

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



**MANEJO DE PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO
EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL
NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ - ESSALUD.
HUANCAYO. 2014-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

ROCIO YANINA NAVARRO ZAMUDIO

**CALLAO, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rocio Navarro Zamudio', is written over the printed name.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	Secretaria
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 025

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 19/01/2018

Resolución de Decanato N°066-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. NAVARRO ZAMUDIO ROCIO YANINA

INDICE	Pág.
INTRODUCCION	2
CAPÍTULO I	4
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA	4
1.2. OBJETIVO	6
1.3. JUSTIFICACION	6
CAPÍTULO II	9
II. MARCO TEORICO O CONCEPTUAL O REFERENCIAL	9
2.1. ANTECEDENTES	9
2.2. MARCO CONCEPTUAL	14
2.3. DEFINICION DE TERMINOS	41
CAPÍTULO III	46
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	46
3.1. RECOLECCION DE DATOS	46
3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL	47
3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	49
IV. RESULTADOS	50
V. CONCLUSIONES	55
VI. RECOMENDACIONES	56
VII. REFERENCIALES	57

INTRODUCCION

En el Perú, el cáncer de estómago representa la segunda neoplasia maligna más frecuente en hombres y la tercera en frecuencia en mujeres, además de ser la causa de cáncer con mayor mortalidad en uno y otro sexo.

Según el informe mundial sobre el cáncer del 2014 (publicada por la Agencia Internacional para la investigación sobre el Cáncer (IARC), centro especializado que forma parte de la OMS), el análisis mundial de la morbilidad más completo realizado hasta la fecha, menciona que existe un aumento de la carga mundial del cáncer. En el 2012, la carga mundial del cáncer se elevó a un estimado de 14 millones de casos nuevos por año, una cifra que se espera que aumente a 22 millones al año en los próximos dos decenios. Durante el mismo periodo, las muertes por cáncer se prevé que aumente de un estimado de 8,2 millones al año a 13 millones por año.

El aumento de cáncer en todo el mundo es un gran obstáculo para el desarrollo humano y el bienestar. Estas nuevas cifras y proyecciones envían una fuerte señal de que es necesario una acción inmediata para hacer frente a este desastre humano, que toca todas las comunidades en todo el mundo, sin excepción.

Alrededor del 80% de los pacientes con cáncer que llegan a la consulta especializada lo hacen ya en estadíos avanzados de la enfermedad, en

los cuales el tratamiento es difícil, de alto costo y de bajo rendimiento. El manejo es complicado y el proceso repercute de manera negativa y significativa en el rendimiento laboral y en la vida personal de los pacientes y sus familias. La mejor manera de prevenir estas situaciones es a través de una adecuada orientación de las políticas públicas, particularmente en las políticas de prevención y diagnóstico precoz.

Es la razón de este informe, pues es importante empezar a preocuparnos por las medidas preventivas pues se ha hecho evidente que la prevención podría reducir ampliamente el riesgo a desarrollar este tipo de cáncer. El desarrollo de este informe es responder a la siguiente interrogante “cuáles son los cuidados de enfermería en pacientes con cáncer gástrico”, con el propósito de proporcionar información válida y objetiva al profesional de enfermería con el fin de que se ejecuten estrategias y/o actividades preventivo promocionales acerca de las medidas alimenticias y estilos de vida saludables a los pacientes asistentes al servicio de hospitalización de oncología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud - Huancayo.

CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El cáncer gástrico sigue siendo un grave problema de salud pública, situación que empeora por el diagnóstico tardío lo que conlleva a gastos mayores en salud en pacientes en estadios avanzados, en quienes las probabilidades de supervivencia y mejoría de la calidad de vida son mucho menores.

La detección precoz es importante porque, si se diagnostica en estadios tempranos, es curable en más de la mitad de los pacientes.

Aun con enfermedad localizada, la tasa de supervivencia a cinco años en pacientes con cáncer gástrico solo alcanza entre 10 y 15%.

Aunque el tratamiento de pacientes con cáncer gástrico diseminado puede lograr la paliación de los síntomas y cierta prolongación de la supervivencia, las remisiones prolongadas son poco frecuentes.

La incidencia de cáncer gástrico tiene como 20 veces en su variación a nivel global; de acuerdo a la vigilancia epidemiológica de Cáncer del Perú, en un total de 109 914 casos notificados en el periodo 2006 – 2011, los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%).

En el Perú, la incidencia del cáncer gástrico es de 15.8 por cada 100 000 habitantes, una de las más altas del mundo, solo comparable con algunos países latinoamericanos (Chile, Colombia y Ecuador), Europa Oriental (Rusia y Ucrania) y el este de Asia (China y Japón).

La etiología es multifactorial e incluye factores dietarios y no dietarios. Dietas inadecuadas, es decir, el bajo consumo de frutas y verduras, el consumo excesivo de cloruro de sodio nitratos y nitritos, carne procesada y alimentos ahumados y fritos, consumo de tabaco y alcohol, la infección por *H. pylori* y la predisposición genética.

En un artículo publicado por David Páramo Hernández y Fernando Sierra Arango en Colombia que se basan del documento publicado de la OMS "Dieta, Nutrición y Prevención de las Enfermedades Crónicas", en la cual mencionan que el *Helicobacter Pylori* es un factor de riesgo establecido, pero no causa suficiente para el desarrollo del cáncer gástrico, y ha representado un factor importante en los estudios de esta neoplasia.

En el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé ubicado en el distrito de Huancayo uno de los problemas que aqueja a la población es la incidencia de esta enfermedad, aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer, la acumulación general de factores de

riesgo se combina con la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular que suele ocurrir con la edad.

Según la evaluación de datos estadísticos realizados en nuestro Hospital la mayoría de las personas que se hospitalizan son pacientes con cáncer gástrico. Frente a la situación problemática llegamos a definir que si el cáncer se diagnostica tempranamente, es más probable que el tratamiento sea más eficaz, la probabilidad de supervivencia aumenta, la morbilidad se reduce y el tratamiento es más barato.

1.2. OBJETIVO

Describir los cuidados de enfermería en pacientes con cáncer gástrico del servicio de oncología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud – Huancayo.

1.3. JUSTIFICACION

El presente informe de experiencia profesional tiene por finalidad dar a conocer y explicar los cuidados de enfermería en pacientes con cáncer gástrico, así mismo propiciar estrategias en el cuidado de enfermería. De esta manera vamos a reorientar y mejorar los cuidados del profesional de enfermería en el marco de la calidad y la calidez, buscando siempre el beneficio del paciente.

El cáncer gástrico constituye un problema de salud pública a nivel mundial en la región de las Américas y en nuestro país, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce, ya que el diagnóstico en la mayoría de las veces se realiza en un estado avanzado de la enfermedad.

En este informe se trató de identificar diferentes factores asociados para cáncer gástrico en pacientes de nuestro país, ya que la prevención y control del cáncer tiene como fin reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad, permitiendo poder mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la implementación sistemática de intervenciones (basadas en evidencias científicas).

De manera general un control integral del cáncer se dirige a toda la población, pero buscando dar respuesta a las necesidades de los distintos subgrupos de riesgo.

Se espera que los datos obtenidos en este informe, servirán para continuar investigando en relación al tema, sobretodo en nuestra población y así crear estrategias con un enfoque preventivo promocional.

Nivel Teórico: El presente informe servirá para incrementar el marco de conocimientos referente a los cuidados de enfermería en pacientes con cáncer gástrico. Se brindara capacitación y educación al familiar o cuidador, el informe aporta conocimientos científicos a

los procesos empíricos estudiados y constituyen la base importante para futuros informes vinculados al tema.

Relevancia Social: El beneficio será tanto para el paciente como para los familiares quienes permanecen el mayor tiempo con ellos, de igual manera beneficiara al personal de enfermería para desempeñar con éxito la labor y brindar un trato humanizado a los pacientes.

Vista Practica: Permitirá desarrollar funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando un método científico que le permite identificar, tratar respuestas humanas y afrontar el reto de ofertar cuidados de calidad, por tanto, debe desarrollar instrumentos para determinar los estándares de la práctica para desarrollar indicadores clínicos específicos que permitan determinar intervenciones profesionales en cuanto al cuidado de pacientes con cáncer gástrico.

