; Piel y mucosa: tinte icterico; pulmones ventilados; extremidades simétricas con tono y fuerza muscular conservado; neurológico: orientado en tiempo, espacio y persona. Se da referencia por emergencia para casa de salud de segundo nivel. Paciente refiere haberse realizado esófago gastroduodenoscopia (particular) el 21/06/2019, en la cual se evidencia según reporte endoscópico, estómago: lago hemático, techo y cuerpo sin lesión, antro con nicho ulceroso, parcialmente cubierto por fibrina, sangrado en babeo inferior, localizada en hora 12, bordes irregulares, aspecto tumoral (se toma varias muestras para estudios), píloro permeable; duodeno: bulbo y segunda porción sin lesión (Figura 1); impresión diagnóstica: Úlcera gástrica Forrest IB. El 26/06/2019, resultado de biopsia: Úlcera Gástrica Activa.

Paciente refiere ser hospitalizado el 15/10/2019, en hospital Santa Teresita de la ciudad de Santa Rosa, por presentar cuadro de sangrado digestivo alto por 2 ocasiones, pérdida de peso, astenia, anemia severa con necesidad de transfusión sanguínea. El 26/10/2019 mediante endoscopia registra impresión diagnóstica: Tumor Maligno de Estómago, (se toma varias muestras para estudio histopatológico), (Figura 2); El 29/10/2019 resultado

de biopsia de mucosa gástrica, registra diagnóstico de: Adenocarcinoma bien Diferenciado, tipo Intestinal, Infiltrante. Paciente es dado de alta médica el 05/11/2019.

El 23/12/2019, se realiza endoscopia evidenciándose en estómago: lago lleno de restos alimenticios y coágulos, antro con masa ulcerada, infiltrante (se toman varias muestras para estudio histopatológico), pyloro infranqueable; Impresión diagnóstica: Tumor Maligno de Estómago Borrmann III (Figura 3). El 26/12/2019, resultado de biopsia endoscópica de mucosa gástrica antral señala: Gastritis Crónica Moderada, Displasia de bajo Grado, Metaplasia Intestinal Completa e Incompleta, Atrofia leve, No se identifica bacilos *Helicobacter Pylori*.

El 04/02/2020 por segunda ocasión, paciente es ingresado al Hospital San Vicente de Paúl con diagnóstico: Tumor maligno del estómago; como antecedentes refiere hemorragia digestiva alta por 3 ocasiones, presenta además astenia, epigastralgia, pérdida de peso aproximadamente 30 libras en 6 meses; es tratado y dado de alta médica con Diagnóstico Tumor maligno del estómago, con referencia a Oncología el 09/03/2020 para valoración integral oncológica, (no acude por miedo a pandemia de la covid-19).

Paciente acude a casa de salud Oncológica SOLCA, a partir del 19/10/2020, médico especialista solicita bloques de parafina para confirmación del diagnóstico histopatológico, con tratamiento inicial: Tramadol de 100mg V/O, Paracetamol 500mg, Metoclopramida 10mg, Propinox tab., Simeticona cap, Lactulosa sol. fco., Omeprazol 20mg. Además menú alimenticio acorde a patología presente, indicado por especialista en nutrición. Exámenes de imágenes y laboratorio pendiente. Actualmente es tratado y controlado por SOLCA, realizando seguimiento a domicilio por puesto de salud Galayacu. Paciente refiere sentir temor y ansiedad, durante los chequeos médicos, vive solo por lo que no tiene suficiente apoyo familiar necesario; presenta náuseas, malestar general e inapetencia.

4.2. ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE LOS RESULTADOS

De acuerdo al reporte de un caso publicado por Edgar Yan et al.(32), en la revista científica Scielo, señala al cáncer gástrico como una continua problemática en Salud; en tanto que, para Habel Solano en el año 2016 en su artículo científico.(33), sostiene que

ésta problemática se evidencia mayoritariamente en países tercermundista; además es una de las enfermedades multifactoriales y que ocupa un segundo lugar de mortalidad en el mundo por tumores malignos, esto según indica en la revista Scielo, del año 2017, Roxana Avalos et al. (34). En el presente caso, se puede evidenciar la procedencia del paciente de la zona rural del Ecuador, atribuyendo a los estudios antes mencionados, que es un país en vía de desarrollo.

En cuanto a la etiopatogenia, según un estudio por Chamorro en el año 2008 y citado en una revisión bibliográfica por Jerónimo Abadía, sostiene que de la mucosa gástrica en su epitelio glandular se origina el adenocarcinoma gástrico; para la revista Scielo de acuerdo estudios realizados en los meses de marzo y abril del 2018 por Mariuska Morales et al.(35), indica que se le puede atribuir como causa a una serie de cambios histológicos premalignos que conllevan a etapas que van desde gastritis, metaplasia y finalmente a la formación del adenocarcinoma .

