

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES ADULTOS MAYORES
CON NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA EN EL SERVICIO JULIÁN
ARCE DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

WILLIAM HOLDEN HORNA PIZARRO

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO VOCAL

ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 361-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 26/10/2017

Resolución Decanato N° 2736-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	12
2.3 Definición de Términos	33
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	34
3.1 Recolección de Datos	34
3.2 Experiencia Profesional	34
3.3 Procesos Realizados del Informe	35
IV. RESULTADOS	42
V. CONCLUSIONES	45
VI. RECOMENDACIONES	47
VII. REFERENCIALES	48
ANEXOS	52

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. La Neoplasia Maligna Gástrica ocupa el quinto lugar a nivel mundial. El presente informe de Experiencia laboral permitirá dar a conocer los avances y limitaciones en los cuidados de Enfermería que se brinda a los pacientes con Neoplasia Maligna Gástrica, durante mi experiencia profesional. Así mismo se pretende con el informe laboral motivar la aplicación de nuevos modelos de Intervención de Enfermería a pacientes adultos mayores con Neoplasia Maligna Gástrica en nuestra actividad profesional, perfeccionando los cuidados destinados a dichos pacientes. El objetivo del informe es describir los cuidados de Enfermería a pacientes adultos mayores con Neoplasia Maligna Gástrica en el servicio Julián Arce del Hospital Nacional Dos de Mayo. Si bien es cierto que durante el proceso de elaboración del informe se evidencio limitado sustento científico bibliográfico con respecto a la intervención de la enfermera; todo lo contrario sucede con respecto a la parte medica que si se ha encontrado amplio y variado sustento teórico científico la cual se considero para nuestro informe.

Considero que la teoría de los Síntomas Desagradables de Gift, Milligan, Lenz, Pugh como la más adecuada para sustentar los cuidados de Enfermería en el informe, logrando mejorar la comprensión de la experiencia de la gran variedad de síntomas en diversos contextos y proporcionar información útil para el diseño de medios eficaces para

prevenir, mitigar o controlar los síntomas desagradables y sus efectos negativos en los pacientes adultos mayores con Neoplasia Maligna Gástrica. (1)

Finalmente los anexos demuestran evidencias del cuidado enfermero a los pacientes adultos mayores con Neoplasia Maligna Gástrica.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la Situación Problemática.

El proceso de envejecimiento es un factor fundamental en la aparición del cáncer y su incidencia aumenta muchísimo con la edad.

Según Cervantes la neoplasia Maligna Gástrica es una enfermedad heterogénea que se compone al menos de dos tipos con diferentes factores epidemiológicos etiológicos, biológicos, patogénicos, histológicos, clínicos que están fuertemente relacionados con la infección por *Helicobacter* y con factores nutricionales. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer, tumores malignos o neoplasias malignas en el varón es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 8.2 millones de defunciones ocurridas en todo el mundo en 2012. Ocupando la neoplasia maligna gástrica el tercer lugar en defunciones. (3)

La Sociedad Española de oncología médica reporta que la incidencia de los distintos tumores por sexo, los casos que más frecuentemente se diagnosticaron en varones en España en 2012 fueron el cáncer de próstata (27.853 casos nuevos), el cáncer de pulmón (21.780 casos nuevos), el cáncer de colon (19.261 casos nuevos), el cáncer gástrico (4.866 casos nuevos); ocupando de esta manera el cuarto lugar en incidencia de estos tumores. (4)

La Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer (AMLCC) informó que el promedio de vida de un paciente con este mal es de siete meses, pues el 60 por ciento de los casos se detecta en la última fase, el cáncer gástrico está entre los cinco tipos de cáncer con mayor incidencia y que más muertes causan en México. (5)

Para el año 2016, los cálculos de la Sociedad Americana contra el cáncer para este cáncer en los Estados Unidos son: se diagnosticaron aproximadamente 26370 casos de cáncer gástrico (16840 hombres y 9890 mujeres).Aproximadamente 10730 personas (6540 hombres y 4190 mujeres) morirán a causa de este cáncer. (6)

En el Perú, según el Ministerio de Salud, el cáncer gástrico representa la primera causa de mortalidad, se estimó que en el año 2011 se produjeron a nivel nacional un total de 4863 defunciones por cáncer de estomago en el Perú. Los departamentos con mayor de incidencia de mortalidad por cáncer gástrico fueron Huánuco, Huancavelica, Junín y Pasco. (7)

En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú el registro de cáncer en Lima metropolitana evidencio que las tasas de incidencia va en aumento en esta última década en adultos mayores ,representando la neoplasia maligna el segundo lugar.(8)

En la actualidad en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el servicio de Medicina Interna Julián Arce, se ha identificado que entre las neoplasias malignas existentes, las gástricas ocupan el primer lugar en incidencia. En

el 2014 fueron atendidos 1198 pacientes, de los cuales 469 de ellos fueron adultos mayores y 7 fueron diagnosticados con Neoplasia Maligna gástrica; en el 2015 fueron atendidos 924 pacientes, de los cuales 474 de ellos fueron adultos mayores y 10 fueron diagnosticados con cáncer gástrico. En el 2016 se han reportado 985 pacientes atendidos de los cuales 480 pacientes fueron adultos mayores y 14 de ellos diagnosticados con Neoplasia Maligna gástrica. (9).

El cuidado de enfermería al paciente geriátrico alcanza es de mayor complejidad debido a que inicialmente los cuidados se direccionan desde un punto de vista holístico integral humanizado cubriendo y/o supliendo las necesidades más esenciales; para que luego se considere la diversidad e interacción de distintos aspectos clínicos, físicos, funcionales, psicológicos y sociales, la cual requiere de una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional. Los pacientes adultos mayores que se hospitalizan en el servicio Julián Arce ingresan con Diagnostico Medico inicial de Hemorragias Digestivas Altas y que luego de un minucioso estudio endoscópico llegan a la determinación de que dichos pacientes presentan Cáncer gástrico.

Los pacientes con enfermedad terminal o neoplasias malignas presentan multitud de problemas. El grupo de síntomas más frecuente lo constituye el llamado síndrome general: astenia, anorexia y pérdida de peso que está presente en el 90% de los pacientes. El siguiente es el dolor que afecta al 80% de los enfermos. Debemos plantearnos objetivos realistas y

a corto plazo e ir modificándolos paulatinamente según se modifiquen las necesidades de los pacientes. (10)

En el Hospital Nacional Dos de Mayo, en el servicio de medicina Interna Julián Arce, se evidencia gradualmente el incremento de pacientes adultos mayores con Neoplasia Maligna Gástrica, a sí mismo, las complicaciones que se está observando son: Acumulación de líquido en el área abdominal (ascitis), sangrado gastrointestinal, diseminación del cáncer a otros órganos o tejidos, pérdida de peso, estenosis pilórica, perforación del tumor , en tal sentido, estas complicaciones, con los que acuden los pacientes, demandara mayor tiempo y preparación para sus cuidados. (11)

1.2.- Objetivo

Describir los cuidados de Enfermería a pacientes adultos mayores con Neoplasia Maligna Gástrica en el servicio Julián Arce del Hospital Nacional Dos de Mayo - 2016.

1.3.- Justificación

El presente informe se realizó teniendo en cuenta que en estos últimos años se han visto incrementados los casos de Neoplasia Maligna Gástrica en los adultos mayores en el servicio de Medicina Interna Julián Arce del Hospital Nacional Dos de Mayo. Además el presente informe se enfocara en describir los cuidados de Enfermería aplicando la teoría de los Síntomas Desagradables, la cual dará a conocer como la práctica se

asocia intrínsecamente con la teoría del cuidado a los adultos mayores con Neoplasia Maligna Gástrica.

El presente informe servirá para profundizar los conocimientos de los cuidados de enfermería en cuanto a sus avances y limitaciones a los pacientes adultos mayores con Neoplasia Maligna Gástrica.

El presente informe es importante porque pretende motivar la aplicación de nuevos modelos y/o enfoques de Intervención de Enfermería a pacientes adultos mayores con Neoplasia Maligna Gástrica perfeccionando los cuidados destinados a dichos pacientes para lograr una pronta recuperación.

El informe beneficiara a los educadores, teóricos del cuidado en el adulto mayor, a los administradores de los servicios de Enfermería de las unidades funcionales del Departamento de Enfermería del servicio y del Hospital, a los(as) licenciados(as) en enfermería que esta al cuidado de pacientes adultos mayores con Neoplasia Maligna Gástrica, de esta la enfermera(o) actuara con éxito su labor en el servicio de Medicina Interna y brindara una excelente atención en este tipo de pacientes. Asimismo entre los beneficiarios podemos mencionar a los pacientes quienes se beneficiaran de los cuidados especializados por parte de los licenciados en Enfermería.

El presente informe permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros y familia sobre los cuidados a los pacientes adultos mayores con Neoplasia Maligna Gástrica.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

NÚÑEZ LÓPEZ, en el año 2014 estudio la **Calidad de vida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria Albergue Padre Robusccini**, con el objetivo de determinar el nivel la calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria en el Albergue Padre Robusccini según la escala global de salud, escala funcional y escala de síntomas. La Metodología utilizada fue de enfoque cuantitativo, tipo aplicativo, método no experimental, diseño descriptivo de corte transversal; concluyendo que un porcentaje significativo de pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria tienen una baja calidad en la escala global referido a que los pacientes han presentado síntomas colaterales del tratamiento de quimioterapia y la alteración de la dimensión funcional. En la escala funcional, perciben su calidad de vida baja referido a que la enfermedad y el tratamiento quimioterapéutico afectaron en su vida familiar y sus relaciones personales, siendo influenciados por el distres psicológico alterando la calidad de vida, presentan dificultad en actividades que requieran esfuerzo físico, como llevar bolso pesado, salir a caminar, lo cual genera sensación de impotencia, cólera y a corto plazo estrés. En la dimensión de síntomas presenta una baja calidad de vida referido a que la enfermedad y el traslado les crearon inconvenientes económicos y experimentaron intensos dolores corporales que limitan el trabajo diario.