Nivel Económico: Disminuir los costos en los pacientes con complicaciones como uno de los efectos secundarios de la quimioterapia mediante los cuidados que se le da al paciente; ya que el paciente presenta muchas complicaciones post-quimioterapia, aumenta su estancia hospitalaria, de esta manera se incrementan los gastos afectando económicamente tanto a la institución como a la familia.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEORICO O CONCEPTUAL O REFERENCIAL

2.1. ANTECEDENTES

GLORIA ESPERANZA ZAMBRANO PLATA y Manuel Alberto Flórez Villamizar sobre la Prevalencia de los factores de riesgo para cáncer gástrico en universitarios con el objetivo de determinar cuáles son los factores de riesgo prevalentes para el cáncer gástrico en los estudiantes de una Universidad Publica en Cúcuta, Norte de Santander, desde marzo de 2012 a julio de 2013. **Materiales y Métodos:** estudio cuantitativo con diseño descriptivo de corte transversal, se obtuvo la información a través de un cuestionario diseñado por los investigadores auto administrado por los estudiantes matriculados en pregrado, jornada diurna. La población estuvo conformada por 15 843 universitarios, se realizó muestreo polietápico estratificado proporcional por facultad, lo que indico una muestra de 637 estudiantes. Resultados se encontró predominancia en el género femenino, con rango de edades de 16 a 20 años y estrato socioeconómico 2. En los factores endógenos se halló prevalencia para herencia familiar de cáncer con un 36% y gastritis como sensación de ardor y dolor constante en la boca del estómago, acompañado de nauseas con 47%; la infección por Helicobacter Pylori soportada por medios diagnósticos, se presentó en menor porcentaje con el 2%. En cuanto a los factores exógenos, se identificaron como

prevalentes el sedentarismo con 63.1%, hábitos alimentarios no saludables con 58%, el estrés con 57%, hábitos farmacológicos inadecuados con 49% y consumo de alcohol con un 29.2%. Los factores índices de masa corporal (obesidad) y consumo de tabaco presentan una menor prevalencia con 6% y 16%, respectivamente. Conclusiones: *Predominan los factores de riesgo exógenos, que son modificables y prevenibles para aquellos que aún no los tienen, de ahí la importancia de intervenirlos a tiempo, contribuyendo en la formación integral del joven.*

MARTIN GOMEZ ZULETA, William Otero Regino, Xiomara Ruiz Lobo. Factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes colombianos 2009. Estudio observacional analítico tuvieron como objetivo Determinar la prevalencia de los diferentes factores medioambientales (hábitos alimenticios y tabaquismo) y familiares (antecedente familiar de cáncer gástrico) en pacientes con cáncer gástrico y ulcera duodenal asociada a infección por Helicobacter Pylori. Llegando a las siguientes conclusiones: *“De acuerdo a los hallazgos de este estudio, encontramos asociaciones significativas entre tres patrones de ingesta dietaria y CG, así como con el antecedente familiar de CG en familiares en primer grado de consanguinidad. Además la alta ingesta de sal produce gastritis atrófica y disminuye la acidez del estómago creando una condición que favorece la infección por H. Pylori que es un factor claramente reconocido en la génesis de CG, siendo*

demostrable en la mayoría de los pacientes con estos tumores". La prevención en salud, actúa controlando los factores de riesgo a determinada enfermedad, en los resultados del estudio mencionado podemos apreciar que se han identificado en su población tres factores de riesgo de mayor relevancia para cáncer de estómago, siendo el consumo de sal es uno de los más asociados en la adquisición de cáncer de estómago.

DANIEL DELGADO OLAYA. Conductas de riesgo asociadas a cáncer gástrico en pobladores de la comunidad de Ccenoco Mexico 2006. Se realizó un estudio observacional descriptivo, incluyendo 225 pobladores de la comunidad de Ccenoco. Tuvo como objetivo determinar las conductas de riesgo de cáncer gástrico en los pobladores de la comunidad de Ccenoco. Entre los resultados del estudio tenemos: *Las conductas de riesgo identificadas en la población estudiada comprenden niveles medios 46% y altos 12%. Las conductas pueden ser modificadas dependiendo del nivel de asimilación de los riesgos y consecuencias que a futuro traen el poco cuidado en la salud. Los resultados de este estudio justifican la implementación de programas de detección oportuna de esta grave enfermedad.* Tenemos que los niveles de conductas de riesgo de cáncer de estómago, están entre el valor medio y alto, lo cual nos deja ver la intensidad de la problemática y la necesidad de comprometer a las personas hacia la prevención de esta enfermedad.

PAUL PILCO, Sandra Viale, Nazario Ortiz. Cáncer gástrico en un hospital general Hospital Santa Rosa, cuyo objetivo era determinar la frecuencia de cáncer gástrico y sus características clínico patológicas, estadios clínicos, tratamiento quirúrgico, morbimortalidad y sobrevida en un hospital general. Fue un estudio retrospectivo, descriptivo, de 71 pacientes consecutivos diagnosticados con cáncer gástrico en el Hospital Santa Rosa desde el 1 de enero 2005 hasta el 31 de enero 2008. Resultados: en el periodo de estudio se confirmaron por histopatología 71 casos de adenocarcinoma gástrico. El sexo masculino es el más frecuente, con una relación de 1.54 a 1 con respecto al sexo femenino. La edad de presentación más frecuente se encuentra entre la 5ta y 7ma década de vida. Los tumores distales 81.7% son cuatro veces más frecuentes que los proximales 18.3%. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma en células de anillo de sello 40.8%. El grado de diferenciación más frecuente fue el indiferenciado 42.3%. El 62% (n=44) ingreso a sala de operaciones. La tasa de reseccabilidad fue de 68% (n=30). El estadio clínico avanzado ha sido la forma de presentación más frecuente de los pacientes 97.2% mientras que el estadio precoz ha sido raro 2.8%. La cirugía más frecuente fue la gastrectomía subtotal distal 73.3% y gastrectomía total 26.7%. La disección realizada fue la D2 73.3%. La tasa de mortalidad fue 6.7% y morbilidad de 26.7%. La sobrevida fue mejor en los pacientes que tuvieron resección frente a los que sólo se

les realizó biopsia o fueron irreseccables, evidenciando significancia estadística. Teniendo como conclusión que el cáncer gástrico se diagnostica en etapa tardía y el tratamiento quirúrgico juega un rol fundamental e incluso en casos avanzados, la morbimortalidad es aceptable para la experiencia inicial en un hospital general de tercer nivel. Es necesario realizar programas de tamizaje para detectar la enfermedad en etapas más tempranas.

SOTO CÁCERES Víctor, NECIOSU PUICAN Elizabeth, ASCURRA REVILLA Carlos, en su estudio realizado: Factores de riesgo de neoplasias prioritarias en una red asistencial de la seguridad social, cuyo Objetivo era determinar los factores asociados a las neoplasias prioritarias en red asistencial Lambayeque Essalud. Métodos. Diseño de casos y controles. Se tomaron los casos confirmados de las cuatro neoplasias prioritarias: cáncer de mama, cuello uterino, próstata y estómago. Quedaron finalmente como tamaño de muestra de casos: 25 Ca de próstata, 38 Ca de cuello uterino, 62 Ca de mama y 30 Ca de estómago. Se tomó un control por cada caso con características similares de edad y sexo. Resultados. En cáncer de cuello uterino hubo asociación con: antecedente familiar de cáncer, OR 3,59; raza hispana, OR 3.48; grado de instrucción, OR 3,1. En cáncer de mama: quistes de mama, OR 4,78 y antecedente familiar, OR 2,41. En cáncer de estómago: consumo de carnes rojas ahumadas, OR 12.43; consumo de licor, OR 8,11; consumo de tabaco, OR 6,0 y consumo

de alimentos condimentados, OR 3,45. En cáncer de próstata solo antecedente familiar, OR 4,85. Conclusiones. El antecedente familiar de cáncer es factor de riesgo presente en tres de las cuatro neoplasias estudiadas. El consume de carnes rojas ahumadas y licor estuvieron asociados a cáncer de estómago y antecedente de quistes mamarios con cáncer de mama.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Hace menos de un siglo, el cáncer gástrico era el cáncer más común en los Estados Unidos y tal vez alrededor del mundo. A pesar de su declive en todo el mundo en la incidencia durante el siglo pasado, el cáncer gástrico sigue siendo una importante causa de muerte en todo el mundo.

El cáncer de estómago, conocido también como cáncer gástrico. Para entender el cáncer de estómago, resulta útil conocer la estructura normal y la función del estómago.