En el presente análisis de caso, se puede observar en un primer reporte endoscópico alteraciones en estómago dando como resultado aspecto tumoral, 4 meses después se evidencia en una nueva endoscopia con resultado histopatológico de la mucosa gástrica, un adenocarcinoma bien diferenciado, se realiza una nueva biopsia que indica como diagnóstico patológico: gastritis crónica moderada y metaplasia Intestinal; basándonos en estos resultados podemos referenciar el nexo de lo que puede ser una de las etiopatogenia.

Los diversos factores de riesgo que tiene esta patología, dificulta definir el origen de la misma. Ivan Salvador et al. (36), en su estudio de caso y controles en la ciudad de Quito, publicada en la revista Scielo, indica que al menos 3 veces durante la semana, la ingesta de alimentos recalentados y el consumo excesivo de sal en aproximadamente la mitad del total de las comidas, predisponen al desarrollo del cáncer; sin embargo para otros autores la lista de factores de riesgo puede aumentar, como: la baja calidad de agua para el consumo humano, lo señala Claudia Acosta et al.(37), además la infección por *Helicobacter Pylori*, que posteriormente puede ser origen de desarrollar un cuadro de gastritis crónica en una población adulta, así como la herencia genética, lo que coinciden varios autores en diversos estudios tales como Gloria Rojas et al., Arturo Pareja et al.y Gabriel Gonzáles et al.(38-40)

De acuerdo a estos argumentos los autores, podemos atribuir que probablemente el consumo del agua no potable en la zona rural del país, a más del consumo inadecuado en la alimentación puede contribuir al desarrollo de la patología, no obstante, se puede resaltar un dato interesante en el paciente la ausencia de la bacteria *Helicobacter Pylori*, factor de riesgo en la que la mayoría de autores coinciden.

El cáncer al ser una patología multifactorial con un desarrollo lento y una diversidad de signos y síntomas que generalmente se evidencia de forma tardía en estadios avanzados; por consiguiente, la evidencia imagenológica, así como el estudio histopatológicos mediante biopsias, permiten el diagnóstico de la enfermedad. De acuerdo con Alfredo Hierro et al. y Gloria Mabel(41,42), la sintomatología más frecuente son: la epigastralgia, astenia, náuseas, pérdida de peso, anorexia, además señala que los resultados de exámenes de laboratorio reflejan anemia crónica, albúmina baja, para Junior Torres(43) en su publicación en la revista Scielo, manifiesta que las hemorragias digestivas son otros de los síntomas que suele presentar los pacientes con tiempo muy prolongado de la enfermedad, desarrollándose de forma mayoritaria en personas de 45 años y más de edad. Fernando Barreda et al.(44), coincide con los autores antes mencionados pero, además sostiene en cuanto a los signos vitales se mantienen con normalidad; manifiesta que en el sexo masculino es más frecuente esta patología.

Descrito todo lo anterior, es evidente la gran similitud y el respaldo científico del estudio para su análisis. Hacemos referencia que el paciente del caso clínico presenta la mayoría de los signos y síntomas referenciados en los estudios anteriormente mencionados, la anemia severa está manifestada en los resultados de las biometrías de control, es importante indicar el empleo de la clasificación de Borrmann para realizar el estadio y el diagnóstico actual del paciente: Tumor Maligno de Estómago Borrmann III. El grupo etario y el sexo es otro de las similitudes científicamente expuestas en el presente estudio.

4.3 CONCLUSIONES

El cáncer gástrico es una patología con altas tasas de mortalidad ya que se diagnostica en etapas tardías lo que no permite realizar un diagnóstico temprano y oportuno; Entre los factores de riesgo más conocidos se encuentra: la mala alimentación, como el consumo mayor de carnes rojas, los alimentos saturados, consumo de sal de forma excesiva, así como las reinfecciones por *Helicobacter pylori*, factores no modificables como la herencia genética, la edad, el sexo predominando el masculino. Su clínica es muy variable, puesto que es una enfermedad en donde los signos y síntomas aparecen a lo largo de su desarrollo, pero con más exacerbación y evidente en las edades de 60 a 80 años según datos de SOLCA, es en esta etapa avanzada de la enfermedad, los pacientes inician el proceso de atención médica cuando la enfermedad está presente, es necesario mayores screenings que permitan diagnósticos oportunos tratamientos adecuados que mejoren la calidad de vida de los pacientes sin llegar a etapas tardías en su diagnóstico.

El éxito de la recuperación de ésta enfermedad en su diagnóstico temprano permite alcanzar medidas terapéuticas que permitan recuperar de forma oportuna la salud de los pacientes en su totalidad así como promover tratamientos terapéuticos complementarios como la quimioterapia y radioterapia para mejorar la calidad de vida de los pacientes y su recuperación es importante el compromiso y la concientización de la familia y del personal de salud quien va a garantizar la atención de forma segura oportuna y humanizada que requieren los pacientes oncológicos.

La adaptación y la aceptación de la enfermedad es un factor importante que deben manejarlo desde las esferas psicoemocionales afectivas del paciente y su familia, el afrontamiento a los cambios radicales que sufren los pacientes que son diagnosticados con cáncer van a requerir de un equipo multidisciplinario que sea apoyo al afrontamiento de la enfermedad y el compromiso del paciente para recibir los cuidados que requieren ya sean estos oncológicos o paliativos.