PÉREZ GIRALDO Beatriz, en el año 2011, estudio la **Perspectiva Espiritual de la mujer con cáncer**. Este estudio tiene como Objetivo comparar la perspectiva espiritual de las mujeres diagnosticadas con cáncer propio de su género (seno, útero, ovarios) y de las mujeres diagnosticadas con otros tipos de cáncer. El método que se utilizo fue de diseño cuantitativo de tipo descriptivo comparativo, de corte transversal. Se empleó una encuesta socio demográfica para caracterizar la población y la Escala de perspectiva espiritual de Pamela Reed, a la cual se le realizó el análisis de confiabilidad que reportó un alfa de Cronbach de 0,799 en el grupo 1 y 0,763 en el grupo 2. La muestra incluyó a 100 mujeres que se encuentran en tratamiento contra el cáncer. Los resultados que se obtuvieron fue que la perspectiva espiritual de las mujeres con cáncer propio de su género es moderada al igual que la de las mujeres con otros tipos de cáncer; al hacer la comparación de estos dos grupos no se encontró evidencia estadística que demostrara una diferencia significativa. El estudio concluyo que los resultados aportan nuevos elementos para el cuidado de las mujeres con enfermedad oncológica y señalan que una perspectiva espiritual moderada puede ser un potencial para su cuidado integral, en el que la enfermera reconozca sus objetivos en el cuidado de la mujer como un ser total, más que el tipo de cáncer que tiene.

BARRAGÁN J. y Almanza Rodríguez G, en el año 2013, estudio la **Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer.** Tiene como objetivo: valorar las estrategias de afrontamiento del dolor crónico en personas con cáncer de forma multidimensional dentro de procesos físicos y emocionales. Los Materiales y método de este estudio descriptivo transversal; se aplicó la versión en español del Cuestionario de Afrontamiento del Dolor Crónico (CAD) a una muestra de 117 personas con cáncer de diversa etiología, mayores de 18 años y sin alteración del estado mental, entre junio y octubre del 2010, los datos se procesaron el SPSS; se realizó validez facial y conceptual para Colombia. Tuvieron como resultado que la aplicación del CAD permitió obtener puntuaciones de los factores que componen el cuestionario, así como la correlación con variables socio demográficas; las personas utilizan estrategias adaptativas relacionadas con las categorías: esperanza (media de 5,1), autoinstrucciones (media de 4,33), distracción cognitiva (media de 4,9), es decir la confianza, la ayuda y la visión de un futuro sin dolor; se destacan como conductas desadaptativas la catastrofización (media de 3,9) y fe y plegarias (media 5,23). El estudio concluyo lo siguiente: permitió valorar conductas de afrontamiento adaptativas al dolor crónico de las dimensiones propuestas; sin embargo, persisten conductas de tipo desadaptativo al afrontamiento.

MUÑOZ N. y Urquiza T. (Argentina), en el año 2014, estudio la **Importancia del autocuidado del paciente oncológico en tratamiento de quimioterapia**, el estudio tiene como objetivo determinar cómo influye la enseñanza que realiza enfermería sobre auto-cuidado, en la evolución de los pacientes con tratamiento de quimioterapia; el método utilizado fue aplicada, de corte transversal, de naturaleza descriptiva, cuantitativa, de fuente primaria y de campo. En un primer momento se describirán la dinámica de cada una de las variables de estudio, seguidamente se medirá el grado de relación de las mismas y finalmente se analizarán; concluyo que dentro de la variable enseñanza sobre autocuidado, se puede afirmar que el 68% de los pacientes encuestados manifestó recibir por parte del profesional de enfermería, mucha orientación sobre los cuidados a seguir para prevenir complicaciones y un 32% manifestó recibir poca información para prevenir complicaciones.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Neoplasia Maligna Gástrica

2.2.1.1 Definición

La Neoplasia Maligna Gástrica es también llamado cáncer gástrico, en éste se aprecia un crecimiento celular maligno con capacidad de invasión y destrucción de otros órganos y tejidos, principalmente del intestino delgado y del esófago. El cáncer de estómago, este tiende a desarrollarse

lentamente y puede demorar muchos años, antes de que pase a ser un verdadero cáncer, por lo general suceden cambios precancerosos en el interior del estómago. Estos cambios prematuros casi nunca causan síntomas y, por lo tanto, no se detectan. (12)

Los cánceres de estómago se pueden extender de varias maneras. Éstos pueden crecer a través de la pared del estómago y así invadir los órganos más cercanos. Cuando el cáncer del estómago está más avanzado, puede viajar a través del torrente sanguíneo y expandirse a órganos como el hígado, los pulmones y los huesos. Si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos o a otros órganos, el pronóstico del paciente no es tan favorable. (13)

2.2.1.2 Clasificación

- **Adenocarcinoma:** alrededor del 95% de los cánceres del estómago son de este tipo. Cuando se utilizan los términos cáncer de estómago o cáncer gástrico frecuentemente se refieren a un adenocarcinoma. Estos cánceres se originan en las células que forman la capa más interna del estómago.
- **Linfoma:** hace referencia a los tumores cancerosos del sistema inmunológico. Alrededor del 4% de los cánceres de estómago son linfomas. El tratamiento y el pronóstico dependen del tipo de linfoma.

- **Tumores del estroma gastrointestinal:** Estos tumores son poco comunes y se originan en la pared del estómago a partir de las llamadas células intersticiales de Cajal. Algunos de estos tumores no son cancerosos, es decir, son benignos.
- **Tumores carcinoides:** Estos tumores se originan de células productoras de hormona del estómago. La gran mayoría de estos tumores no se propaga a otros órganos. Los tumores carcinoides son los responsables de casi el 3% de los tumores cancerosos del estómago.(14)

2.2.1.3 Causas

Hasta el momento no se han aclarado las causas del cáncer de estómago. Pero existen factores de riesgo que incrementan las posibilidades contraer este mal.

2.2.1.4 Factores de riesgo genéticos

El riesgo de padecer de cáncer de estómago aumenta en caso de carga hereditaria. Es mayor el riesgo en familiares de primer grado como pueden ser hermanos, hijos y nietos. También se ven afectados en mayor medida las personas del grupo sanguíneo A. (15)

2.2.1.5 Factores de riesgo exógenos

Las costumbres alimenticias juegan un papel importante en el cáncer de estómago como causas exógenas (debidas a influencias externas). El alto

contenido en nitratos de los alimentos salados y ahumados parece aumentar el riesgo de contraer cáncer de estómago. Ya que los nitratos se encuentran presentes en la gran mayoría de vegetales, estos deberían consumirse frescos antes de que estas puedan transformarse en compuestos químicos cancerígenos llamados nitrosaminas. También los alimentos muy calientes, así como la ausencia de vitaminas y proteínas y por una alimentación incompleta, son dañinas para el estómago. El tabaco es considerado como un factor de riesgo para el cáncer de estómago, puesto que los componentes cancerígenos del humo se disuelven en la saliva y de esa forma ingresan así al estómago. El alcohol, particularmente los que tienen alto grado, dañan no solo las mucosas de la boca, sino que también del esófago y del estómago. (16)

2.2.1.6 Síntomas

En el cáncer de estómago o cáncer gástrico los síntomas por lo general son poco característicos. Casi siempre no se presenta ningún síntoma en mucho tiempo. Los síntomas que se observan principalmente son: El dolor del abdomen, este aparece alrededor de un 60-70 % de los pacientes, también la disminución de peso, este se refleja en un 50 % de los pacientes. (17)

Otros de los síntomas es la astenia, la anorexia, las náuseas y vómitos frecuentes y tener la sensación de estar lleno antes de lo normal o después de comer poco. El cáncer de estómago puede provocar una

hemorragia gástrica. En caso de fuerte hemorragia en el estómago, las heces se tiñen de negro o se produce el vómito de sangre.

Otros síntomas pueden ser la pérdida de peso involuntaria, la anemia, las molestias en la deglución, un menor rendimiento o el aumento ligero de la temperatura corporal. En caso de tumores grandes avanzados, especialmente en personas delgadas, es posible el palpado de los mismos. Ocurre una intolerancia repentina hacia la fruta, el café, el alcohol, así como también el rechazo a la carne y ausencia de apetito son los síntomas típicos del cáncer de estómago, por lo general, estas molestias son ligeras y hasta inexistentes durante mucho tiempo y estos rastros tempranos de cáncer de estómago se confunden muchas veces con descuido de alimentación. (18)

2.2.2 Cuidados de enfermería a pacientes adultos mayores con neoplasia maligna gástrica.

Los cuidados de Enfermería están dirigidos principalmente a aliviar la siguiente sintomatología:

➤ Nauseas

- Medidas no farmacológicas:

Enseñar a disminuir el reflejo del vómito: respirar profundamente y tragar, inspirar por la nariz y espirar lentamente por la boca. Explicar las causas

si se conocen. Realizar pequeñas cantidades de comidas en varias tomas repetidas.

Procurar un entorno agradable y evitar los olores fuertes y la visión de objetos desagradables. Posición sentado o semisentado, sin nada que presione el abdomen, realizando los cambios de postura de forma lenta.

(19)

- Tratamiento farmacológico:

Debe adaptarse a la causa:

Vómitos producidos por opioides: Haloperidol; Metoclopramida.

Por quimioterapia: Ondansetron; Dexametasona; Lorazepan..

Por aumento de la presión intracraneal: Dexametasona.

Estreñimiento: Laxantes. · Hipercalcemia: Hidratar y bifosfonatos.

Compresión gástrica: Corticoides; Metoclopramida.

Obstrucción intestinal: Hioscina; Meclicina; Octreotide. (20)

➤ **Estreñimiento**

- Medidas no farmacológicas:

Aumentar la ingesta de líquidos, en forma de agua y frutas y si es posible, ya que no suelen tolerarlo dado que aumentan la sensación de saciedad se puede tratar de aumentar los alimentos con fibra, vigilando que no exista obstrucción intestinal. Responder inmediatamente a los deseos de defecar.

Permitir la intimidad.

Procurar establecer horario regular aprovechando el reflejo gastrocólico.