Después que los alimentos son masticados y tragados, entran al esófago, (el esófago es un órgano en forma de tubo que transporta los alimentos a través del cuello y el tórax hacia el estómago). El esófago se une al estómago en la unión gastroesofágica, la cual está justo debajo del diafragma (la capa fina del músculo de respiración situado debajo de los pulmones). El estómago es un órgano parecido a un saco que contiene los alimentos y comienza a digerirlos segregando

jugo gástrico. Los alimentos y el jugo gástrico se mezclan y se vacían luego en la primera sección del intestino delgado llamada duodeno. Algunas personas usan la palabra estómago para referirse al área del cuerpo entre el pecho y el área pélvica. El término médico de esta área es abdomen. Por ejemplo, algunas personas con dolor en esta área dirían que tienen "dolor de estómago", cuando en realidad el dolor pudiera provenir de la apéndice, el intestino delgado, el colon (intestino grueso), u otros órganos en el área. Los médicos llamarían a este síntoma dolor abdominal, ya que el estómago es sólo uno de los muchos órganos en el abdomen. El cáncer de estómago no se debe confundir con otros cánceres que pueden ocurrir en el abdomen, como cáncer de colon (intestino grueso), hígado, páncreas o intestino delgado porque estos tipos de cáncer podrían tener síntomas diferentes, pronósticos distintos, así como tratamientos diferentes. (8)

Partes del estómago:

El estómago tiene cinco partes:

- Cardias: la primera porción (la más cercana al esófago).
- Fondo: la parte superior del estómago próxima al cardias.
- Cuerpo: la parte principal del estómago, entre las partes superiores e inferiores.

- Antro: la parte inferior (cercana al intestino), donde se mezclan los alimentos con el jugo gástrico.
- Píloro: la última parte del estómago que actúa como una válvula para controlar el vaciado del contenido del estómago en el intestino delgado.

A las primeras tres partes del estómago (cardias, fondo, y cuerpo) algunas veces se les llama estómago proximal. Algunas células en estas partes del estómago producen ácido y pepsina (una enzima digestiva) que son las partes del jugo gástrico que ayudan a digerir los alimentos. También producen una proteína llamada factor intrínseco, la cual el cuerpo necesita para la absorción de la vitamina B12. A las dos partes inferiores (antro y píloro) se le llama estómago distal. El estómago tiene dos curvas, que forman los bordes internos y externos, llamadas la curvatura menor y la curvatura mayor, respectivamente. Entre los órganos cercanos al estómago se encuentran el colon, el hígado, el bazo, el intestino delgado y el páncreas.

La pared del estómago tiene cinco capas:

- La capa más interna se llama mucosa: en donde se producen el ácido estomacal y las enzimas digestivas. La mayoría de los cánceres del estómago comienza en esta capa.

- A ésta le sigue una capa de apoyo llamada submucosa.
- Fuera de la misma está la muscularis propia, una capa gruesa de músculo que mueve y mezcla el contenido del estómago.
- Las dos capas externas, la subserosa, y la más externa, llamada serosa, actúan como capas de recubrimiento del estómago.

Las capas son importantes para determinar la etapa (extensión) del cáncer y en ayudar a determinar el pronóstico de una persona. A medida que el cáncer crece desde la mucosa hacia las capas más profundas, la etapa se vuelve más avanzada y el pronóstico no es tan favorable.

Epidemiología

El cáncer gástrico es la tercera causa más común de muerte entre todos los cánceres y es el cuarto cáncer más común en el mundo. Es más común en los hombres en comparación con las mujeres y es cuarto cáncer más común después del cáncer pulmonar, de mama en la mujer y colorrectal. Sin embargo se ha observado un aumento progresivo de la tasa de incidencia en las mujeres en los últimos 5 años. Estudio realizado en el año 2006, referente al cáncer gástrico en Lima Metropolitana encuentran que la mortalidad continúa siendo

la primera causa de muerte para ambos sexos, en hombres 19,3/100000 y en mujeres 14,2/100000. (1)

El cáncer de estómago afecta principalmente a las personas de edad avanzada. Al momento del diagnóstico, la edad promedio de las personas es de 69 años. Alrededor de 6 de cada 10 personas diagnosticadas con cáncer de estómago cada año tienen 65 años o más. El riesgo promedio de que una persona padecerá cáncer de estómago en el transcurso de su vida es de alrededor de 1 en 111.

La tasa más alta de incidencia de cáncer de estómago se encuentra en China, América del Sur y Europa del Este, particularmente en países menos desarrollados. En Lima ha aumentado desde el año 1990 hasta 1997, llegando a tener 24,3/100000 en hombres, y en mujeres 17,6/100000, en el último periodo estudiado, considerándose área de alto riesgo. (1)

Dentro del país, la incidencia guarda una relación directamente proporcional con el lugar de origen dentro de Lima Metropolitana, una ciudad de cerca de 8 millones de habitantes, indicando que los distritos que muestran una mayor incidencia son Puente Piedra y Lince seguidos de Villa El Salvador, El Agustino, Breña, Rímac, entre otros, que son distritos de un nivel socioeconómico medio bajo; y los que muestran menor incidencia son aquellos que tienen un nivel socioeconómico alto como San Isidro y Miraflores entre otros.(1)

Hasta finales de la década de los 30, el cáncer de estómago fue la causa principal de muertes por cáncer en los Estados Unidos. No se conocen completamente las razones para este descenso, pero puede estar relacionado con el uso aumentado de la refrigeración para guardar alimentos. Esto causó una mayor disponibilidad de frutas y vegetales frescos y una disminución en el uso de alimentos salados y ahumados. Algunos médicos creen que el descenso también puede estar asociado con el uso frecuente de antibióticos para tratar las infecciones. Los antibióticos pueden destruir la bacteria llamada *Helicobacter pylori* (*pylori H*), la cual se cree es una causa importante de cáncer de estómago. (2)

Sin embargo, en el Perú, según la casuística del instituto nacional de enfermedades neoplásicas (INEN), revela que en los últimos años se recibe en promedio 820 casos de cáncer de estómago, con tendencia al incremento (*MINSA, Perú*).

El número de muertes por cáncer gástrico es aproximadamente 800.000 al año. La variación geográfica es una característica de este. Los países con más altas tasas ajustadas de mortalidad son: Bulgaria, Colombia, Costa Rica, Chile, China, Islandia, Japón, Portugal y algunos países de la ex URSS. Por el contrario, en países como EE.UU., India, Filipinas y la mayoría de los países africanos esta neoplasia es poco relevante.

En el Perú, la mortalidad es de 17 por cada 100 000 habitantes, similar a la de Japón, a pesar de tener el doble incidencia; esto es gracias a su programa de cribado y para el año 2011 se observa elevada mortalidad por cáncer de estómago en departamentos de la sierra como Huánuco, Pasco y Cusco. (3)

Etiopatogenia e histogénesis

Estos se relacionan con la fuerte respuesta inflamatoria producida en el estómago infectado, la cual causa cambios moleculares y morfológicos en el epitelio originando la siguiente secuencia histopatológica: gastritis crónica, atrofia gástrica, metaplasia intestinal completa, metaplasia intestinal incompleta, displasia y cáncer en 1-2% de los infectados. La atrofia, que usualmente está presente, puede ser multifocal o tener un patrón difuso y asociada a una forma de metaplasia mucosa, denominada pseudopilórica ("antralización del cuerpo"), también conocida como metaplasia que expresa el polipéptido espasmolítico, ya que estas glándulas con morfología antral presentes en el cuerpo gástrico, expresan este polipéptido, que es un péptido trefoil, normalmente presente en la mucosa intestinal normal y en células displásicas y neoplásicas.

Estas vías hipotéticas sugieren que la inflamación crónica lleva a atrofia gástrica, la cual sería una lesión preneoplásica gástrica. La inflamación crónica produce un aumento del recambio tisular, con

excesiva proliferación celular la cual puede predisponer a errores mitóticos más frecuentes con mayor riesgo de mutagénesis. La concurrencia de hiperproliferación celular con inflamación que involucra la generación citoquinas, factores de crecimiento y de radicales libre de oxígeno y de nitrógeno (óxido nítrico), favorecen la posibilidad de daño del DNA de las células gástricas, el cual puede inducir mutaciones en el DNA o "silenciar" genes a nivel de su transcripción. Matsumoto y col encontraron que la infección por *H. pylori* produjo expresión de la activación inducida por el gen deaminasa citidina (AID), que puede predisponer a mutaciones puntuales en el gen supresor de tumores p53. Factores lesivos del medio ambiente, tales como el tabaquismo y altos contenidos de sal en la dieta, aumentan adicionalmente el riesgo de CG, mientras que dietas con altos contenidos de antioxidantes como las verduras y frutas frescas pueden ser protectoras.

Esta secuencia de eventos constituye el paradigma clásico del modelo del profesor Pelayo Correa. El doctor Correa tiene el mérito de haber propuesto la teoría sobre la carcinogénesis gástrica, hace más de 30 años, antes del descubrimiento de *H. pylori*, como un proceso de múltiples pasos que involucra la progresión de gastritis a cáncer.