El personal de enfermería juega un papel fundamental, su intervención en éste estudio de caso se apega al modelo adaptativo de Callista Roy y están orientadas en la aceptación, adaptación y afrontamiento de la enfermedad; potenciando su autoestima, autopercepción de sí mismo referente al cáncer, el compromiso entre paciente y el equipo de salud para

iniciar su tratamiento; los cuidados brindados en este estudio por enfermería estuvieron encaminados a concientizar al paciente y a su familia para que acepte continuar con el tratamiento en el hospital de especialidad oncológica lo que ha permitido que reciba atención de manera oportuna y una buena adhesión al tratamiento. Sin duda el cáncer gástrico es una enfermedad en la que los pacientes necesitan de ayuda multidisciplinaria y de apoyo familiar para sobrellevar los grandes cambios que genera en su estilo de vida.

4.4 RECOMENDACIONES

- Promover con mayor esfuerzo acciones educativas, encaminadas a la prevención de enfermedades desde el primer nivel de Salud. Incluyendo la participación del personal de salud hacia la población sobre esta patología, apegadas a las evidencias científicas reflejadas en la realidad de comunidades rurales y urbanas.
- Educar sobre la importancia de llevar una alimentación adecuada y saludable, además de saber reconocer signos y síntomas relacionados al cáncer gástrico, acudir inmediatamente a las unidades operativas de salud, para el diagnóstico oportuno y tratamiento específico.
- Fomentar y gestionar por parte del personal de salud, estudios sobre el cáncer gástrico, encaminados a conocer la realidad y estadísticas con cifras actuales en el Ecuador, tomando en cuenta y mencionando a las pequeñas comunas de todo el rincón ecuatoriano.
- Elaborar intervenciones de Enfermería, que busque no solo el bienestar en el aspecto del mejoramiento clínico de la enfermedad, sino que, ayude a la construcción de estrategias cuyo propósito sea la aceptación, el manejo y afrontamiento desde diversos enfoques emocionales y afectivos que involucre al núcleo familiar, disminuyendo así el impacto negativo en el paciente que padece esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Delgado-Figueroa N, Casas-Junco P, Torres-Jasso JH, Bustos-Carpinteyro AR, Santiago-Luna E, Marín-Contreras ME, et al. Factores de riesgo asociados a adenocarcinoma gástrico de patrones histológicos de tipo intestinal y difuso en población adulta del occidente de México. *Gac Med Mex* [Internet]. 2017;153(2):173–8. Available from: https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n2/GMM_153_2017_2_173-178.pdf
2. Montagné N, Rojas V. Generalidades del cáncer gástrico. *Rev Clínica la Esc Med UCR-HSJD* [Internet]. 2019;9:22–9. Available from: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/37351>
3. Csendes A, Figueroa M. Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2017;69(6):502–7. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262017000600502
4. Murillo B, Umaña B, Membreño M, Martínez B. Carcinoma gástrico : revisión bibliográfica Gastric Carcinoma : literature review Resumen Palabras claves Key words. *Rev Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2020;37(1):62–73. Available from: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152020000100062&script=sci_abstract&tlng=es
5. Ministerio de salud publica. Estrategia Nacional para el Control del Cáncer. Ministerio de salud publica [Internet]. 2017;3(2):814–400. Available from: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0059_2017.pdf
6. Gómez Zuleta MA, Riveros Vega JH, Ruiz O, Concha A, Ángel Betancur DM, Torres Amaya M, et al. Clinical practice guideline for diagnostics, prevention and management for early gastric cancer - 2015. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2015;30:34–42. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v30s1/v30s1a05.pdf>

7. Tarupi Wilmer; Cueva, Patricia; Corral F. EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER EN QUITO [Internet]. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2019. 1689–1699 p. Available from: file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/Epidemiología del cáncer en Quito _ 2011-2015.pdf
8. García D, Maldonado H. Cancer de Estomago Manual Moderno ISBN : 978-448-028-3. 2016;(September):17. Available from: file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/Cap2.10.CANCERGASTRICO.DrMar.pdf
9. Andrade Díaz CA, Rodríguez Prieto EE, Novillo Andrade LE. Análisis epidemiológico del cáncer gástrico en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín en el período enero-diciembre del año 2016 TT - Epidemiologic analysis of gastric cancer in Carlos Andrade Marín Specialties Hospital in the period between . Cambios rev méd [Internet]. 2018;17(1):10–4. Available from: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/jt6xy>
10. Jiménez, M., Romero, A., Brenes M. Prevención del cáncer gástrico y erradicación de Helicobacter pylori Gastric cancer prevention and Helicobacter pylori eradication. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2019;4(11). Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/293/632>
11. Oliveros R, Pinilla RE, Navia HF, Oliveros R. Gastric cancer is a preventable disease: Strategies for intervention in its natural history. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2019;34(2):177–89. Available from: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/394/647>
12. Valdivia Cabrera G, Bastias Silva G. Epidemiología del cáncer en Chile. ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018;23(1):33–6. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc161f.pdf>
13. Domènech Casal J. “Drug Research”: una secuencia contextualizada de indagación sobre mitosis, cáncer y creación del conocimiento científico. Rev Investig en la Esc [Internet]. 2016;(88):93–111. Available from: <https://revistascientificas.us.es/index.php/IE/article/view/6765/5992>