Aumentar la actividad física dentro de las posibilidades.

Revisar y cambiar si se puede los fármacos que provocan estreñimiento.

Prevenir la retención de gases: No tomar bebidas gaseosas, evitar alimentos flatulentos, no beber en cañas de plástico.

Favorecer la expulsión de gases con movilizaciones frecuentes. Explicar la técnica de colocación de enemas. Cuidar la zona perianal: aplicando lubricantes en el ano, compresas frías para aliviar el escozor, limpiar la piel con papel suave o toallitas jabonosas o con esponjas y jabones suaves. Si se van a utilizar opioides, se deben indicar laxantes de forma profiláctica. (21)

- Tratamiento farmacológico: Uso de los laxantes.

➤ **Disnea**

- Medidas no farmacológicas:

No dejar solo al paciente, acompañarle y dar soporte afectivo.

Incorporar la cama.

Humidificar el ambiente.

Oxígeno de forma intermitente. (Su uso está discutido, valorar los deseos del paciente, puede usarse como placebo pero a veces es motivo de incomodidad o preocupación).

Colocar ventiladores o abanicar al paciente.

Terapia de relajación o yoga.

Ejercicios respiratorios.

Si las actividades causan disnea incluir periodos de descanso en las mismas.

Si el hecho de hablar la agudiza disminuir la duración de las visitas y de la conversación.

Aliviar la sequedad de garganta. (22)

- Tratamiento farmacológico:

Ansiolíticos:

Disminuyen la ansiedad y la taquipnea:

Diazepam 5-10 mg/8- 12 horas por vía oral.

Lorazepam, es de acción más rápida, vía sublingual u oral 0,5-2 mg.

Midazolam 2,5-5 mg vía subcutánea.

Morfina: Si no la tomaba previamente de 2,5-5 mg/4 horas. Si la tomaba antes aumentar la dosis diaria en un 50%.

Corticoides:

Dexametasona a dosis de 16-40 mg de choque, oral o parenteral y 2-8 mg/día de mantenimiento.

Atropínicos:

La Hioscina disminuye las secreciones bronquiales, debe darse precozmente, se utiliza también en los estertores pre-mortem, 10-20 mg.

Oral o SC. (23)

➤ **Deterioro del patrón del sueño**

- **Medidas no farmacológicas:**

Reducción de luz y sonidos nocturnos. Dejar una pequeña luz indirecta.

Ambiente agradable, temperatura adecuada. Música suave. Relajación.

Comunicación y diálogo sobre sus miedos con profesionales y familia.

Aumentar la actividad diurna.

Evitar el exceso de ropa en la cama, debe estar limpia y seca.

Bebidas calientes antes de acostarse.

Ajustar los horarios de medicación para evitar las horas nocturnas. (24)

- **Tratamiento farmacológico:**

Benzodiazepinas: son los hipnóticos de elección ya que reducen la ansiedad, favorecen el sueño y disminuyen la tensión muscular. Son especialmente útiles los de acción rápida:

Triazolam (0,125 mg).

Lorazepam (0,5- 2 mg).

Midazolam (7,5- 15 mg).

Diazepam (5-10 mg).

Si existe depresión:

Amitriptilina 25-150 mg.

Si hay ansiedad paradójica:

Clorpromazina 10-25 mg. Como dosis inicial por la tarde y otra dosis de 25-50 mg al acostarse.

Haloperidol 5- 10 mg. es menos sedante.

En insomnios resistentes:

Morfina 5-10 mg. y Midazolam 5-15 mg. combinados por vía SC.(25)

➤ **Ansiedad ante la muerte**

- Medidas generales:

Buen control de síntomas.

Soporte afectivo familiar.

Permanecer con la persona.

Permitirle compartir sus preocupaciones.

Explicación del significado de los síntomas.

Apoyo emocional y espiritual.

Relajación progresiva y otras técnicas de autocontrol emocional.

Psicoterapia breve.

- Tratamiento farmacológico:

Benzodiazepinas son los fármacos de elección, mejor emplear los de vida media corta, (Lorazepam, Alprazolam).

Fenotiazinas: en ansiedad severa, su acción es además antiemética y potenciadora de opiáceos (Clorpromacina, Tioridazina).

Butirofenonas (Haloperidol) útil para tratar la agitación e hiperactividad, tiene efecto calmante no somnifero.

Betabloqueantes (Propanolol) en caso de que existan manifestaciones somáticas como sudoración o temblor.

Opioides pueden ser la medicación más efectiva en ansiedad severa en estos pacientes. (26)

2.2.3 Cuidados de Enfermería

2.2.3.1 El Cuidado según Madeleine Leininger.

- **Cuidados:** Acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.
- **Cuidados culturales:** son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.
- **Persona:** Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.
- **Entorno:** todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.
- **Etnoenfermería:** Se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tienen de ellos una cultura determinada, a través de las experiencias, las convicciones y el sistema de valores sobre fenómenos de enfermería

5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería. (28)

2.2.4 Teoría de los síntomas desagradables

Esta teoría fue desarrollada por el esfuerzo colaborativo de cuatro enfermeras investigadoras (Andreu Gift, Renee Milligan, Elizabeth Lenz, Linda Pugh) en 1995 y, luego perfeccionada en 1997. Ellas compartían el interés y la naturaleza en la práctica clínica. Es una teoría que emerge de manera espontánea de la práctica de enfermería de manera inductiva de lo particular a lo general, a partir de reflexiones del mundo real.

El propósito de esta teoría es mejorar la comprensión de la experiencia de la gran variedad de síntomas en diversos contextos y proporcionar información útil para el diseño de medios eficaces para prevenir, mitigar o controlar los síntomas desagradables y sus efectos negativos. (29)

2.2.4.1 Elementos Teóricos. Conceptos

La teoría tiene tres componentes principales: los síntomas que el individuo está experimentando, los factores influyentes que aumentan o afectan la naturaleza de la experiencia del síntoma y las consecuencias de la experiencia del síntoma o rendimiento.

Los síntomas son el primer componente de la teoría, y constituye el punto de partida de la teoría y por lo tanto el elemento central de esta. A su vez, los síntomas o las manifestaciones de enfermedad tienen una gran relevancia en el cuidado paliativo de enfermería. Los síntomas son definidos como los indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal como lo experimenta el paciente. Por lo tanto, considera una experiencia subjetiva, pues, sólo es informada por el paciente. Esta teoría plantea la experiencia de uno o varios síntomas. Un síntoma puede preceder y posiblemente dar lugar a otro síntoma. Cuando se experimenta más de un síntoma al mismo tiempo, la percepción de estos puede ser mayor, que si se presenta de manera aislada.

En el contexto de los Cuidados Paliativos (oncológicos) los pacientes experimentan una serie de síntomas a la vez, que son susceptibles de ser tratados. La prioridad del tratamiento según los principios de los Cuidados Paliativos, está dada por la jerarquía que le dé el paciente (informe subjetivo según la teoría) o en el caso que tenga incapacidad para comunicarse, lo que manifieste la familia. Los síntomas que

frecuentemente presentan las personas son: dolor, anorexia, ansiedad, baja de peso, estreñimiento, fatiga, náuseas, insomnio, vómitos, linfedema, ascitis, disnea, incontinencia, depresión. La mayoría de las personas presentan alrededor de 9 síntomas.

Se reconoce que el dolor es el síntoma más importante, frecuente y que más influye en la calidad de vida de las personas. En este sentido la teoría, puede ampliar e incorporar la evidencia existente para orientar sobre la jerarquía que pueden llegar a tener los diferentes síntomas, a pesar que debe ser el paciente quien informe sobre su importancia, puede presentar en determinado momento dificultad para comunicar sus molestias.

La dimensión intensidad o gravedad: se refiere a la severidad, fuerza o cantidad del síntoma que experimenta, siendo fácilmente cuantificable. En Cuidados Paliativos se recomienda la utilización de las diferentes escalas para cuantificar en especial el dolor. Esta es una medida validada para objetivar la magnitud del dolor. La teoría plantea la necesidad de cuantificar no sólo el dolor sino todos los síntomas presentados. Por otro lado, existe evidencia utilizada en cuidados paliativos oncológicos sobre la evaluación de los síntomas, de que no sólo puede ser considerado lo que el paciente describe, sino también a través de la observación de la enfermera/o, familiar o cuidador.

La dimensión angustia: se refiere al aspecto afectivo o al grado de molestia que experimenta el paciente por la experiencia de los síntomas. Frente a un mismo síntoma los sujetos pueden experimentar diferentes niveles de angustia. Claramente, el grado de sufrimiento o angustia experimentado con uno o varios síntomas está relacionado con su intensidad o tipo de cáncer. También tiene que ver con el sentido que el individuo le otorga al síntoma. En cuidados paliativos existe evidencia que determinados síntomas (como el dolor, anorexia, náuseas, fatiga) tienen significados diferentes en la persona enferma. Estos, además, pueden tener repercusiones en su ambiente más próximo como su familia y/o seres queridos.

La dimensión tiempo: incluye la duración y frecuencia del o los síntomas. El tiempo permite diferenciar los síntomas agudos de los crónicos que tienden a ser de diferente naturaleza y que deben ser tratados de manera diferente. También pueden tener un significado diferente para el individuo que los experimenta. Los síntomas crónicos pueden ser particularmente más angustiosos debido a su duración. Esta dimensión es relevante en cuidados paliativos porque, generalmente, los síntomas son de naturaleza crónica y de larga duración, que a su vez varían en el tiempo y en el mismo paciente. Por lo tanto, para tener una visión de esta dimensión, en los cuidados paliativos de enfermería convendría preguntar a los pacientes en qué momento se manifiestan los

síntomas o cuándo son más intensos, desde cuándo lo tiene, si es permanente o varía en el tiempo.