El paradigma del doctor Correa, progresivamente se hizo más relevante con el descubrimiento de *H. pylori* como el principal

causante de gastritis crónica. Este modelo se ha ido modificando cada vez más, a medida que se han establecido diferentes alteraciones que influyen en la historia natural de la infección. Aunque en su modelo de carcinogénesis, el doctor Correa considera que el CG se inicia con gastritis crónica, y está más tarde progresa hacia atrofia y luego a metaplasia intestinaldisplasia-cáncer, de una manera secuencial, hasta el momento no se sabe si realmente la atrofia precede a la metaplasia o si por el contrario, ambas ocurren simultáneamente.

La secuencia de Correa se observa, frecuentemente, en cáncer gástrico tipo intestinal mientras que en aquellos de tipo difuso no siempre se detecta. *Helicobacter pylori* se relaciona, principalmente, con el desarrollo de cáncer gástrico de tipo intestinal, localizado con mayor frecuencia en el cuerpo y/o antro gástrico.

Insertos en las fases de la secuencia se encuentran diferentes alteraciones genéticas y moleculares que caracterizan las etapas tempranas y avanzadas del cáncer gástrico asociado a *Helicobacter pylori*. La inestabilidad genética, metilación del ADN, activación de la telomerasa y mutaciones de la proteína p53 son eventos característicos en las etapas tempranas de la enfermedad; en un grupo de 43 pacientes con distintos grados de metaplasia intestinal se observó prevalencia de positividad a *Helicobacter pylori* en 79.8%, mientras que la actividad aumentada de la telomerasa se observó en

18% de los casos la cual se asoció con lesiones grado III; además, la terapia de erradicación logró reducir la actividad de la telomerasa; al parecer, la actividad de la telomerasa y la presencia de hTERT confieren inmortalidad a las células.

Comparativamente, en las etapas avanzadas del cáncer gástrico frecuentemente se observa amplificación y sobreexpresión de c-met, receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) y genes reguladores de la ciclina E; la sobreexpresión de factores de crecimiento y angiogénicos parecen favorecer la progresión y metástasis de la neoplasia.

El primer paso en secuencia de eventos que conducen a la carcinogénesis gástrico, relacionada al *Helicobacter pylori*, comienza por la colonización de la mucosa gástrica; los factores de virulencia que le permiten al bacilo colonizar y dañar las células epiteliales gástricas incluyen la producción de ureasa, una enzima de 550 kDa compuesta de dos subunidades (A y B), la cual hidroliza la urea y conlleva a la formación de amoníaco y dióxido de carbono con lo que se induce la absorción de ácidos y la generación de amonio que favorece la alcalinización del pH gástrico, estado que le confiere protección y favorece su supervivencia y crecimiento en el estómago.

Algunos estudios han mostrado que se requiere la participación del gen ure-I para activar la ureasa citoplasmática. Otros factores que

favorecen la colonización incluyen las adhesinas, proteínas de choque térmico, proteínas de absorción de metales y la generación de hipoclorhidria. La adhesión es necesaria para iniciar la inflamación y promover el daño en la mucosa gástrica; ésta se realiza mediante adhesinas como BabA, SabA, AlpA, AlpB, Hopo, HpA, las cuales no son sintetizadas por todas las cepas.

También, se ha identificado la participación de una proteína férrica reguladora de la captación (Fur), homóloga a la Fur humana, y la proteína ferritina (Pfr) las cuales ejercen una importante función en el almacenamiento del hierro y protegen al bacilo del daño por toxicidad metálica.

Además, *Helicobacter pylori* es capaz de inducir hipoclorhidria que ha sido explicada bomba de H⁺/K⁺ -ATPasa. De igual importancia son los mecanismos que le permiten al *Helicobacter pylori* evadir la respuesta inmune del huésped, entre estos mecanismos se encuentra la participación de la fosfolipasa A2 y C que degradan los elementos lipídicos de la mucosa con lo que reduce su protección; además, la catalasa y superóxido dismutasa protegen al bacilo de los efectos de metabolitos tóxicos.

Etiología y factores carcinogénicos

Los cánceres de estómago tienden a desarrollarse lentamente en un período de muchos años. Antes de que se forme un verdadero

cáncer, a menudo ocurren cambios precancerosos en el revestimiento interno (mucosa) del estómago. Estos cambios tempranos casi nunca causan síntomas y, por lo tanto, no se detectan. Los tumores cancerosos que comienzan en diferentes secciones del estómago podrían producir síntomas diferentes y tienden a tener consecuencias diferentes.

Un factor de riesgo es cualquier factor que afecta sus probabilidades de tener una enfermedad, como el cáncer. Los distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo. Algunos factores de riesgo, como el fumar, pueden cambiarse. Otros, como la edad de la persona o sus antecedentes familiares, no se pueden cambiar. Sin embargo, los factores de riesgo no lo indican todo. Presentar uno o incluso varios factores de riesgo no significa que dicha persona tendrá la enfermedad. Además, muchas personas que adquieren la enfermedad pueden tener pocos o ninguno de los factores de riesgo conocidos. Algunos científicos han encontrado que varios factores de riesgo hacen que una persona sea más propensa a padecer cáncer de estómago.

Algunos de estos factores de riesgo se pueden controlar, pero otros no.

Por ejemplo, numerosos estudios han demostrado la relación del cáncer gástrico con factores dietéticos (nitros, grasas animales, sal,

baja ingesta de antioxidantes). Sin embargo, no ha podido demostrarse con certeza la asociación directa con el desarrollo de esta neoplasia. La importancia de identificar la relación entre factores y el cáncer radica en las medidas preventivas que se pueden tomar y así evitar la aparición de la enfermedad.(4)

Los factores de riesgo más estudiados son:

Sexo

El cáncer de estómago es más frecuente en los hombres que en las mujeres con una relación 2:1.

En comparación con las mujeres, los hombres tienen un mayor riesgo de cáncer gástrico. Las razones de estas diferencias no están claras. Las exposiciones ambientales u ocupacionales pueden jugar un papel. Por ejemplo, los hombres han sido históricamente más probables de fumar, aunque las tasas elevadas de los hombres parecen mantenerse incluso en los países donde los hombres y las mujeres tienen patrones de consumo similares. Alternativamente, el sexo puede reflejar diferencias fisiológicas. Los estrógenos pueden proteger contra el desarrollo de cáncer gástrico. En las mujeres, la menopausia tardía y el aumento de la fertilidad pueden disminuir el riesgo de cáncer gástrico, mientras que anti-estrógeno drogas, por ejemplo, tamoxifeno, pueden aumentar las tasas de cáncer gástrico. Estas hormonas pueden proporcionar protección contra el cáncer

gástrico durante los años fértiles de las mujeres, pero su efecto se disminuye después de la menopausia, de tal manera que las mujeres desarrollan cáncer gástrico de una manera similar a los varones, aunque con un retraso de 10 a 15 años después que los varones. (12)

(5)

Edad

Las tasas del cáncer de estómago en las personas de más de 50 años aumentan bruscamente. La mayoría de las personas diagnosticadas con cáncer de estómago se encuentran entre los 60 y 89 años de edad. La posibilidad de desarrollar alguna forma de cáncer desde el nacimiento hasta los 74 años, tanto para hombres como para mujeres es de 1 por cada 5.

Origen étnico o raza

La comparación de los blancos con otros grupos raciales, el cáncer gástrico de cardias es aproximadamente dos veces más común, mientras que los cánceres gástricos no cardias son aproximadamente la mitad común. El riesgo de cáncer gástrico no cardias en los Estados Unidos es más alta entre asiáticos / isleños del Pacífico, negros, seguidos por los hispanos, y es menos frecuente en los blancos. La asociación de la raza con la incidencia de cáncer gástrico parece estar mediado principalmente a través de los efectos ambientales, en lugar de variaciones genéticas. Japón tiene una de

las tasas más altas de cáncer gástrico de incidencia en el mundo. Después de la migración japonesa a los Estados Unidos, mantienen tasas muy altas en su primera generación. Sin embargo, sus tasas se declinaron y se convirtieron similares a las de los estadounidenses de origen europeo después de dos generaciones. (13)

Geografía

A escala mundial, el cáncer de estómago es más común en Japón, China, Europa oriental y del sur y América Central y del sur. Esta enfermedad es menos común en África occidental y del sur, Asia Central y del sur, y Norteamérica.