14. Graña A. Breve evolución histórica del cáncer. Carcinomas [Internet]. 2015;5:44. Available from: <https://dev.oncosalud.pe/sites/default/files/2020-09/revista-carcinomas-volumen-5-numero-1.pdf#page=32>
15. L.C, Junqueira JC. SISTEMA DIGESTIVO: Secreciones. In: Histología Básica [Internet]. 12th ed. Panamericana; 2015. p. 556. Available from: http://bibliotecas.unr.edu.ar/muestra/medica_panamericana/9786079356675.pdf
16. Martínez-Galindo MG, Zamarripa-Dorsey F, Carmona-Castañeda A, Angeles-Labra A, Peñavera-Hernández R, Ugarte-Briones C, et al. Histopathologic characteristics of gastric adenocarcinoma in Mexican patients: A 10-year experience at the Hospital Juárez de México. Rev Gastroenterol México (English Ed [Internet]. 2015;80(1):21–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090615000178>
17. Valle TD, Turrini RNT, De Brito Poveda V. Intervening factors for the initiation of treatment of patients with stomach and colorectal cancer. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2017;25. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2879.pdf
18. Gaitán ES. Adenocarcinoma Gástrico. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2017;2(1):13–21. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms171c.pdf>
19. Domínguez González EJ, Piña Prieto L, Manzano Horta E. Modelo pronóstico de irresecabilidad en el adenocarcinoma gástrico. ARS MÉDICA Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2016;41(2):5–12. Available from: <https://173.236.243.65/index.php/MED/article/view/72/313>
20. Dávila A, Quintanilla F, Castillo K, Sánchez L, Barquero T, Romero J, et al. POBLACIÓN TAMIZADA EN EL CENTRO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER GÁSTRICO , COSTA RICA : PERÍODO 1996-2015 Clinical and Epidemiological Characterization Of The Tamized Population At The Early Detection Center of Gastric Cancer , Costa Rica : Period 1996-20. 2018;27(2):68–81. Available from: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v27n2/1409-1429-rcsp-27-02-68.pdf>

21. J. Meza-Juncoa y AJM-L. El cáncer gástrico en México : mejoría , pero aún con mucho por hacerse & Gastric cancer in Mexico : Improvement , but still a long way to go. Rev Gastroenterol México [Internet]. 2016;81(2):63–4. Available from: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-S0375090616000197>
22. Springer SRAS, Guedes MT dos S, da Silva Junior OC, Carreiro M de A, da Silva AS. Profile of the patient with gastric cancer of the National Cancer Institute. Enferm Glob [Internet]. 2020;19(2):53–67. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n58/1695-6141-eg-19-58-21.pdf>
23. Cg E. Laparoscopia de estadificación en cáncer gástrico Gastric cancer staging laparoscopy. Rev Colomb Cencerología [Internet]. 2018;21(4):185–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S012390151730152X?via%3Dihub>
24. Gonzáles A, Benavides E, Santofimio D, Gil F. clínicas y patológicas de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Neiva entre enero del 2007 y diciembre del 2012 Gastric cancer : epidem iological , clinical and pathological characteristics of patients treated in the university hospital. Rev Fac Salud [Internet]. 2015;7(2):23–8. Available from: <https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/951/1844>
25. Quintana-Quintana M, Díaz-Romero MC, Camacho-Limas CP, Torrecillas-Torres L, Ruiz-García E, Acevedo-Delgado JA, et al. Evidencia en mundo real: revisión de la experiencia clínica en el tratamiento de segunda línea del cáncer gástrico metastásico con ramucirumab. Gac Mex Oncol [Internet]. 2019;16(3). Available from: https://www.researchgate.net/profile/Luis_Barajas2/publication/320969713_Evidencia_en_mundo_real_revision_de_la_experiencia_clinica_en_el_tratamiento_de_segunda_linea_del_cancer_gastrico_metastasico_con_ramucirumab/links/5a0c88d70f7e9b9e33a9c820/Evidencia
26. Montoya M, Gómez R, Ahumada F, Martelo A, Toro J, Pérez E, et al. Caracterización de 130 pacientes sometidos a gastrectomía por cáncer gástrico en el Instituto de Cancerología–Clínica Las Américas de Medellín.

- Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2016;20(2):73–8. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v20n2/v20n2a04.pdf>
27. Wu P, Wang P, Ma B, Yin S, Tan Y, Hou W, et al. Palliative gastrectomy plus chemotherapy versus chemotherapy alone for incurable advanced gastric cancer: A meta-analysis. *Cancer Manag Res* [Internet]. 2018;10:4759–71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6208494/pdf/cmar-10-4759.pdf>
 28. Picazo JP, Gómez MST, Torres ST. Artículo de revisión. 2018;25(4):169–75. Available from: http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/67263/59173
 29. Ponti LE, Benites RTC, Vignatti RA, Monaco ME, Nuñez JE. Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. *Rev Cuba Educ Medica Super* [Internet]. 2017;31(4):1–12. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412017000400007&script=sci_arttext&tlng=en
 30. Aguilar RD, Morán RA, Uría RMA, González AC, Saavedra MMD y MO. Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería. Estudiantes de licenciatura de Enfermería. Facultad “Lidia Doce”. 2013. *Enfermería Univ* [Internet]. 2015;12(1):36–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2014.12.001>
 31. Sánchez-Castro J, Ramírez-Martínez A, Tonguino-Tonguino A, Vargas-López L. Conocimiento del proceso de atención de enfermería por parte de los enfermeros de la Clínica La Inmaculada. *Rev Sanid Milit* [Internet]. 2019;73(5–6):277–81. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93326>
 32. Yan Quiroz EF, De La Cruz Mio J, Álvarez Díaz V, Agreda Castro F, Villarreal González MN. Respuesta histológica completa a la neoadyuvancia en carcinoma gástricoavanzado. A propósito de un caso y revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Peru* [Internet]. 2017;37(4):379–86. Available from:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292017000400015

33. Solano Muñoz H, Arroyo López A. Artículo Original: Cáncer gástrico, actualidades y perspectivas del futuro. *Rev Clínica la Esc Med UCR – HSJD* [Internet]. 2016;6(Ii):11. Available from: www.revistaclinicahsjd.ucr.ac.cr
34. Avalos García R, Morales Díaz M, Romero Bareira S, Laud Martínez P. Comportamiento del cáncer gástrico avanzado diagnosticado por videoendoscopia en el Hospital “Faustino Pérez Hernandez”, Matanzas. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2017;39(3):507–18. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000300009
35. Morales Díaz M, Corrales Alonso S, Vanterpoll Héctor M, Avalos Rodríguez R, Salabert Tortolo I, Hernández Diaz O. Cáncer gástrico: algunas consideraciones sobre factores de riesgo y *Helicobacter pylori*. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2018;40(2):433–44. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200018
36. Salvador I, Mercado A, Bravo GL, Baldeón ME, Fornasini M. Factores de riesgo y protección para metaplasia y cáncer gástrico: Estudio de casos y controles hospitalarios en Quito-Ecuador. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015;32(3):1193–9. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n3/31originalcancer01.pdf>
37. Acosta CP, Benavides JA, Sierra CH. Análisis cualitativo del deterioro de la calidad del agua y la infección por *Helicobacter pylori* en una comunidad de alto riesgo de cáncer de estómago (Cauca, Colombia). *Salud Colect* [Internet]. 2015;11(4):575–90. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2015.v11n4/575-590/es>
38. Rojas GM, Cleghorn Spencer DC. Stomach Cancer, First Cause of Death in Panama Risk Factor “*Helicobacter Pylori*”. *Cáncer de Estómago, Primera Causa de Muerte en Panamá Factor de Riesgo “Helicobacter Pylori”*. *Câncer de Estómago, Primeira Causa de Morte no Panamá Fator de Risco Helic*. 2017;XXI:28–47. Available from: <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/38>

39. Pareja Cruz A, Navarrete Mejía PJ, Parodi García JF. Seroprevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en población adulta de Lima, Perú 2017. *Horiz Médico* [Internet]. 2017;17(2):55–8. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v17n2/a09v17n2.pdf>
40. González Sosa G, Piñol Jiménez F. Etiopatogenia de la hemorragia digestiva alta no variceal, respuesta inflamatoria y *Helicobacter Pylori*. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2018;40(1):159–71. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n1/rme160118.pdf>
41. Hierro González A, de Uime Ferreira EP, González Fabián L. Comportamiento clínico, epidemiológico, endoscópico e histológico del cáncer gástrico de tipo epitelial. *Rev Cuba Invest Biomed* [Internet]. 2016;35(1):48–64. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubinvbio/cib-2016/cib161e.pdf>
42. Fundación Index. GM, SPARC (Organization) GM. Index de enfermería. [Internet]. Vol. 27, Index de Enfermería. Fundación Index; 2018 [cited 2020 Nov 24]. 123–127 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
43. Torres RJ, Grados SO. Cáncer gástrico en el Perú: una realidad susceptible de cambio. *Rev Gastroenterol del Perú* [Internet]. 2015;35(3):2015. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v35n3/a13v35n3.pdf>
44. Bolaños FB, Bejarano HL. CASO CLÍNICO Coriocarcinoma gástrico primario : reporte de caso. 2019;19:93–6. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v19n2/a12v19n2.pdf>