La Dimensión calidad del síntoma: se refiere a la naturaleza de los síntomas o a la manera en que se manifiesta o experimenta, es decir, lo que se siente al tener el síntoma. Con lo anterior la teoría reconoce que cada síntoma tiene aspectos y características únicas. Existen descriptores específicos que pueden caracterizar a cada síntoma como por ejemplo: en el dolor se consulta el tipo de dolor, si es somático, visceral o neuropático, intensidad, frecuencia, duración, qué factores lo intensifican o lo atenúan. Este aspecto de la teoría es muy relevante pues permite caracterizar el síntoma, reconocerlo y tratarlo adecuadamente. Lo importante es reconocer que cada paciente tiene una capacidad propia para describir lo que él o ella está experimentando, por lo tanto se debe tener en cuenta la interpretación que debe hacerse de la descripción para categorizar el síntoma adecuadamente. En cuidados de enfermería paliativa debería orientarse a establecer que no sólo el dolor puede ser caracterizado sino también los otros síntomas que experimentan frecuentemente los pacientes oncológicos con enfermedad avanzada. Los cuidados de enfermería, en este aspecto, deberían considerar el consultar por ejemplo: cómo le duele; cómo se siente con las náuseas, cuánto le limita este síntoma el alimentarse; o la fatiga: si puede realizar las cosas habituales o debe limitarse sólo a cosas menores, cuánto depende de cuidadores para realizar las cosas habituales. (30)

2.2.4.2 Los factores influyentes

Son el segundo componente de la teoría. En este componente se identifican tres categorías de variables como influyentes de la experiencia de los síntomas: factores fisiológicos, psicológicos y situacionales. Los factores fisiológicos son los procesos de alteraciones patológicas, de la funcionalidad de los sistemas, la nutrición, aquellos relacionados con el tratamiento. En cuidados paliativos se relaciona con la duración y el estadio de la enfermedad oncológica, tipo de cáncer. También tiene que ver con la edad, estructura genética, raza y origen étnico.

La teoría afirma que pueden existir, a su vez, complejas interacciones entre los diferentes factores fisiológicos influyendo en el o los síntomas. Por ejemplo, la intensidad de dolor puede estar relacionada con el avance de la enfermedad. La edad tiene que ver con la manifestación de dolor: así los ancianos manifiestan menos el dolor que las personas de edades intermedias o los jóvenes.

Los factores psicológicos son uno de los componentes más complejos del modelo. Se incluyen tanto variables cognitivas y afectivas. Las variables afectivas consideran el estado de ánimo antes o después del síntoma. Es la respuesta afectiva a la enfermedad o los síntomas. Entonces la ira, rabia, o depresión, que puede presentar una persona que enfrenta el diagnóstico de enfermedad terminal influenciaría la experiencia de los síntomas. La variable cognitiva que puede afectar la experiencia de los

síntomas incluye el grado de incertidumbre que lo rodea y su repertorio de habilidades de afrontamiento cognitivo. La persona con enfermedad oncológica avanzada que posee recursos cognitivos de afrontamiento presentará una experiencia de síntomas menos intensa que una persona que no posee las habilidades necesarias.

Los factores situacionales abarcan el entorno social y físico del individuo. Así el entorno cultural puede hacer variar la expresión de síntomas, porque hay un componente aprendido a interpretar y a expresar. También están relacionados con el acceso a recursos financieros, a la atención de los servicios de salud en forma oportuna, eficaz y eficientemente, cuidado por personal con las competencias para el tratamiento de síntomas físicos oncológicos o no oncológicos y el abordaje adecuado de la problemática psicológica. Este aspecto es de reconocida importancia, y es imprescindible, abordar con máximo esfuerzo las demandas de cuidado, pues, se reconoce que no es posible eliminar la enfermedad (causa de los síntomas), pero sí, el manejar los factores situacionales que influyen positivamente (o negativamente) en los resultados de la experiencia de los síntomas.

Un ejemplo que involucra los 3 factores influyentes de una enfermedad oncológica avanzada en cuidados paliativos, que causa alteraciones fisiológicas, puede comprometer el estado de ánimo (psicológico), y a su vez la falta de apoyo social (situacional) determina una carencia de

cuidados, que puede influenciar fuertemente la experiencia del o de los síntomas. En el caso de una persona con cáncer cervicouterino avanzado, que por su invasión tumoral, presenta compromiso de la función renal y digestiva. La metástasis ósea provoca dolor y dificultad para movilizarse (factor fisiológico); el estado de ánimo depresivo (factor psicológico) se combina con la falta de asistencia oportuna (factor situacional), por consiguiente, es probable que los síntomas que ella experimenta de dolor, estreñimiento, náuseas y anorexia sean mucho más intensos y angustiosos. Además, la misma situación, condiciona que permanezcan en el tiempo estos síntomas por la falta de asistencia, generando consecuencias más nefastas en la experiencia de los síntomas. Por el contrario según se evidencia, los pacientes oncológicos que presentan mejor experiencia ante los síntomas, son los que perciben mayor apoyo del equipo o satisfacción del cuidado (factor situacional), sumado a un afrontamiento positivo por aceptación de la enfermedad (factor psicológico).

Las autoras de la teoría señalan según la evidencia, que los factores influyentes pueden variar en importancia como predictores de la experiencia de síntomas de un estudio a otro. A pesar de ello, los factores psicológicos son los que se evidencian como los de mayor frecuencia en la predicción de la experiencia de síntomas. Esto es coincidente con la evidencia en el área de cuidados paliativos. (31)

2.2.2.3 Consecuencia de la experiencia del síntoma o rendimiento: es el componente final de la teoría de los síntomas desagradables, es el «resultado o efecto de la experiencia del síntoma sobre la capacidad del individuo para funcionar que incluye habilidades cognitivas, motoras y de comportamiento social. Las consecuencias pueden abarcar varias dimensiones: la actividad física y la discapacidad; el desempeño del rol funcional que incluye la comprensión, el aprendizaje, la concentración y la resolución de problemas; y además de la interacción social. Un síntoma o un conjunto de síntomas pueden generar una serie de consecuencias en la experiencia del síntoma. Un síntoma inmediato puede generar resultados primarios o secundarios, inmediatos o tardíos. Una persona que vive sola y que presenta una metástasis ósea en la columna vertebral, le genera gran dolor e incapacidad para moverse (dimensión física), no podrá relacionarse con el grupo que normalmente frecuenta (dimensión social) generándole un aislamiento social, además de una creciente necesidad de cuidados dependientes (resultados inmediatos y primarios), que de no ser satisfechos podrían deteriorar aún más los resultados de la experiencia de los síntomas (calidad de vida). (32)

Es posible a partir de la teoría construir sub-escalas que midan los elementos del modelo para evaluar las intervenciones de enfermería de proceso (síntomas, factores influyentes, consecuencias) más que de resultados globales (calidad de vida). Este es el real aporte de la teoría de

los síntomas desagradables a la práctica y a la investigación de enfermería en los cuidados paliativos. (33)

2.3 Definición de Términos

2.3.1 Cuidado

Cuidado es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar.

2.3.2 Cuidado Enfermero

Es el conjunto de funciones que desarrolla la enfermera(o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico – científico, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud – enfermedad.

2.3.3 Cáncer.

Tumor maligno, duro o ulceroso, que tiende a invadir y destruir los tejidos orgánicos circundantes.

2.3.4 Cáncer Gástrico

El cáncer gástrico (CG) es un crecimiento descontrolado de las células que cubren la superficie interna del estómago. Estas células pueden invadir el resto de la pared gástrica y luego diseminarse a otros órganos o sistemas (ganglios linfáticos, hígado, peritoneo o pulmón).

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional, se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de los registros de enfermería del servicio de Hospitalización varones Julián Arce del Hospital Nacional Dos de Mayo, se realizó la revisión de los libros de registro de ingresos y egresos de los pacientes atendidos en los periodos 2014-2016

Las fuentes de recolección de datos fueron:

Manual de Procedimientos, Guías de Procedimientos asistenciales y Manual de Organización y funciones del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Dos de Mayo.

3.2 Experiencia Profesional

Mi formación universitaria fue en la Universidad Nacional del Callao titulándome como licenciado en el año 2002. El Servicio Rural urbano Marginal de Salud (SERUMS) lo realice en el centro de Salud Jamalca en el Departamento de Amazonas, Provincia de Utcubamba en Octubre del 2002 a Setiembre del 2003.

Desde Diciembre del 2003 inicié mi labor profesional como enfermero asistencial en el Hospital Nacional Dos de Mayo rotando en los Servicios de Áreas Críticas como la unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Recuperación Postoperatoria, Cirugía y desde el 2007 en servicios de

Medicina Hospitalización varones que alberga pacientes adultos mayores y/o geriátricos en su mayoría. Me considero una persona que gusta en desempeñar funciones que se relacionan con la atención directa de las personas, mostrando responsabilidad en las actividades encomendadas.

En los servicios de Medicina tengo la oportunidad de cuidar pacientes con una gran diversidad de patologías como Diabetes, cirrosis Hepática. Leucemias Neumonías, Neoplasias Malignas Gástricas, Desordenes cerebrovasculares, entre otros.

En el servicio de Medicina realice los cuidados de Enfermería entre ellos: administración de tratamiento de acuerdo a las pautas indicadas por el médico tratante y elaborando un plan de cuidados para cada paciente según la enfermedad que padece. Mi objetivo profesional es adquirir más experiencia.

Mi actual objetivo profesional es desarrollarme laboralmente en la atención y cuidado de las personas de la tercera edad.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe.

En los servicios de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, se encontró pacientes con neoplasia Maligna Gástrica en gran demanda, los cuales ingresan mayormente por las complicaciones que pueden presentar como perforación tumoral, estenosis pilórica o Hemorragia Gástrica. El rol como profesional de Enfermería es cuidar al paciente de forma individual de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Las funciones específicas de la enfermera(o) del servicio de Enfermería de Medicina son:

- a) Ejecutar los cuidados de enfermería aplicando los procesos y protocolos solucionándose de esta manera las necesidades del paciente a través del equipo de salud.
- b) Conocer y propiciar el uso adecuado de los equipos manteniendo su operatividad realizando un uso racional de los materiales, garantizando que la atención del paciente sea de calidad.
- c) Mantener ordenadas las historias clínicas y registros con los datos completos de los pacientes hospitalizados para tener una buena información estadística.
- d) Aplicar técnicas vigentes y protocolos en la administración de medicamentos realizando el reporte de las Reacciones adversas a medicamentos.
- e) Tomar decisiones adecuadas y oportunas al presentarse problemas relacionadas al cuidado de enfermería en el paciente.
- f) Cumplir con el tratamiento médico indicado.
- g) Realizar el reporte de enfermería verbal y escrito paciente por paciente para valorar y evaluar la evolución del paciente comunicando al médico de guardia cualquier complicación.
- h) Actualizar el kárdex de enfermería en ausencia de la enfermera jefa para cumplir y hacer cumplir el tratamiento indicado al paciente.