A nivel nacional, según un estudio realizado en Lima Metropolitana entre los años 1990 y 1997, con relación a la incidencia de presentación del cáncer gástrico por distritos en Lima y Callao, se ve que los distritos que tuvieron mayor incidencia de cáncer gástrico, catalogado para hombres $>20/100\ 000$ y para mujeres $>17/100\ 000$ fueron los que tienen un nivel socioeconómico medio bajo; observaron que los distritos que tuvieron la más alta incidencia eran Puente Piedra, Lince ($25-28/100000$), seguidos de Villa El Salvador, El Agustino, Breña, Rímac, ($21-25/100000$) entre otros y los que mostraron menor incidencia fueron San Isidro, Miraflores ($9-13/100000$) entre otros.(1)

En relación a las regiones del Perú, en un estudio peruano realizado por Chirinos y colaboradores, concluyen que el perfil de un paciente con cáncer gástrico fue proceder de la sierra (+3000 msnm) y selva; y una condición socioeconómica baja. (7)

Bajo nivel socioeconómico

Desde estudios antiguos, ya se ha sabido que el estatus socioeconómico más bajo se asocia a un mayor riesgo de mortalidad total y por causas específicas, incluida la mortalidad de la mayoría de tipos de cáncer. El cáncer gástrico y sus lesiones precursoras se han asociado con marcadores de bajo nivel socioeconómico, incluyendo la educación y los bajos ingresos. Altas tasas de infección por *H. pylori*, un mayor consumo de alimentos con almidón, o menor acceso a los alimentos frescos y vegetales pueden ser responsables de la asociación entre el estado socioeconómico bajo y alto riesgo de cáncer gástrico. La prevalencia de *H. pylori*, en particular cepas CagA positivas, es sustancialmente mayor en los afroamericanos con bajos ingresos.(6); adicionalmente el estudio de Verdalet Olmedo, refiere que una escolaridad de primaria o menor puede estar relacionado al desarrollo de cáncer gástrico (8).

Obesidad

La obesidad es un problema creciente en las sociedades modernas y se ha asociado con una serie de enfermedades, incluyendo el cáncer

gástrico del cardias. En comparación con los individuos con índice de masa corporal (IMC) de <25, los individuos con IMC de 30 a 35 tienen 2 veces mayor riesgo, y los que tienen un IMC de > 40 tienen 3 veces mayor riesgo de cáncer de la unión esófago-gástrico, incluyendo el cáncer gástrico del cardias.

Por el contrario, la obesidad no es un factor de riesgo para cáncer gástrico no cardias. Se han propuesto varios mecanismos. La grasa abdominal puede causar directamente la ERGE, un factor de riesgo para el cáncer de esófago y cáncer gástrico del cardias. Además, la grasa es metabólicamente activa y produce numerosos compuestos que circulan en el cuerpo. Estos productos del metabolismo, tales como el factor de crecimiento similar a la insulina y la leptina, se han asociado con tumores malignos, posiblemente a través de la inducción de cambios favorables en el ciclo del crecimiento celular, disminución de la muerte celular, y cambios celulares paraneoplásicos.(6)

Las fuentes de enzimas de antioxidantes se agotan por el daño tisular progresivo característico de la obesidad, ya que los pacientes obesos presentan mayor estrés oxidativo (9).

Actividad física

Una reciente publicación de un meta-análisis (33) mostró una disminución del 21% en el riesgo de padecer cáncer gástrico,

comparando individuos que son más activos con los que son menos activos. Esta reducción del riesgo se observó tanto para el cáncer gástrico del cardias (reducción en 20% del riesgo) y el cáncer gástrico no cardias (reducción en 37% del riesgo). Sin embargo, las reducciones de riesgo eran menos fuertes en estudios de alta calidad. Además, debido a que todos los estudios incluidos fueron observacionales, por lo que el potencial de confusión debería ser considerado.

Dieta

Según la Sociedad Americana contra el Cáncer (2012) dentro de los factores ambientales se encuentran los nutricionales y alimentarios como el consumo de alimentos salados, ahumados, picantes y aquellos que contiene nitrosaminas. La acción mutagénica de aquellos alimentos se ejerce a través de la transformación de los nitratos en nitritos y de estos en nitrosaminas, las cuales son potencialmente carcinógenas. (10) Ciertas bacterias, como el *Helicobacter pylori*, pueden convertir a los nitritos y nitratos en compuestos que han demostrado que causan cáncer de estómago en animales. Adicionalmente los compuestos aromáticos o policíclicos se consideran potencialmente carcinógenos; se debe mencionar que la falta de refrigeración tiene que ver con procesos de fermentación que promueven a la formación de dichos compuestos; lo que explica el por

qué en países desarrollados donde se conservan mejor los alimentos refrigerados existe mayor declive de los casos de cáncer gástrico.(10)

Por otra parte, genera una incidencia de cáncer gástrico menor en poblaciones con alta ingesta de antioxidantes, beta carotenos y ácido ascórbico (35), que se encuentran en las frutas y verduras. Y algunos investigadores consideran que la leche y sus derivados tienen un efecto protector contra el cáncer gástrico.

Varios estudios demostraron que el riesgo de desarrollar cáncer de estómago era más bajo entre la gente que consumía diariamente una combinación de leche, carne y vegetales verdes y amarillos, constituyendo únicamente del que contraían aquellos que no consumían ninguno de estos alimentos. Estas observaciones fueron apoyadas al examinar las distribuciones del cáncer del tracto gastrointestinal de diferentes comunidades del oeste de la India, se encontró que las comunidades diferían principalmente en sus tradiciones religiosas en cuanto a la ingesta de comida. Por ejemplo, los Hindus de Gujarat que tienen un nivel extremadamente bajo de cáncer gástrico son vegetarianos y comen y beben grandes cantidades de leche y sus derivados.

La vitamina C que se halla en frutas frescas y en hortalizas también ha sido correlacionada con la mortalidad por cáncer gástrico y se ha encontrado una relación inversa. Los países que tienen una baja

mortalidad por cáncer gástrico tienen un aporte elevado de vitamina C por ejemplo Estados Unidos y los países que tienen una alta mortalidad tienen un aporte bajo de vitamina C por ejemplo Japón.

El aporte de comida en el desarrollo de cáncer gástrico demuestra que las dietas ricas en hidratos de carbono y con alimentos ahumados y con bajo contenido en proteínas animales leche, fruta fresca y legumbres son factores exógenos de riesgo en relación con el desarrollo de cáncer gástrico.

No solo los alimentos, sino las prácticas y patrones alimentarios propios de cada región o país, son los que condicionan los factores de riesgo para desencadenar cáncer gástrico; por ejemplo la colocación de sal a un plato antes de probarlo o el consumo de alimentos cocinados en horno (18); y el consumo de comida recalentada al menos 3 veces por semana y el añadir extra sal a más del 50% a las comidas (11).

El consumo de tabaco

El hábito de fumar aumenta el riesgo de cáncer de estómago, particularmente para los cánceres de la sección superior del estómago cercana al esófago. La tasa de cáncer de estómago es alrededor del doble para los fumadores.

El tabaquismo aumenta la prevalencia de úlceras pépticas, empeora la curación de las úlceras y aumenta la probabilidad de recidivas. Aumenta el reflujo pilórico y la secreción de bicarbonato por el páncreas.

Ingesta de Alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas se relaciona con un aumento de incidencia de cáncer en la cavidad oral, esófago, hígado, faringe y posiblemente mama.

El principal cancerígeno del alcohol es el acetaldehído un metabolito del alcohol presente en todas las bebidas. En relación al efecto de los distintos tipos de bebidas, la cerveza se rige en este estudio como la bebida alcohólica que provoca mayor riesgo de cáncer gástrico, debido probablemente a la presencia adicional de nitrosaminas, que son compuestos orgánicos con efecto cancerígeno demostrado en muchas especies animales.

Infoma del estómago

Las personas que han padecido cierto tipo de linfoma de estómago conocido como linfoma de tejido linfático asociado con la mucosa (MALT) tienen un riesgo aumentado de padecer adenocarcinoma del estómago. Probablemente esto se deba a que el linfoma MALT del estómago es causado por una infección con la bacteria *H pylori*.

Complicaciones

Una complicación bien conocida del cáncer de estómago, en aproximadamente 5% de los casos, es cuando se extiende a un ovario; el tumor en el ovario de este tipo se llama un tumor de Krukenberg. Este tumor, nombrado por el primer doctor que lo describió, es un cáncer metastásico de estómago que infiltra el estroma del ovario, es decir, las células del cáncer en un tumor de Krukenberg son las células del cáncer de estómago, son las mismas que las células cancerosas en el tumor primario.

Otras complicaciones, en especial en casos avanzados, incluyen hemorragia masiva, estenosis de la región pilórica, perforación del tumor hacia el páncreas y metástasis en los linfáticos, hígado, pulmones, etc.