ANEXO 1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TABLA 1. Diagnóstico: MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CÁNCER GÁSTRICO				
DOMINIO COMPROMETIDO: Promoción de la Salud		CLASE: 1 Toma de conciencia de la salud		
Categoría Diagnóstica: Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00080)				
Factores Relacionados (causas): Déficit de conocimientos				
Características Definitorias (signos y síntomas): Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA): Manejo ineficaz del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos m/p Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas				
Criterio de Resultado e Intervención	OBJETIVO DE ENFERMERÍA	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
NOC: Conducta de cumplimiento (1601) NIC: Acuerdo con el paciente (4420) Facilitar la autorresponsabilidad (4480) Enseñanza Procedimiento/Tratamiento (5618)	Fomentar acciones autoiniciadas para el bienestar, recuperación y rehabilitación óptima	160104: Acepta el diagnóstico 1608: Control de síntomas 160105: Conserva la cita con un profesional sanitario 16002: Busca información relacionada con la salud a partir de diversas fuentes.	- Nunca demostrado -Raramente demostrado -A veces demostrado -Frecuentemente demostrado -Siempre demostrado	Mantener a 3 3 4 3 Aumentar a: 5 4 5 3

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

<p>INTERVENCIÓN (NIC): Acuerdo con el paciente (4420)</p>	<p>INTERVENCIÓN (NIC): Facilitar la autorresponsabilidad (4480)</p>
<p>Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar</p> <p>Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados</p> <p>Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir los objetivos</p> <p>Ofrecer la participación de la familia</p>	<p>Concientizar al paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual</p> <p>Brindar apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad del estado de salud actual</p> <p>Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o cambio de conducta.</p>
<p>INTERVENCIÓN (NIC): Enseñanza Procedimiento/Tratamiento (5618)</p>	
<p>Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.</p> <p>Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.</p> <p>Determinar las expectativas del tratamiento por parte del paciente.</p> <p>Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</p>	

Tabla 2. Diagnóstico: AFRONTAMIENTO INEFICAZ

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CÁNCER GÁSTRICO				
DOMINIO COMPROMETIDO: 9 AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS		CLASE: 2 RESPUESTA AFRONTAMIENTO		
Categoría Diagnóstica: Afrontamiento ineficaz: (00069)				
Factores Relacionados (causas): Vulnerabilidad de la persona. Incertidumbre				
Características Definitorias (signos y síntomas): Expresiones de incapacidad y falta de confianza para afrontar la situación, empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA): Afrontamiento ineficaz r/c Vulnerabilidad de la persona. Incertidumbre e/p Expresiones de incapacidad y falta de confianza para afrontar la situación, empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa				
Criterio de Resultado e Intervención	OBJETIVO DE ENFERMERÍA	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
NOC: Aceptación: Estado De Salud (1300) Afrontamiento De Problemas (1302) NIC: Aumentar el afrontamiento (5230) Aumentar los sistemas de apoyo (5440) Asesoramiento (5240)	Ayudar al paciente al afrontamiento de su enfermedad.	130007: Expresa sentimientos sobre el estado de salud 130017: Se adapta al cambio en el estado de salud 130010: Superación de la situación de salud 130209: Utiliza el apoyo social disponible 130214: Verbaliza la necesidad de asistencia	-Nunca demostrado -Raramente demostrado -A veces demostrado -Frecuentemente demostrado -Siempre demostrado	Mantener a: 3 3 4 2 3 Aumentar a: 4 4 3 3 4

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

<p>INTERVENCIÓN (NIC): Aumentar el afrontamiento (5230)</p>	<p>INTERVENCIÓN (NIC): Aumentar los sistemas de apoyo (5440)</p>
<p>Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de situación.</p> <p>Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.</p> <p>Alentar a la familia a comunicar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.</p> <p>Animar al paciente a desarrollar relaciones.</p>	<p>Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.</p> <p>Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.</p>
<p>INTERVENCIÓN (NIC): Asesoramiento (5240)</p>	
<p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto</p> <p>Proporcionar información objetiva según sea necesario</p> <p>Favorecer la expresión de sentimientos</p> <p>Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno</p> <p>Pedir al paciente que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que sucede</p> <p>Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia</p> <p>Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes</p>	

TABLA 3 Diagnóstico: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CÁNCER GÁSTRICO				
DOMINIO COMPROMETIDO: 2 Nutrición		CLASE: 1 Ingestión		
Categoría Diagnóstica: Desequilibrio nutricional por defecto 00002				
Factores Relacionados (causas): deterioro de la absorción de los nutrientes, disminución del apetito				
Características Definitorias (signos y síntomas): Desequilibrio nutricional por defecto r/c el deterioro de la absorción de los nutrientes, disminución del apetito e/p bajo peso.				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA):				
Criterio de Resultado e Intervención	OBJETIVO DE ENFERMERÍA	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
NOC: Conocimiento: Dieta Saludable (1854) Conocimiento: Dieta Prescrita (1802) NIC: Monitorización Nutricional (1160) Terapia Nutricional (1120)	Mejorar el estado nutricional	120002: Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal 101401: Deseo de comer 18020: Dieta recomendada	-Nunca demostrado -Raramente demostrado -A veces demostrado - Frecuentemente positivo -Siempre demostrado	MANTENER A: 3 3 3 AUMENTAR A: 4 4 5