- i) Efectuar los registros de enfermería en los diferentes turnos, garantizando la calidad de la información que contribuirá a la pronta recuperación del paciente.
- j) Realizar y ser responsable del funcionamiento administrativo, asistencial y docente en el área de enfermería durante el turno, dando el cumplimiento a las normas y procedimientos vigentes relacionado con el paciente.
- k) Realizar programas de educación en los servicios de Medicina para prevenir y mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno.
- l) Cumplir las normas de bioseguridad, para garantizar el control adecuado de las infecciones intrahospitalarias, en los Servicios de Medicina.
- m) Participar en las actividades de capacitación e investigación que realizara el personal profesional de las salas de medicina.
- n) Participar en las reuniones técnicas convocadas por la enfermera(o) jefe del servicio.
- o) Supervisar y evaluar las actividades y permanencia del personal técnico durante del turno.
- p) Realizar informe de ocurrencias ante cualquier eventualidad que se presente durante su turno.
- q) Velar por el buen uso y mantenimiento de los bienes del servicio de medicina durante su turno.

- r) Realizar entrega del reporte del servicio a la enfermera supervisora en ausencia de la enfermera(o) jefa.

Las demás funciones que le asigne su jefe(a) inmediato.

Los cuidados de Enfermería realizado en la atención del paciente gerente con Neoplasia Maligna Gástrica son:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, duración, intensidad o gravedad del dolor.
- Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse.
- Asegurar que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondiente. - Considerar las influencias culturales sobre el dolor.
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura, ruidos , iluminación)
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, retroalimentación, distracción...) antes, después y durante el dolor, si es posible.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Utilizar medidas de control antes de que éste sea muy intenso.

- Asegurar la analgesia y/o estrategias no farmacológicas previas al tratamiento antes de los procedimientos dolorosos.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio de dolor a través de una valoración continua de la experiencia.
- Notificar al médico si las medidas no tiene éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.
- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis, frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos cuando se prescriba más de uno.
- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo.
- Elegir la vía i.v., en vez de i.m., para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de analgesia, especialmente con dolor intenso.
- Controlar los signos vitales antes y después de administrar los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.

- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.
- Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos.
- Mantener una vía IV permeable
- Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre
- Observar los niveles de hemoglobina y hematocrito.
- Vigilar pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos)
- Vigilar signos vitales cuando proceda.
- Asistir a la paciente que deambula en caso de hipotensión.
- Instruir a la paciente para que evite cambios posturales bruscos como sedentación y bipedestación.
- Mantener un flujo de líquidos IV constante.
- Disponer de productos sanguíneos para transfusión si procede
- Realizar balance hídrico estricto.
- Control de electrolitos y perfil de coagulación si procede.
- Comprobar el funcionamiento neurológico.

Innovaciones y Aportes

Con la experiencia que tengo pude aportar la elaboración de una Guía en Intervención de Cuidados de Enfermería a pacientes con Neoplasia maligna Gástrica.

Limitaciones para el desempeño profesional

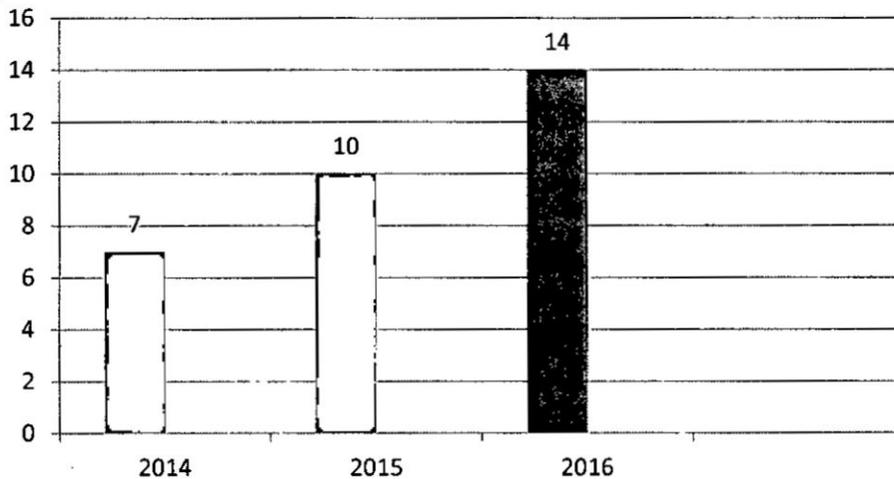
Se tiene limitaciones en el cuidado del paciente tales como: falta de personal asistencial, falta de insumos (medicamentos, pañales).

No se cuenta con una Base de datos digitalizados en el servicio sobre pacientes con esta patología. Anteriormente en la Sala de San Andrés solía elaborar una sola enfermera quien asumía todos los ingresos de los pacientes de las distintas especialidades, la cual recargaba la labor de la enfermera y la atención al paciente se hacía lenta.

IV. RESULTADOS

GRAFICA 4.1

**ATENCIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA EN EL SERVICIO JULIÁN ARCE
DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, 2014 - 2016**



Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio Julián Arce, HNDM

En la grafica 4.1, se observa que el año 2014 se tuvo un total de 7 pacientes adultos mayores con diagnóstico de Neoplasia Maligna Gástrica, la cual fue aumentando para el 2015 con un total de 10 pacientes, se ha observado que el ingreso de pacientes con esta patología ha ido incrementándose, es así que el año 2016 se atendió a un total de 14 pacientes.

CUADRO 4.1

**CUADRO COMPARATIVO ENTRE NUMERO DE CASOS DE
NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA POR EDADES Y AÑOS EN EL
SERVICIO DE JULIÁN ARCE DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE
MAYO, 2014 - 2016**

EDAD/AÑOS	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
60 a 65 años	1	14.3%	2	20%	4	28.6%	7	22.6%
66 a 70 años	2	28.6%	3	30%	4	28.6%	9	29%
+ de 70 años	4	57.1%	5	50%	6	42.8%	15	48.4%
TOTAL	7	100%	10	100%	14	100%	31	100%

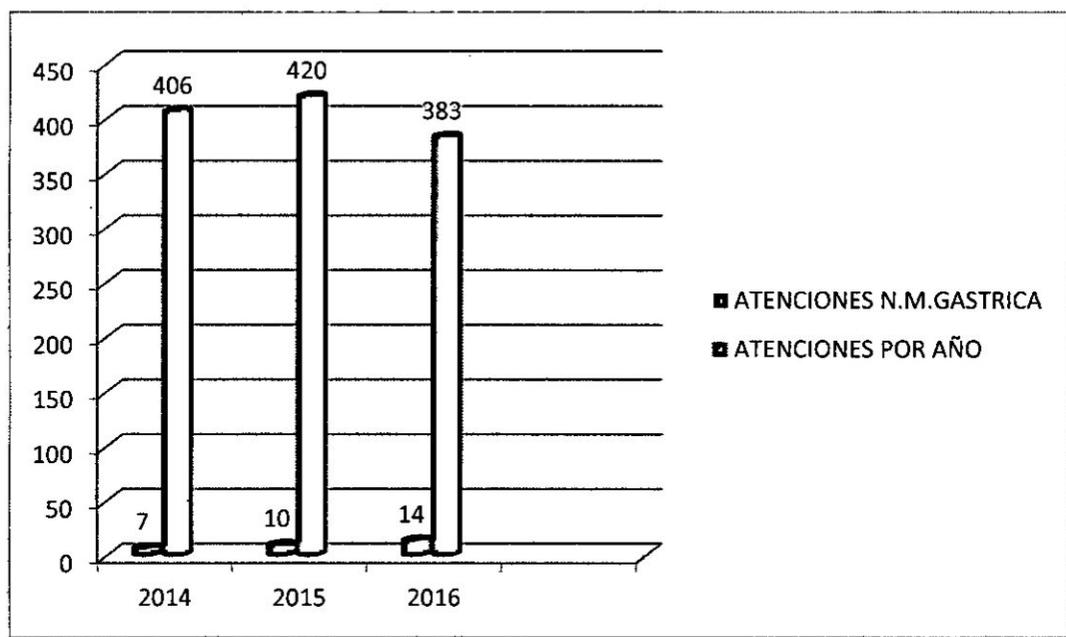
Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio Julián Arce, HNDM

En el cuadro 4.1 se observa que el mayor número de casos de Neoplasia Maligna Gástrica se encuentra en el grupo atareo de más de 70 años y el grupo etéreo de menor incidencia es de 60 a 65 años.