Sustento teórico de la investigación

El presente trabajo académico se basa según la teoría de Virginia Henderson Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. Fue en 1921 cuando se gradúa como enfermera en la escuela del ejército, y al año siguiente inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte.

Después, acepto un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nursing Service de Nueva York.

En 1922, Henderson empezó a dar clases de enfermería en Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

Entró al Teacher College de la Universidad de Columbia, donde se licenció como profesora y donde posteriormente realizó un master.

En 1929 trabajó como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de enfermería.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale y recibe 9 títulos honoríficos.

El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1º.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2º.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3º.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5°.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6°.- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7°.- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8°.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

9°.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.

12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo

13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (APRENDER)

Cuidado: Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Persona: como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Henderson da una definición de enfermería, "asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible".

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

Adenocarcinoma: Cáncer que empieza en las células glandulares (secretoras). Las células glandulares se encuentran en el tejido que recubre los órganos internos; producen y liberan sustancias en el cuerpo, como el moco, los jugos digestivos u otros líquidos. La mayoría de los cánceres de mama, páncreas, pulmón, próstata y colon son adenocarcinomas.

Beta-caroteno: Es un tipo de pigmento anaranjado o amarillo que está presente en frutas, verduras y granos.

Carcinogenicidad: Capacidad para inducir cáncer.

Carcinógeno: *Adjetivo.* Sustancia o agente que produce cáncer o favorece su aparición. *Sinónimos:* Cancerígeno, carcinogénico.

Células cancerosas: Algunos factores genéticos y exógenos (estilo de vida, medioambiente, infecciones víricas, etc.) pueden influir en que una célula normal se convierte en una cancerosa.

Las células cancerosas cambian de forma y tamaño y se multiplican muy rápidamente por la falta de un mecanismo de control del crecimiento, además son incapaces de realizar las funciones que corresponden a las células pertenecientes a ese tejido. Al formarse un gran número de células cancerosas, se amontonan, presionan o bloquean a otros órganos y les impiden realizar su trabajo.

Duodeno: Primera parte del intestino delgado. Se conecta con el estómago. El duodeno ayuda a seguir digiriendo los alimentos que vienen del estómago. Absorbe nutrientes (vitaminas, minerales, carbohidratos, grasas, proteínas) y agua de los alimentos para que el cuerpo los pueda utilizar.

Endoscopio: Instrumento delgado con forma de tubo para observar los tejidos del interior del cuerpo. Un endoscopio tiene una luz y una lente para observar, y puede tener una herramienta para extraer tejido.

Factor de riesgo: Cualquier particularidad que aumente el riesgo de cáncer.

Ganglio linfático: Es una estructura en forma de frijol que forma parte del sistema inmunitario. Hay cientos de ellos en todo el cuerpo y se conectan entre sí mediante vasos linfáticos. Hay racimos de ganglios linfáticos en el cuello, la axila, el pecho, el abdomen y la ingle. Por ejemplo, en la axila hay entre 20 y 40 ganglios linfáticos. También se llama **glándula linfática**.

Ganglio linfático regional: Ganglio linfático que drena linfa desde la región que rodea el tumor.

Gastrectomía: Cirugía para extirpar total o parcialmente el estómago.

H Pylori: Es un tipo de bacteria que causa inflamación y úlceras en el estómago o el intestino delgado.

Lámina propia de la mucosa: Tipo de tejido conjuntivo que se encuentra debajo de una capa delgada de tejidos que cubren la membrana mucosa.

Metástasis: Propagación del cáncer de una parte del cuerpo a otra.

Mucosa: Revestimiento interior húmedo de algunos órganos y cavidades del cuerpo (como la nariz, la boca, los pulmones y el estómago). Las glándulas de la mucosa producen el moco (líquido espeso y resbaloso). También se llama membrana mucosa.

Nitrosaminas: Son un tipo de sustancia química presentes en el tabaco y en muchos alimentos, incluso pescados, cerveza, alimentos fritos y carnes. Algunas nitrosaminas producen cáncer en los animales de laboratorio y pueden aumentar el riesgo de ciertos tipos de cáncer en los seres humanos.

Resección mucosa endoscópica: Consiste en elevar el tejido afectado con solución salina y cortarlo.

Serosa: Recubrimiento exterior de los órganos y las cavidades del cuerpo del abdomen y el pecho, incluso el estómago. También se llama membrana serosa.

Submucosa: Capa de tejido debajo de la mucosa (el recubrimiento interno de algunos órganos y cavidades del cuerpo que producen moco).

Subserosa: Capa de tejido por debajo de la serosa (recubrimiento exterior de algunos órganos y cavidades del cuerpo).

Supervivencia / sobrevida: Período a partir de la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento del cáncer. La medición de la supervivencia general es una manera de determinar si un tratamiento nuevo es eficaz.

Tejido conjuntivo: Tejido de soporte que rodea otros tejidos y órganos. El tejido conjuntivo especializado incluye el hueso, el cartílago, la sangre y la grasa.

Transductor: Aparato que produce ondas de sonido que rebotan en los tejidos del cuerpo y forman ecos. El transductor recibe los ecos y los envía a una computadora que los usa para crear una imagen llamada ecografía.

Los transductores (sondas) vienen en diferentes formas y tamaños para usarlos en la creación de imágenes de diferentes partes del cuerpo. El transductor puede pasarse sobre la superficie del cuerpo o insertarse en una abertura como el recto, el estómago o la vagina.

Tumor: Un **tumor** es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen. Es un agrandamiento anormal de una parte del cuerpo que aparece, por lo tanto, hinchada o distendida.

CAPÍTULO III

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. RECOLECCION DE DATOS

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos utilizando la técnica de revisión documentaria por lo cual se revisaron las historias clínicas, así como los registros de ingresos y egresos del servicio de oncología.

Asimismo, para la obtención de datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

Se solicitó autorización respectiva a la Jefatura del Servicio de Oncología a fin de tener acceso a las historias clínicas y registros de ingresos y egresos.

El procesamiento de datos se realizó elaborando un consolidado sobre los pacientes hospitalizados con cáncer gástrico del servicio de oncología.

Los resultados obtendremos a través del procesamiento estadístico realizados en el programa Excel.

En base a los datos y graficos realizados obtendremos conclusiones que nos servirán para el informe

3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL

En el Servicio de Oncología del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale acuden pacientes con todo tipo de cáncer y reciben diferentes tipos de tratamiento como puede ser quimioterapia, radioterapia y cirugía.

Los pacientes que reciben quimioterapia presentan diferentes reacciones adversas como por ejemplo les producen alopecia (caída de cabello) se les educa a los pacientes que tienen que cortarse el cabello lo mas pequeño que puedan para que no tengan miedo cuando se les cae por mechones y no se sientan mal físicamente al igual que deben usar gorritas o pelucas para las mujeres, hay nauseas vomitos perdida de peso, se les educa para que consuman alimentos con muchas proteínas y bastante agua 2 litros al día, durante los 15 primeros días deben consumir las verduras y frutas sancochadas para evitar las infecciones diarreicas y todo alimento se debe consumir con bastante higiene, las venas se maltratan se les educa para que utilizen la sabila y colocarse como emplasto en el lugar de la vena que recibió la quimioterapia para que regenere las células de la piel.

Los pacientes que reciben radioterapia se les educa que no deben exponerse al sol durante el tratamiento.

En el servicio de Oncología se trabaja en turnos de mañana, tarde y noche. La enfermera del turno mañana realiza procedimientos como cambio de sonda Foley, sonda nasogástrica, canalización de vías periféricas, curación de catéter port, catéter venoso central y nefrostomas, baño de pacientes; pasa la visita medica conjuntamente con el medico de turno. La del turno tarde se dedica a la administración de todos los medicamentos indicados por el medico asi como también se administra todas las quimioterapias indicadas y se realiza educaion a los pacientes sobre los efectos post-quimioterapia. La enfermera del turno noche continua con la administración de medicamentos, vigilancia del balance hídrico, monitorización de las funciones vitales de los pacientes.

El servicio de Oncología está constituido por una jefa de servicio y un jefe médico del servicio, está conformado por 9 enfermeras, 4 técnicos de enfermería y 3 residentes, un personal de limpieza, un químico farmacéutico (personal que realiza las mezclas oncológicas), una nutricionista, una asistente social, un personal de farmacia. Consta de 26 camas, en la cual 2 ambientes son unipersonales porque se maneja pacientes con neutropenia y tienen que estar en aislamiento invertido.

3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Procesamiento de datos: el procesamiento de datos se realizó elaborando un consolidado sobre los pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Unidad de oncología.

Resultados: los resultados son mostrados en cuadros y gráficos realizados con el programa Excel 2013.