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIÓN MONITORIZACIÓN (1160)	(NIC): NUTRICIONAL	INTERVENCIÓN (NIC): Terapia Nutricional (1120)
<p>vigilar las tendencias de pérdida o ganancia de peso.</p> <p>control de peso diario</p>		<p>Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento.</p> <p>Determinar las preferencias de comidas del paciente.</p> <p>fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.</p> <p>Comprobar la ingesta para ver el contenido nutricional y calórico.</p> <p>Pesar al paciente a intervalos adecuados.</p>

TABLA 4 Diagnóstico: BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CÁNCER GÁSTRICO				
DOMINIO COMPROMETIDO: 6 Autopercepción		CLASE: 2 Autoestima		
Categoría Diagnóstica: Baja Autoestima Situacional (00120)				
Factores Relacionados (causas): Alteración de la imagen corporal				
Características Definitorias (signos y síntomas): Expresiones de desesperanza e incapacidad ante los acontecimientos y situaciones personales				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA): Baja Autoestima situacional r/c Alteración de la imagen corporal m/p Expresiones de desesperanza e incapacidad ante los acontecimientos y situaciones personales				
Criterio de Resultado e Intervención	OBJETIVO DE ENFERMERÍA	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
NOC: Adaptación psicosocial: cambio de vida (1305) NIC: -Mejora de la autoconfianza (5395) -Potenciación de la autoestima (5400) -Ayuda en la modificación de sí mismo (4470)	Fomentar la aceptación del paciente y proponer cambios positivos para mejorar la autoestima	130505: Expresiones de optimismo sobre el presente 130502: Mantenimiento de la autoestima. 120501: Verbalizaciones de autoaceptación 130509: Uso de estrategias de superación efectivas 130506: Expresiones de optimismo sobre el futuro.	-Nunca positivo -Raramente positivo -A veces positivo -Frecuentemente positivo -Siempre positivo	MANTENER A: 3 4 3 3 2 AUMENTAR A: 4 5 4 4 3

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIÓN (NIC)	INTERVENCIÓN (NIC):
Mejora de la autoconfianza (5395)	Potenciación de la autoestima (5400)
<p>Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción</p> <p>Modelar/demostrar la conducta deseada</p> <p>Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta</p>	<p>Observar las frases del paciente sobre su propia valía</p> <p>Animar al paciente a identificar sus virtudes</p> <p>Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta</p> <p>Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios</p>
INTERVENCIÓN (NIC): Ayuda en la modificación de sí mismo (4470)	
<p>Valorar el ambiente social y físico del paciente por el grado de apoyo de las conductas deseadas.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específico.</p> <p>Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.</p>	

ANEXO 2. IMÁGENES DE ENDOSCOPIA



Figura 1:
(Endoscopia gástrica antral)

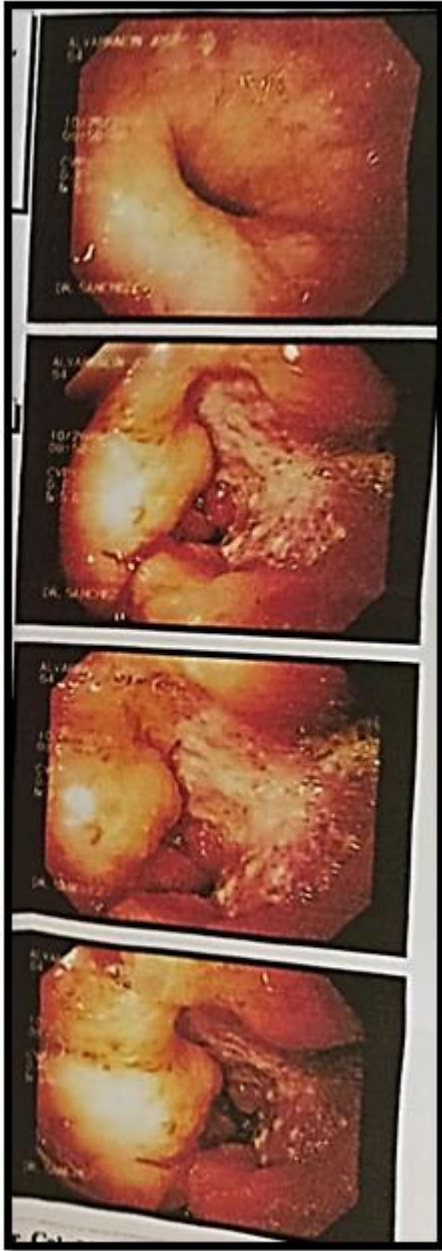


Figura 2
(Endoscopia gástrica antral)