GRAFICA 4.2

NUMERO DE ATENCIONES POR AÑO Y ATENCIONES A PACIENTES ADULTOS MAYORES CON NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA EN EL SERVICIO JULIÁN ARCE DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

2014 - 2016

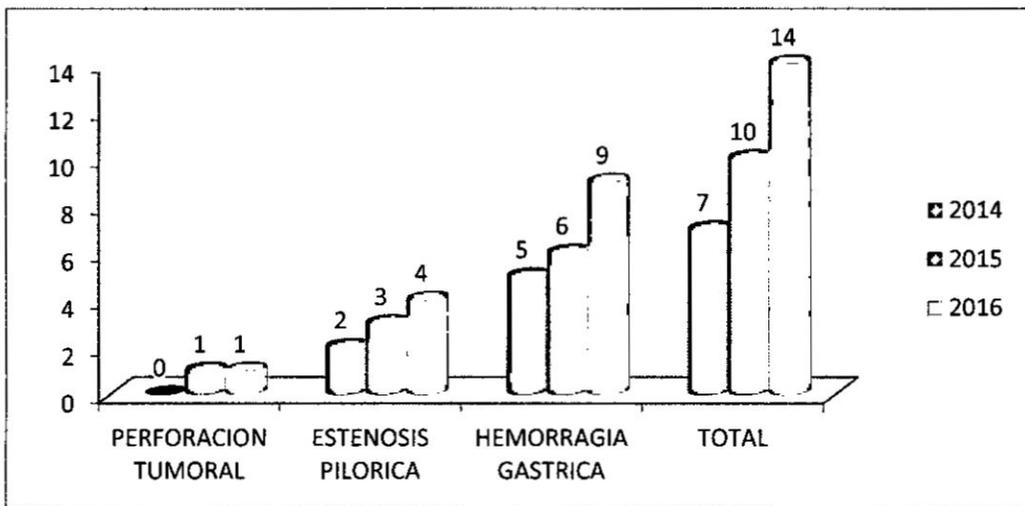


Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio Julián Arce, HNDM

En la grafica 4.2, se observa que entre el año 2014 a 2016 se tuvo un total de 31 pacientes adultos mayores atendidos con diagnóstico de Neoplasia Maligna Gástrica, la cual representa el 2.6% del total de números de pacientes atendidos por año en dicho servicio.

GRAFICA 4.3

PACIENTES ADULTOS MAYORES CON NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA Y COMPLICACIONES EN EL SERVICIO JULIÁN ARCE DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, 2014 – 2016



Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio Julián Arce, HNDM

En la gráfica 4.3, se observa que entre el año 2014 a 2016 la Hemorragia digestiva ocupa el primer lugar en incidencia con 20 casos; esto representa más del 50% del total de pacientes con Neoplasia Maligna Gástrica entre esos años. La perforación tumoral y la estenosis pilórica es la que tiene 11 casos siendo las complicaciones menos frecuente.

V. CONCLUSIONES

- a) Se logró elaborar una guía de cuidados para pacientes gerontos con neoplasia maligna gástrica, el cual favorecerá al personal de enfermería, a la institución y al paciente.
- b) Los años de experiencia (10 años) en el Hospital Nacional Dos de Mayo en los servicios de Medicina hospitalización Varones donde albergan en su mayoría pacientes adultos mayores de 60 años me han servido para tener mayores habilidades y destrezas en la atención y manejo de pacientes con Neoplasia Maligna Gástrica.
- c) Las intervenciones de enfermería deben sustentarse con una base teórica, realizando siempre un PAE para la mejor atención humana y cálida a nuestros pacientes.
- d) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente con Neoplasia Maligna Gástrica.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda el uso de la guía de cuidados de enfermería para el paciente geronto con neoplasia maligna gástrica.
- b) Se recomienda tener personal de enfermería especialista en gerontología y geriatría, así mismo contar con personal suficiente para el cuidado de los pacientes.
- c) El profesional de enfermería debe de estar en continua capacitación, ello permitirá mejorar nuestros cuidados, objetivos y acciones que favorecerán en la atención del paciente. Es importante que el profesional de enfermería ponga en práctica todas sus habilidades en el cuidado y/o proceso de atención de enfermería que beneficiará en nuestra atención de todos nuestros pacientes; de esta manera permitirá su pronta mejoría y recuperación.
- d) Todo Servicio debe contar con el personal completo; es muy importante el recurso humano para así prestar una buena atención de calidad y calidez a nuestros pacientes y una pronta atención; pues estos últimos años se ha visto incrementado los ingresos de pacientes adultos mayores con esta enfermedad en el área de Medicina Interna.
- e) Se debe implementar, gestionar la creación de un servicio de Geriatría.

VII. REFERENCIALES

1. LENZ E, PUGH L. Theory of Unpeasant Symptoms. In: Smith M, Liehr P, editors. Middle Range Theory for Nursing. Second ed. NY: 2008.
2. CERVANTES RUIPÉREZ A. Y OTROS. Oncología - cáncer gástrico. España .2007 .Editorial ARAN.S.L
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cáncer. Nota descriptivaN°297. Febrero 2015.
4. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA MÉDICA. Incidencia de cáncer en España en el 2012.
5. ASOCIACIÓN MEXICANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. 2015
6. AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer Facts. Figures 2016. Atlanta, American Cancer Society; 2016.
7. MINSA. PLAN DE ESPERANZA DEL MINISTERIO DE SALUD. 2015.
8. Boletín epidemiológico de la mortalidad por cáncer. 2011. Dirección ejecutiva de Vigilancia Epidemiológica.
9. Libro de Registros de Ingresos y Altas del Servicio Hospitalización Medicina Varones de Julián Arce del Hospital Nacional Dos de Mayo.
10. DE LA FUENTE, C. Y COLS. "Síndrome terminal de enfermedad". Máster Line, Madrid, 2000.

11. OÑATE OL, MONDRAGÓN SR, RUIZ RJ, Cáncer Gástrico Revista. Gastroenterología. México. 1997
12. MARRINER-TOMEY, ANN., RAILE ALLIGOW, M. (1999) Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta edición. Ed. Harcourt Brace. España.
13. MARRINER-TOMEY, A. 2007. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid: Elsevier 6ª edición
14. SANTO-TOMÁS PÉREZ, M. 2003. "Historia de la Enfermería". En FERNÁNDEZ FERRÍN, C. [et al] Enfermería Fundamental. Barcelona: Masson.
15. MARITZA ESPINOZA V. , VALENZUELA SUAZO S. Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica. Chile. 2010
16. SÁNCHEZ B. Utilidad de los modelos de enfermería en la práctica. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002.
17. LENZ E, PUGH L. Theory of Unpeasant Symptoms. In: Smith M, Liehr P, editors. Middle Range Theory for Nursing. Second ed. NY: 2008.
18. LUIS RODRIGO, M.T. [et al] 2005. De la Teoría a la práctica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson 3º edición.

19. DE LA FUENTE, C. Y COLS. "Síndrome terminal de enfermedad". Master Line, Madrid, 2000.
20. GÓMEZ SANCHO, M.; OJEDA MARTÍN, M. "Cuidados paliativos: Control de síntomas". Asta Médica, 1999.
21. LAMELO ALFONSIN, F. " Control de síntomas en el paciente terminal" . 2002
22. ARCE GARCÍA, C.; CUESTA CASTRO, B.; FERNANDEZ RODRÍGUEZ.; Y OTROS. "Control de síntomas" en Jornadas de Oncología y Atención Primaria. Oviedo. 2002.
23. BENÍTEZ DEL ROSARIO, MA.; LLAMAZARES GONZÁLEZ, AI; GARCÍA GONZÁLEZ, G. "Cuidados Paliativos". Recomendaciones Semfyc. Edide. Barcelona, 1998.
24. SAUNDERS, C. "Cuidados de la enfermedad maligna terminal". Salvat. Barcelona, 1998.
25. BONDJALE, T.; ALBURQUERQUE, E., FERRER, M. "Medidas no farmacológicas del tratamiento del dolor" en Cuidados paliativos en Oncología. JIMS, Barcelona, 1996
26. GÓMEZ SANCHO, M. "Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales". ICEPPS, 1994.
27. ASTUDILLO, W.; MENDINUETA, C.; ASTUDILLO, E. "Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia" EUNSA, Navarra, 1997.

28. BORDES, P.; BORRÁS, E.; LOZANO M. “ Intervenciones de enfermería en el enfermo terminal y su familia por un equipo de atención domiciliaria sociosanitaria” ENFERMERÍA CLÍNICA, 1994.
29. CSENDES, A. Cáncer gástrico. En: Arratzoa. Cáncer Diagnóstico y Tratamiento. Chile. Editorial Mediterráneo. 1997.
30. FARRERAS, ROZMAN. Medicina Interna. 14 ed. España. Editorial Harcourt. 2000
31. MEDINA, E. Epidemiología del cáncer. En: Arratzoa. Cáncer Diagnóstico y Tratamiento. Chile. Editorial Mediterráneo. 1997.
32. VENTURELLI A., BUTTE J.M., VENTURELLI F., WERNER A. Cáncer gástrico. Características clínicas, histopatológicas y terapéuticas. Cuad. Cir. 2001.
33. HARRISON .Principios de Medicina Interna. 15 ed. Mexico Ed. Mc Graw Hill Interamericana 2002. Vol I.
34. YAN-QUIROZ E., DÍAZ-PLASENCIA J., BURGOS-CHAVEZ O., et al. Factores pronósticos de sobrevida quinquenal de pacientes con carcinoma gástrico avanzado resecable con serosa expuesta. rev. gastroenterol. 2003.

ANEXOS



Cuidados de enfermería a pacientes adultos mayores
con neoplasia maligna gástrica.



Cuidados de enfermería a pacientes adultos mayores
con neoplasia maligna gástrica.



Ministerio de Salud

nas

HOSPITAL NACIONAL

“DOS DE MAYO”

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**DEPARTAMENTO DE
ENFERMERÍA**

Servicio de Medicina

Julián Arce

2017

I. TITULO: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA.

II. FINALIDAD.

La presente guía, pretende estandarizar intervenciones y cuidados de enfermería a los pacientes diagnosticados de Neoplasia Maligna Gástrica, en el Servicio de Medicina Julián Arce del Hospital Nacional Dos de Mayo. Por otro lado pretende mejorar la atención de salud a las personas con este diagnóstico, garantizar la continuidad del manejo y control de los procesos en el tercer nivel de atención.

III. OBJETIVOS.

El objetivo principal es optimizar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en todas sus etapas en los pacientes diagnosticados de Neoplasia Maligna Gástrica, estableciendo un estándar de criterios, procesos e intervenciones en el cuidado de enfermería a pacientes con esta enfermedad.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Se aplicará esta guía en todos los servicios de Enfermería de las diferentes áreas del Hospital Nacional Dos de Mayo, y se espera que posteriormente se aplique en otros establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional con énfasis en los Establecimientos de Salud con nivel de atención II y III.