Análisis e interpretación de los resultados: entrelazamos los datos y resultados que se encontraron con los datos o información de la base teórica y los antecedentes. En base a los datos y gráficos realizados obtendremos una serie de conclusiones que nos servirán para reafirmar el objetivo del informe.

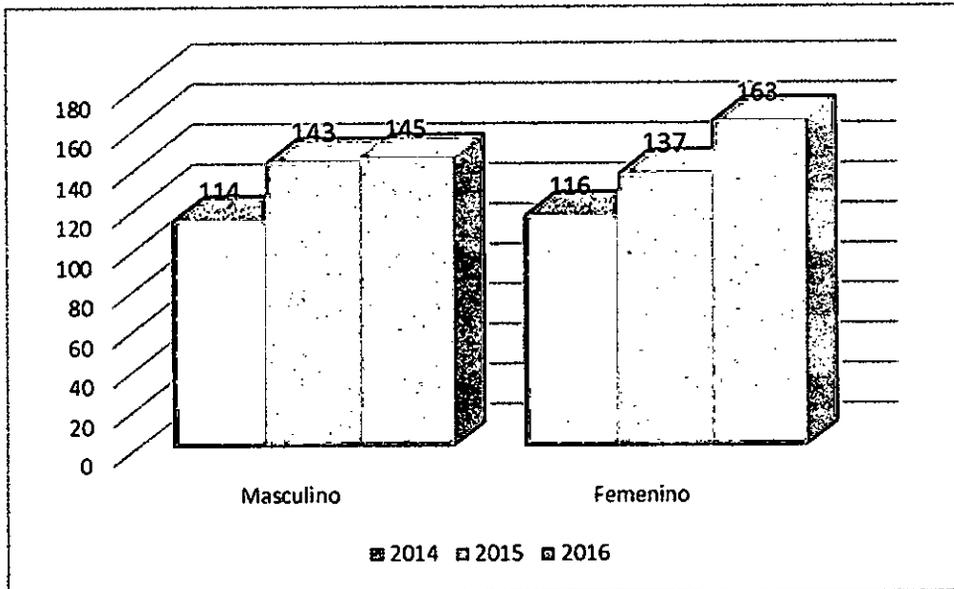
IV. RESULTADOS

TABLA N° 4.1

Sexo	2014		2015		2016	
	F	%	F	%	F	%
Masculino	114	49,57%	143	51,07%	145	47,08%
Femenino	116	50,43%	137	48,93%	163	52,92%
TOTAL	230	100,00%	280	100,00%	308	100,00%

Fuente: Estadística de información del HNRPP

GRÁFICO N° 4.1



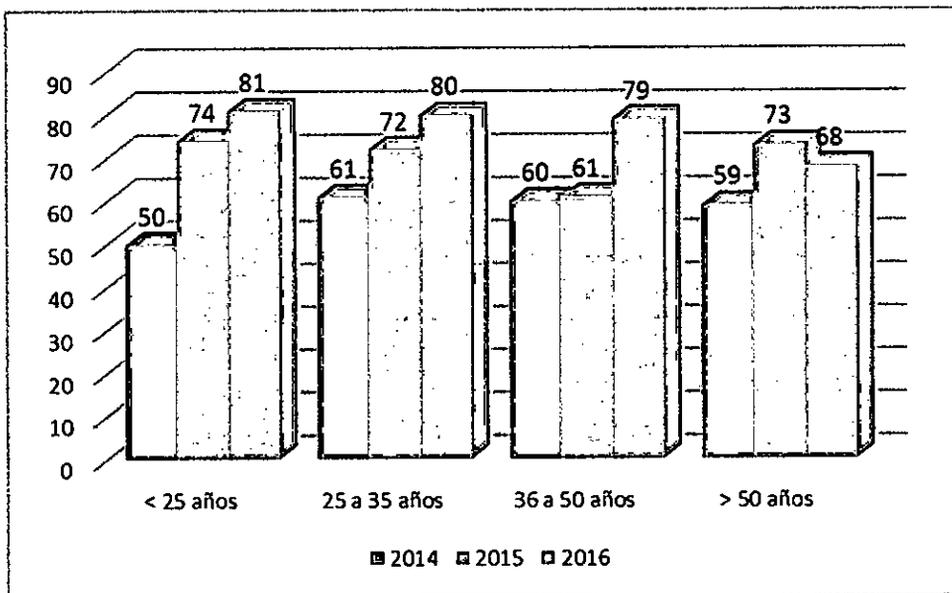
De los datos obtenidos se muestra que desde el año 2014 los del sexo masculino tiene la tendencia de no haber crecido en población con cáncer gástrico a diferencia de las mujeres que si fue en aumento 2014(116), 2015 (137) y 2016(163).

TABLA N° 4.2

Edad	2014		2015		2016	
	F	%	F	%	F	%
< 25 años	50	21,74%	74	26,43%	81	26,30%
25 a 35 años	61	26,52%	72	25,71%	80	25,97%
36 a 50 años	60	26,09%	61	21,79%	79	25,65%
> 50 años	59	25,65%	73	26,07%	68	22,08%
TOTAL	230	100,00%	280	100,00%	308	100,00%

Fuente: Estadística de información del HNRPP

GRÁFICO N° 4.2



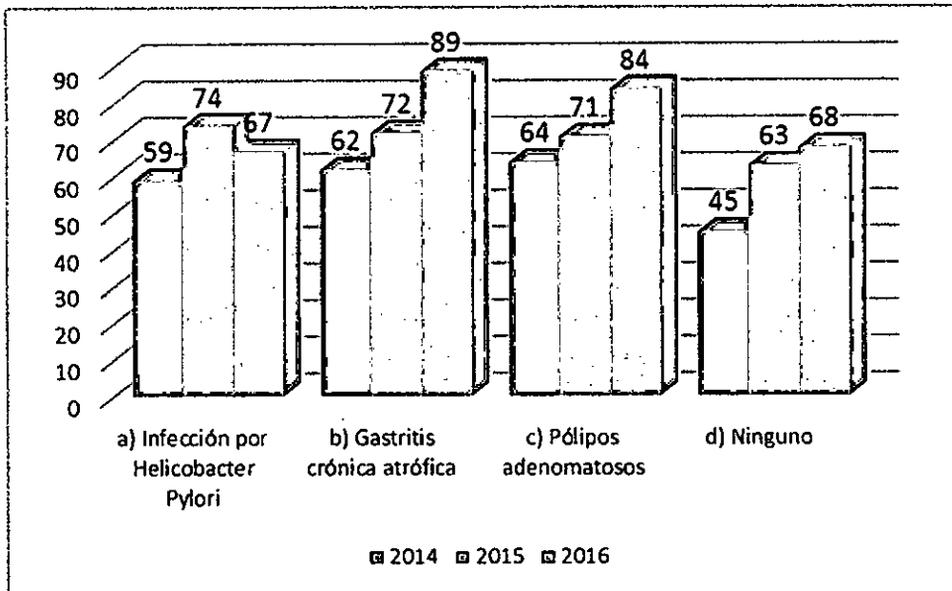
Es preocupante que a corta edad se estén presentando pacientes con cáncer al estómago y esto fue en aumento en el 2016 y además se incrementó en todas las edades, así mismo se muestra que en el 2014 no eran tan variados los casos de cáncer gástrico en el Hospital, pero desde el 2015 fue creciendo.

TABLA N° 4.3

Antecedente de patología gástrica	2014		2015		2016	
	F	%	F	%	F	%
a) Infección por Helicobacter Pylori	59	25,65%	74	26,43%	67	21,75%
b) Gastritis crónica atrófica	62	26,96%	72	25,71%	89	28,90%
c) Pólipos adenomatosos	64	27,83%	71	25,36%	84	27,27%
d) Ninguno	45	19,57%	63	22,50%	68	22,08%
TOTAL	230	100,00%	280	100,00%	308	100,00%

Fuente: Estadística de información del HNRPP

GRÁFICO N° 4.3



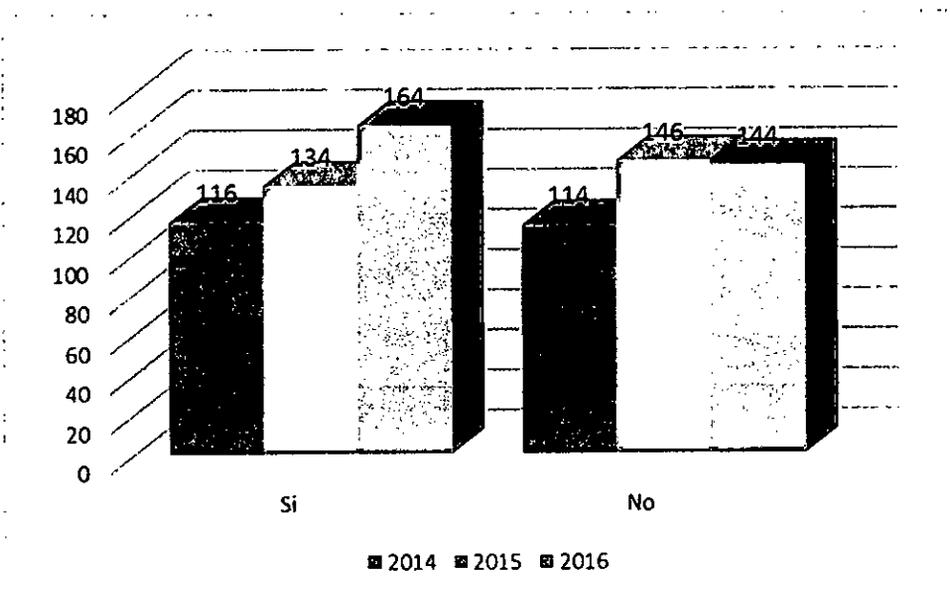
A partir del 2015 el incremento de las patologías se da con mayor presencia y esto se plasma también en el año 2016 a diferencia del 2014 que los múltiples antecedentes no eran notorios.