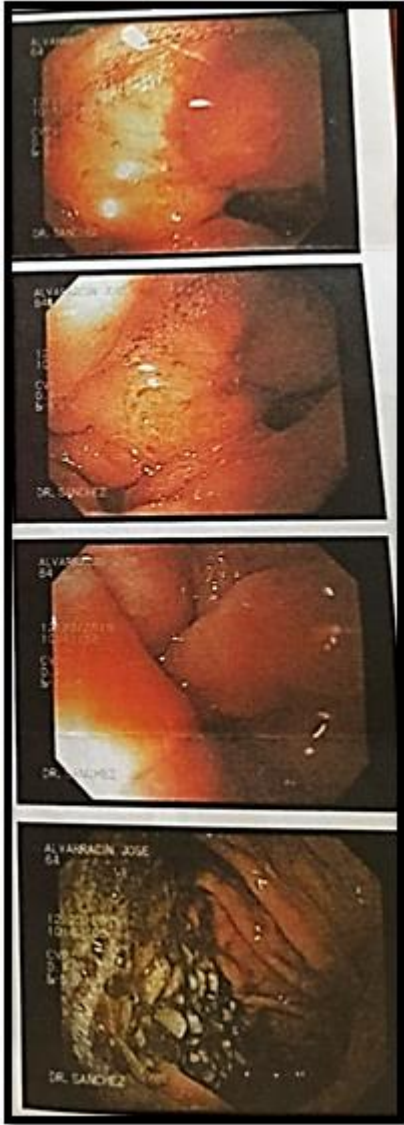


Figura 3

(Endoscopia gástrica antral)

ANEXO 3. SOLICITUD PARA LA HISTORIA CLÍNICA

CENTRO DE SALUD "GALAYACU" PASAJE - EL ORO - ECUADOR



Ministerio
de Salud Pública

DISTRITO 07D01 PASAJE

COORDINACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Galayacu, 03 de Septiembre del 2020

Dr.
Eduardo Alfredo Quitio Lata
Médico Familiar de la Unidad

Presente.

De mis consideraciones,

Yo **SILVANA NATHALY ENCALADA SARMIENTO** con CI: 0705860559 y **MICHELLE ESTEFANIA ALMACHE MOROCHO** con CI: 0706146099, estudiantes de la **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA**, por medio de la presente nos dirigimos a usted de la manera más respetuosa para solicitar se nos conceda la autorización para acceder a la Historia Clínica del paciente **JOSE VICENTE ALBARRACIN ALBARRACIN**, para poder hacer una investigación lo cual servirá para nuestro trabajo de Titulación, donde se realizará una entrevista directa, se educará al paciente y se trabajará directamente en las necesidades que el paciente requiera para el cuidado de su salud.

Agradeciendo su atención a la presente, hago propicia la ocasión para manifestarle los sentimientos de mi mayor estima personal.

Atentamente.

Silvana Nathaly Encalada Sarmiento
C.I. 0705860559
INTERNA DE ENFERMERIA

Michelle Estefania Almache Morocho
CI: 0706146099
INTERNA DE ENFERMERIA

DIRECCIÓN DISTRITAL 07001
Dr. Eduardo Alfredo Quitio Lata
MÉDICO FAMILIAR UNIDAD PASAJE
C.I. 0601101535

ANEXO 4. RESPUESTA DEL OFICIO

CENTRO DE SALUD "GALAYACU" PASAJE - EL ORO - ECUADOR



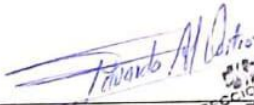
DISTRITO 07D01 PASAJE
COORDINACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Galayacu, 08 de Octubre del 2020

Presente:

De mis consideraciones, yo **Dr. EDUARDO ALFREDO QUITIO LATA, MEDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD OPERATIVA DEL CENTRO DE SALUD "GALAYACU"**. En respuesta a la solicitud entregada, en la que requieren la información de la Historia Clínica del paciente **SR. ALVARRACIN ALVARRACIN JOSE VICENTE** con CI: **0702367541** quien se realiza los controles en esta unidad operativa, autorizo que las estudiantes: **ALMACHE MOROCHO MICHELLE STEFANIA** con CI: **0706146099** y **ENCALADA SARMIENTO SILVANA NATHALY** con CI: **0705860559**, obtengan acceso a la información requerida, para que se haga uso de la misma en beneficio de su trabajo de titulación.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad, los interesados pueden hacer uso del presente documento como tuviere conveniente, deseándole éxitos en sus labores profesionales


DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
DISTRITO 07D01 PASAJE
Eduardo Alfredo Quitio Lata
Dr. EDUARDO ALFREDO QUITIO LATA
MEDICO FAMILIAR DE CS. "GALAYACU"

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por **ALMACHE MOROCHO MICHELLE STEFANIA** CI: 0706146099 y por **ENCALADA SARMIENTO SILVANA NATHALY** CI: 0705860559, estudiantes de la **UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA**. La meta de este estudio es realizar un seguimiento medico en cuanto a su diagnóstico clínico para nuestro análisis de caso en beneficio de nuestra tesis.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

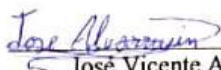
Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo **JOSÉ VICENTE ALVARRACÍN ALVARRACÍN** CI: 0702367541 acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **ALMACHE MOROCHO MICHELLE STEFANIA** y **ENCALADA SARMIENTO SILVANA NATHALY**. He sido informado de que la meta de este estudio es para obtener información para realizar un trabajo investigativo

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 estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.



José Vicente Alvarracín Alvarracín
CI: 0702367541

Galayacu, 18 de Septiembre del 2020