V. NOMBRE DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS A ESTANDARIZAR.

Intervención de Enfermería en Pacientes con Neoplasia Maligna Gástrica.

VI. CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA.

En el Perú, como en muchos países, el Cáncer Gástrico continúa siendo la causa más frecuente de muerte por cáncer del tubo digestivo. La sintomatología que presenta esta enfermedad es muy amplia: Anorexia, disfagia, náuseas, vómito, dolor abdominal, distensión

El estómago presenta dos curvaturas, una mayor dirigida hacia la izquierda y otra menor dirigida hacia la derecha. El interior del estómago está cubierto por una mucosa con muchos pliegues. Esta mucosa contiene multitud de glándulas que se encargan de producir una serie de sustancias (enzimas) que continúan el proceso de la digestión que se inició con la masticación. Rodeando a esta capa se encuentra la submucosa, que a su vez está recubierta por una capa muscular, constituida por múltiples fibras que le confieren resistencia y permiten la mezcla de los alimentos. Su exterior está recubierto por una membrana denominada serosa o peritoneo.

b. NEOPLASIA MALIGNA

Es una alteración de la proliferación y, muchas veces, de la diferenciación celular, que se manifiesta por la formación de una masa o tumor.

Una neoplasia (llamada también tumor o blastoma) es una masa anormal de tejido, producida por multiplicación de algún tipo de células; esta multiplicación es descoordinada con los mecanismos que controlan la multiplicación celular en el organismo, y los supera. Además, estos tumores, una vez originados, continúan creciendo aunque dejen de actuar las causas que los provocan. La neoplasia se conoce en general con el nombre de cáncer. La mayoría de las neoplasias se manifiestan macroscópicamente por una masa localizada, más o menos delimitada, que altera la arquitectura del órgano. Cuando la neoplasia aún no es visible a ojo desnudo, el examen microscópico revela distorsión local de la anatomía microscópica del órgano o tejido afectado.

Las células de la neoplasia son descendientes de células del tejido en que se origina, las que en algún momento expresan una alteración interna mediante la proliferación descontrolada. Si el aporte nutricional y de oxígeno son adecuados puede alcanzar varios kilos de peso, aunque esto es infrecuente.

6.2 CONCEPTOS BÁSICOS.

a. NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA

es un tipo de crecimiento celular maligno producido con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos, en particular el esófago y el intestino delgado, causando cerca de un millón de muertes en el mundo anualmente. En las formas metastásicas, las células tumorales pueden infiltrar los vasos linfáticos de los tejidos, diseminarse a los ganglios linfáticos y, sobrepasando esta barrera, penetrar en la circulación sanguínea, después de lo cual queda abierto virtualmente el camino a cualquier órgano del cuerpo.

6.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS.

a. RECURSOS HUMANOS.

- ✓ Enfermera/o.
- ✓ Técnico en Enfermería.

b. RECURSOS MATERIALES

Material fungible

- ✓ Registros de enfermería.
- ✓ Dispositivos de Oxígeno.
- ✓ Termómetro.
- ✓ Jeringas.
- ✓ Esparadrapo.
- ✓ Sondas Nasogástricas N° 16.
- ✓ Vendas elásticas
- ✓ Guantes quirúrgicos.
- ✓ Tubos de mayo.
- ✓ Volutrol.
- ✓ Cloruro de sodio al 0. 9%.
- ✓ Alcohol yodado.
- ✓ Tegaderm.
- ✓ Abocats o Bránulas.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Algodón.
- ✓ Llave de 3 vías.
- ✓ Jeringa de alimentación

Material no fungible.

- ✓ Coche de enfermería.
- ✓ Flujómetro.
- ✓ Humidificador.

Medicamentos

- ✓ Antibióticos
- ✓ Oxígeno.
- ✓ Analgésicos
- ✓

Equipos.

- ✓ Pulsoxímetro
- ✓ Tensiómetro
- ✓ Aspirador.
- ✓ Electrocardiógrafo
- ✓ Espirómetro.
- ✓ Estetoscopio

c. CONSENTIMIENTO INFORMADO

No aplica.

VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

7.1 INDICACIONES.

INDICACIONES ABSOLUTAS: En pacientes diagnosticados con Neoplasia Maligna Gástrica y que requieren cuidados de enfermería.

7.2 CONTRAINDICACIONES.

No aplica.

7.3 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO (PLAN DE CUIDADOS)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ACTIVIDADES	RESULTADOS (NOC)
00126 Conocimientos deficientes relacionado con Mala interpretación de la información, poca familiaridad con las fuentes de información y falta de exposición manifestado por, Verbalización del problema, seguimiento inexacto de las instrucciones.	El paciente manifestará haber comprendido el proceso de su enfermedad y estar satisfecho con la información recibida	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con la hemoptisis. - Proporcionar información al paciente acerca de la hemoptisis. - Proporcionar información a la familia / ser querido acerca de los progresos del paciente, si procede. - Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y / o controlar el proceso de la enfermedad. 	1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad. 1814 Conocimiento: procedimiento terapéutico.
		5618 Enseñanza: procedimiento / tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir /minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, si procede. - Informar al paciente/ ser querido acerca de cuándo y donde tendrá lugar el procedimiento / tratamiento, si procede. - Informar al paciente/ ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento / tratamiento. - Explicar el procedimiento / tratamiento y describir las actividades. - Enseñar al paciente cómo cooperar / participar durante el procedimiento / tratamiento, si procede. - Informar al paciente en la forma en que puede ayudar en la recuperación. - Proporcionar información sobre cuándo y dónde estarán disponibles los resultados y la persona que los explicará. 	

<p>00015 Dolor relacionado con agentes lesivos manifestado por cambios en la presión arterial, cambios en la respiración y cambios en el pulso.</p>	<p>El paciente manifestara la disminución del dolor</p>	<p>1400 Manejo del dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, duración, intensidad o gravedad del dolor. - Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse. - Asegurar que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondiente. - Considerar las influencias culturales sobre el dolor. - Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. - Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura, ruidos , iluminación) - Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, retroalimentación, distracción...) antes, después y durante el dolor, si es posible. - Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. - Utilizar medidas de control antes de que éste sea muy intenso. - Asegurar la analgesia y/o estrategias no farmacológicas previas al tratamiento antes de los procedimientos dolorosos. -Evaluar la eficacia de las medidas de alivio de dolor a través de una valoración continua de la experiencia. - Notificar al médico si las medidas no tiene éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente. <p>Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis, frecuencia del analgésico prescrito. - Comprobar el historial de alergias a medicamentos. - Elegir el analgésico o combinación de analgésicos cuando se prescriba más de uno. - Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo. 	<p>2102 Nivel del dolor</p>
<p>00027 Déficit de volumen de líquidos relacionado con la hemorragia</p>	<p>Disminuir el déficit de volumen de líquidos</p>	<p>2210 Administración de analgésicos.</p> <p>4180 Manejo de la hipovolemia</p>		<p>1605 Control del dolor</p> <p>0409 Estado de coagulación.</p> <p>040902 Sangrado</p> <p>0600 Equilibrio electrolítico y ácido-base</p>

<p>manifestado por debilidad</p> <p>00069 Afrontamiento ineficaz relacionado con incertidumbre, alto grado de amenaza manifestado por empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa, trastornos del patrón del sueño</p>	<p>El paciente afrontara el proceso de su enfermedad y Mostrara una conducta adaptativa.</p>	<p>5230 Mejorar el afrontamiento</p> <p>1850 Mejorar el sueño</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elegir la vía i.v., en vez de i.m., para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible - Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de analgesia, especialmente con dolor intenso. - Controlar los signos vitales antes y después de administrar los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales. - Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. - Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos. - Mantener una vía IV permeable - Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre - -Observar los niveles de hemoglobina y hematocrito. - Vigilar pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos) - Vigilar signos vitales cuando proceda. - Asistir a la paciente que deambula en caso de hipotensión. - Instruir a la paciente para que evite cambios posturales bruscos Como sedentación y bipedestación. <ul style="list-style-type: none"> - Mantener un flujo de líquidos IV constante. -Disponer de productos sanguíneas para transfusión si procede - Realizar balance hídrico estricto. - Control de electrolitos y perfil de coagulación si procede. - Comprobar el funcionamiento neurológico. 	<p>1300 Aceptación: estado de salud.</p> <p>1302 Afrontamiento de problemas.</p> <p>0004 Sueño.</p>
---	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none">-Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y preocupaciones-Valorar el impacto de la situación actual en los papeles y roles de la paciente-Proporcionar información objetiva acerca del tratamiento, diagnóstico y pronóstico<ul style="list-style-type: none">- Ayudar a la paciente a realizar un análisis de la objetivo de la realidad - Determinar el patrón del sueño de la paciente- Enseñar técnicas de relajación <p>Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de irse a la cama.</p>	
--	--	--	--	--