TABLA N° 4.4

Consumo de Tabaco	2014		2015		2016	
	F	%	F	%	F	%
Si	116	50,43%	134	47,86%	164	53,25%
No	114	49,57%	146	52,14%	144	46,75%
TOTAL	230	100,00%	280	100,00%	308	100,00%

Fuente: Estadística de información del HNRPP

GRÁFICO N° 4.4



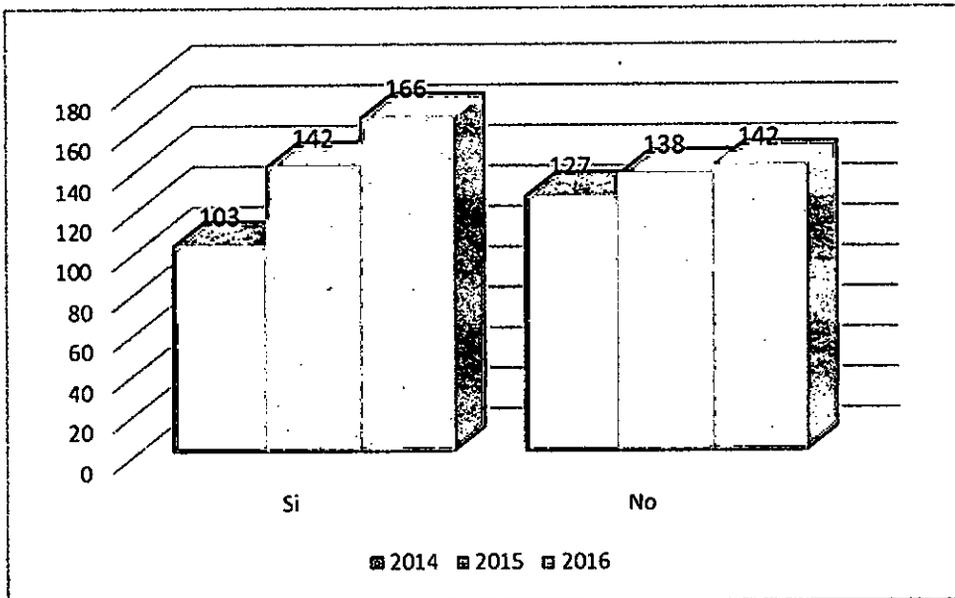
Los pacientes que son atendidos con cáncer gástrico en el servicio de Oncología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud Huancayo 2014 – 2016, muestran que en su vida han ido consumiendo el tabaco en sus diferentes presentaciones y esto fue incrementándose desde el 2014 a 2016.

TABLA N° 4.5

Ingesta de alcohol	2014		2015		2016	
	F	%	F	%	F	%
Si	103	44,78%	142	50,71%	166	53,90%
No	127	55,22%	138	49,29%	142	46,10%
TOTAL	230	100,00%	280	100,00%	308	100,00%

Fuente: Estadística de información del HNRPP

GRÁFICO N° 4.5



Los pacientes que son atendidos con cáncer gástrico en el servicio de Oncología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud Huancayo 2014 – 2016, muestran consumido alcohol en sus diferentes presentaciones y esto fue incrementándose desde el 2014 a 2016.

V. CONCLUSIONES

- a) Dentro de las características sociodemográficas, el ser varón y el tener 50 años o más, fueron factores de riesgo asociados al diagnóstico de cáncer gástrico.
- b) Dentro de las características clínicas y patológicas, el tener un antecedente familiar de cáncer gástrico y la infección por H. Pylori, fueron factores de riesgo asociados al diagnóstico de cáncer gástrico.
- c) Dentro de los factores ambientales, el consumo de tabaco, fue un factor de riesgo asociado al diagnóstico de cáncer gástrico.

VI. RECOMENDACIONES

- a) El chequeo médico anual de varones mayores de 50 años debe incorporar exámenes dirigidos a descartar cáncer gástrico considerando que dentro de las características sociodemográficas, el ser varón y el tener 50 años o más, fueron factores de riesgo asociados al diagnóstico de cáncer gástrico.
- b) Se recomienda realizar detección estricta en pacientes con antecedente familiar de cáncer gástrico considerando que un factor de riesgo asociado al diagnóstico de cáncer gástrico fue el antecedente familiar de este, así como la implementación de programas de cribado y de detección temprana de alta calidad sobre todo en áreas vulnerables para el descarte de infección por H. Pylori, ya que también resultó ser un factor de riesgo asociado al diagnóstico de cáncer gástrico en nuestro estudio.
- c) Los gobiernos deben tener políticas de estado dirigidos a disminuir o erradicar hábitos nocivos considerando que el consumo de tabaco o tabaquismo fue un factor de riesgo asociado al diagnóstico de cáncer gástrico.

VII. REFERENCIALES

1. Pilco P, Payet E, Cáceres E. Cáncer Gástrico en Lima Metropolitana. Rev Gastroenterología Perú. 2006;26:9.
2. Sierra R. Cáncer gástrico, epidemiología y prevención. Acta médica Costarrica. 2002;44(2).
3. Ramos Muñoz WC, Venegas Ojeda DR. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. In: Salud Md, editor. <http://www.dge.gob.pe2013>. p. 108.
4. Dr. García C. Actualización del diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico. Rev Med Clin Condes. 2013;24(4):10.
5. Camargo M, Goto Y, Zabaleta J, Morgan DR, Correa P, Rabkin CS. Sex hormones, hormonal interventions, and gastric cancer risk: a meta-analysis. Cancer Epidemiol Biomarkers. 2012;21(1):18.
6. Parisa Karimi FI, , Sharmila Anandasabapathy, Neal D. Freedman and Farin Kamangar. Gastric Cancer: Descriptive Epidemiology, Risk Factors, Screening, and Prevention. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention. 2014(23(5) May 2014):15.
7. Chirinos JL, Carbajal LA, Segura MD, Combe J, Akib S. Cáncer Gástrico: Perfil Epidemiológico 2001-2007 en Lima, Perú. Rev Gastroenterol Perú; 2012;. 2012;32-1:7.
8. Verdalet Olmedo M. Factores Asociados al Desarrollo de Cáncer Gástrico en Pacientes del CECan. Instituto de Salud Pública: Universidad Veracruzana; 2009.

9. Liu X, Sun M, Yu S, Liu K, Li X, Shi H. Potential therapeutic strategy for gastric cancer peritoneal metastasis by NKG2D ligands-specific T cells. *OncoTargets and therapy*. 2015;8:3095-104.
10. Hernandez Ramirez RU, Galván Portillo MV, Ward MH, Agudo A, Gonzalez CA, Oñate Ocaña LF, et al. Dietary intake of polyphenols, nitrate and nitrite and gastric cancer risk in Mexico City. *International journal of cancer Journal international du cancer*. 2009;125(6):1424-30.
11. Mercado González AF. Estudio de casos y controles para evaluar factores de riesgo y protección para cáncer gástrico/metaplasia intestinal en pacientes del Hospital Carlos Andrade Marín Quito Ecuador. Ecuador: Universidad de Las Américas; 2014.
12. Sipponen P, Correa P. Delayed rise in incidence of gastric cancer in females results in unique sex ratio (M/F) pattern: etiologic hypothesis *Gastric Cancer*. 2002;5:7.
13. Correa P, Piazuelo MB. Natural history of *Helicobacter pylori* infection. *Digestive and liver disease : official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*. 2008;40(7):490-6.