7.4 COMPLICACIONES.

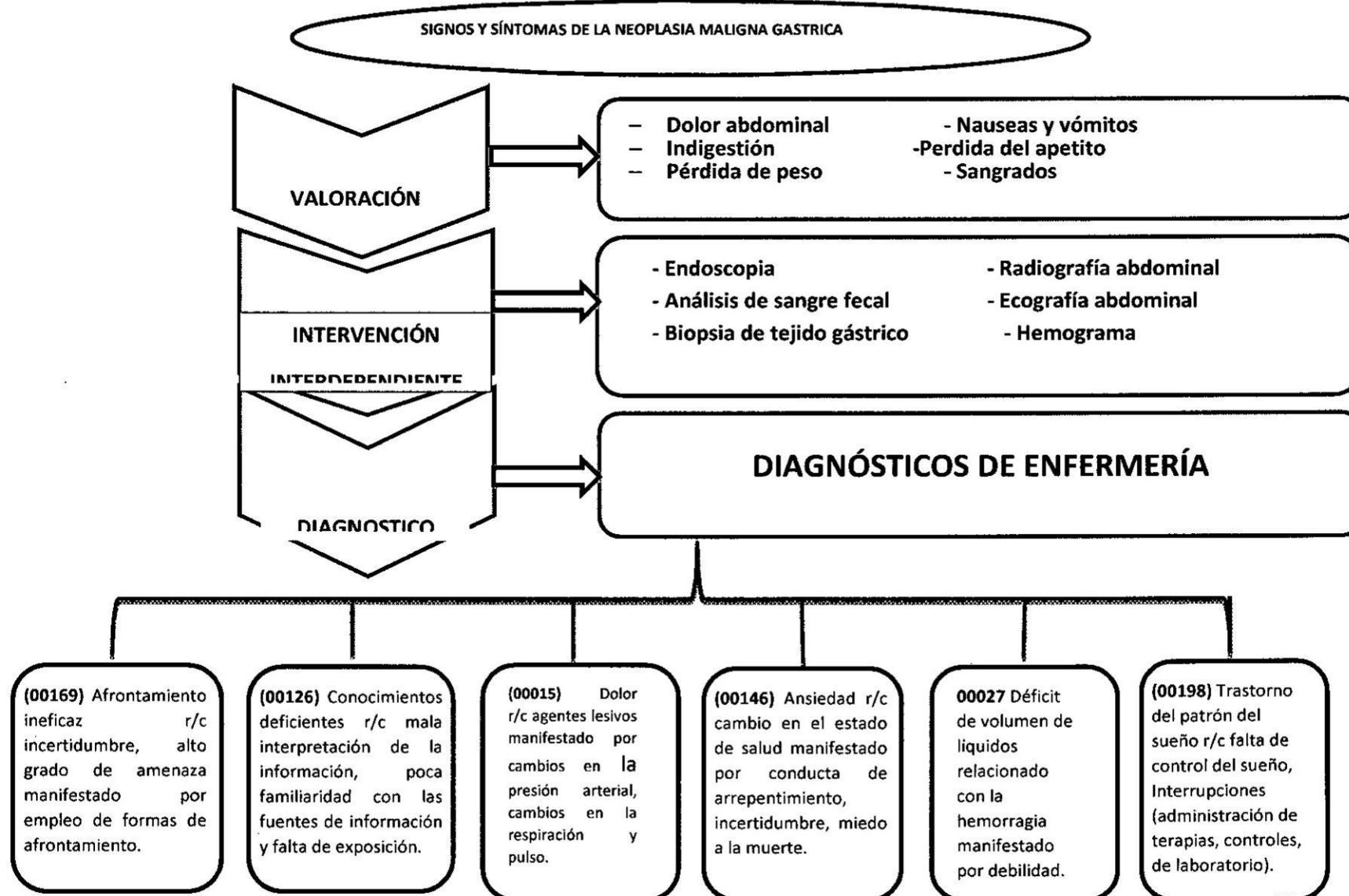
- a. Hemorragias gástricas
- b. Perforación Tumoral
- c. Estenosis pilórica

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. CRAWFORD JM. Carcinoma Gástrico. En COTRAN RS, KUMAR V, ROBBINS SL, EDS. Patología Estructural y Funcional. 5.º Edición en español. Madrid, Mc Graw Hill Interamericana, 1995:
2. ESPEJO HR. Cáncer Gástrico (editorial). Rev. Gastroent. Perú 1996; 16:12
3. GUEVARA R, MOYA L, VARGAS H. Cáncer de estómago en Costa Rica. Incidencia y Mortalidad. Bol Of Sanit Panam. 1988; 105
4. NAGO A. Epidemiología de las Enfermedades Digestivas: Enfermedades del Aparato Digestivo en el Perú. En ZAPATA CS, Ed. Gastroenterología III Lima, Sociedad de Gastroenterología del Perú, 1994: 5-15.
5. DIAZ PLASENCIA J, TANTALEAN E, GUZMAN R, URTECHO F, SALINAS E. Tratamiento Quirúrgico del Carcinoma gástrico. Acta Cancerológica 1997;
6. HERDMAN, TH. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación. 2012-2014. Barcelona. Edit. Elsevier
7. GLORIA M. BULECHEK, HOWARD K. BUTCHER, JOANNE M. DOCHTERMAN, CHERYL M. WAGNER, Nursing Interventions Classification (NIC)- Clasificación de Intervenciones de Enfermería, 6ª Edición. Edit: Elsevier. 2014. Barcelona.
8. SUE Moorhead PhD, MARION Johnson PhD, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Nursing Outcomes Classification (NOC) Clasificación de Resultados de Enfermería, 5ª Edición. Edit: Elsevier. 2014. Barcelona.
9. GALLO JL. Manejo del quiste simple de ovario en la mujer postmenopáusica. Toko-Gin Pract. 2009; 68(1): 1-5.
10. Protocolo número 7 de endoscopia ginecológica. Tratamiento laparoscópico de las masas anexiales. Prog Obstet Ginecol 2006; 49(7): 410-414.

ANEXO N° 01

ALGORITMO: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA GASTRICA



ANEXO N° 02

ALGORITMO: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA. NEOPLASIA MALIGNA GASTRICA

(00015) Dolor r/c agentes lesivos manifestado por cambios en la presión arterial, cambios en la respiración y pulso.

Resultados e indicadores evaluativos:

1. Nivel del dolor.

2. Control del dolor

Intervenciones:

1. Manejo del dolor.
2. Administración de analgésicos.

ACTIVIDADES

<p>realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, duración, intensidad y gravedad del dolor.</p> <p>Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse.</p> <p>asegurar que el paciente reciba los datos analgésicos respondiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Considerar las influencias culturales sobre el dolor. - Explorar con el paciente los factores que alivian empeoran el dolor. - Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura, ruidos, iluminación) 	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, retroalimentación, distracción...) antes, después y durante el dolor, si es posible. - Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio de dolor a través de una valoración 	<p>continua de la experiencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar. - Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis, frecuencia del analgésico prescrito. - Comprobar el historial de alergias a medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elegir el analgésico o combinación de analgésicos cuando se prescriba más de uno. - Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo. - Elegir a vía i.v. en vez de i.m., para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible.
--	--	---	--	--



EVALUAR INDICADORES

SI

MEJORIA

NO

CONTINUA HOSPITALIZACION

REEVALUACIÓN DE ENFERMERÍA Y COMUNICAR AL MEDICO

P
L
A
N
E
A
C
I
O

E
J
E
C
U
C
I
O
N

E
V
A
L
U
A
C
I
O

ANEXO N°04

ALGORITMO: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA.NEOPLASIA MALIGNA GASTRICA

(00027) Déficit de volumen de líquidos r/c la hemorragia manifestado por debilidad

Resultados e indicadores evaluativos:

1. Estado de coagulación.
2. Sangrado.
3. Equilibrio electrolítico v acido

Intervenciones:

1. Manejo de la Hipovolemia.

ACTIVIDADES

<ul style="list-style-type: none"> - Mantener una vía IV permeable - Observar los niveles de hemoglobina y hematocrito. - Vigilar pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos) - Vigilar signos vitales cuando proceda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistir a la paciente que deambula en caso de hipotensión. - Instruir a la paciente para que evite cambios posturales bruscos Como sedentación y bipedestación 	<ul style="list-style-type: none"> -Mantener un flujo de líquidos IV constante. -Disponer de productos sanguíneas para transfusión si procede -Realizar balance hídrico estricto. - Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre 	<ul style="list-style-type: none"> -Control de electrolitos y perfil de coagulación si procede. - Comprobar el funcionamiento neurológico.
--	---	---	--

EVALUAR INDICADORES

MEJORÍA

CONTINUA HOSPITALIZACION

SI

NO

REEVALUACIÓN DE ENFERMERÍA Y COMUNICAR AL MEDICO

P
L
A
N
E
A
C
I
O

E
J
E
C
U
C
I
O
N

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N



CAPÍTULO IV

Estructura Orgánica y Organigramas Estructural y Funcional Del Departamento de Enfermería

4.1 Estructura Orgánica

El Departamento de Enfermería es la unidad orgánica encargada de ejecutar las acciones y procedimientos de enfermería que aseguren la atención integral e individualizada del paciente de acuerdo a su grado de dependencia, diagnóstico y tratamiento médico, proyectando sus acciones a la familia y a la comunidad; depende de la Dirección General.

El Departamento de Enfermería tiene la siguiente estructura orgánica:

- Servicio de Enfermería de Consulta Externa.
- Servicio de Enfermería de Medicina.
- Servicio de Enfermería de Cirugía
- Servicio de Enfermería de Pediatría
- Servicio de Centro Quirúrgico.
- Servicio de Central de Esterilización
- Servicio de Central de Hotelería
- Servicio de Enfermería de Emergencia
- Servicio de Enfermería de Cuidados Críticos

a. Servicio de Enfermería de Consulta Externa:

Es la unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería de los consultorios externos, campañas de atención integral y de los programas de salud.

b. Servicio de Enfermería de Medicina:

Es la unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería a los pacientes hospitalizados en las salas de medicina.

c. Servicio de Enfermería de Cirugía:

Es la unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería a los pacientes quirúrgicos en pre y post operatorio en los servicios de Cirugía.

d. Servicio de Enfermería de Pediatría:

Es la unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería a los niños hospitalizados y en atención ambulatoria.

e. Servicio de Centro Quirúrgico:

Es la unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería a los pacientes antes y durante el acto quirúrgico, en la recuperación post anestésica inmediata.

f. Servicio de Central de Esterilización:

Es la unidad orgánica encargada de proporcionar a todos los servicios del hospital, material, insumos y equipos quirúrgicos en las condiciones idóneas de esterilidad para ser utilizados.

g. Servicio de Central de Hotelería

Es la unidad orgánica encargada de ofrecer confort a los usuarios, relativo a prendas y mobiliario hospitalario, en los distintos ambientes del Hospital.





h. Servicio de Enfermería de Emergencia:

Es una unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería a los pacientes adultos que lleguen al servicio de emergencia y que han sufrido un mal súbito con o sin riesgo inminente de muerte.

i. Servicio de Enfermería de Cuidados Críticos:

Es la unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería a los pacientes que llegan al servicio de cuidados críticos.





Organigrama Estructural:

