

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTERVENIDOS EN  
GASTRECTOMÍA PARCIAL EN EL INSTITUTO REGIONAL DE  
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS; JUNÍN - 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CENTRO  
QUIRURGICO**

**PATRICIA ROSSANA RAMOS GARCÍA**

**Callao - 2022**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ                      PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA                      SECRETARIO
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES                      VOCAL

**ASESORA:** DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 025-2022

**Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 03 de Febrero del 2022**

**Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS**, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## **DEDICATORIA**

A los ángeles turquesas que lucharon con mucha fé, fortaleza y humanismo en esta pandemia del COVID-19

## **AGRADECIMIENTO**

En estos momentos críticos de la humanidad, a Dios por permitirme seguir brindando lo mejor de mí.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Introducción.....	3
Capítulo I. Descripción de la situación problemática .....	5
Capítulo II. Marco teórico.....	8
2.1 Antecedentes	
2.1.1 Antecedentes Internacionales .....	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales .....	11
2.2 Bases Teóricas	
2.2.1 Marjory Gordon: Patrones funcionales de salud .....	14
2.3 Bases Conceptuales	
2.2.1 Cáncer.....	15
2.2.2 Tipos de cáncer .....	16
2.2.3. Tratamiento del cáncer .....	16
2.2.4. Cáncer de Estómago.....	17
2.2.5. Tratamiento del Cáncer de Estómago.....	18
2.2.6. Tipos de Gastrectomía.....	19
Gastrectomía parcial, tiempos operatorios.....	20
2.2.7. Cuidados de Enfermería en una Gastrectomía Parcial.....	21
2.4. Definición de Terminos .....	23
Capítulo III. Plan de cuidados de enfermería	
• Valoración .....	25
• Diagnóstico De Enfermería .....	29
• Planificación .....	32

• Ejecución y Evaluación .....	39
Conclusiones .....	42
Recomendaciones .....	44
Referencias Bibliográficas .....	45
Anexos .....	49

## INTRODUCCIÓN

Según estadísticas internacionales tenemos que a nivel mundial el Cáncer de Estómago ocupa el quinto lugar de ser el cáncer más frecuente y en mortandad es el que ocupa tercer lugar, siendo los países más afectados Japón, China, Corea, Rusia al igual los países que están en la costa del pacífico como son Perú, Ecuador, Caribe, Centro América y Chile. Basándonos ya en nuestro territorio el cáncer de estómago es el segundo más frecuente en varones y el tercero más frecuente en mujeres; y en términos generales entre hombres y mujeres es el que ocupa el segundo lugar de cáncer más frecuente. Siendo en la región de la sierra donde se presenta el mayor número de muertes por esta patología. (1)

De los siete tipos de cáncer que se registran con mayor incidencia en el país, la neoplasia de estómago que es causada por la bacteria "Helicobacter pylori" es la que genera más muertes entre los hombres y mujeres peruanas, pues en el 2004 se reportó que 2 mil 603 personas fallecieron producto de este mal que pudo ser prevenido y en el 2006 esta cifra ha sido superada por un centenar de casos más

Según los reportes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) el 90% de los pacientes con cáncer de estómago llegan en estados avanzados, lo cual hace imposible su tratamiento. (2)

El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro, es un establecimiento que pertenece a la DIRESA Junín, con código RENIPRESS 00027857 y con nivel de complejidad II E. Se encuentra ubicado en la provincia de Concepción, e inicio sus actividades el 17 de febrero del 2020, debido a que se demostró la real estadística y demanda de atención del cáncer en dicho departamento y alrededores, con muchas expectativas de la población, no solamente de la región Junín sino de la Macrorregión Centro, ya que es el primer instituto especializado en la región y el segundo en importancia a nivel nacional, por el equipamiento de última generación que posee e infraestructura moderna.

Las casuísticas que se van evidenciando hasta el momento es de 1304 pacientes intervenidos de las diferentes especialidades, de los cuales 319 son diagnosticados



por neoplasia maligna de estómago y 45 pacientes intervenidos quirúrgicamente por dicho cáncer. (3)

El departamento de cirugía de abdomen del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro viene trabajando arduamente en que la población sea diagnosticada a tiempo.

Para la realización del presente trabajo académico se seleccionó como caso clínico a un paciente adulto maduro con diagnóstico de NM DE ESTOMAGO, que fue intervenido de una Gastrectomía Parcial, en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro - Junín. Se recolectó información mediante la documentación y observación de enfermería que nos facilitó la información necesaria de manera eficiente, así mismo se realizó la valoración integral al paciente.

La finalidad del trabajo, es analizar y sistematizar la eficacia de la gastrectomía parcial en pacientes con cáncer gástrico al igual que la enfermera instrumentista conozca esta cirugía para prevenir las posibles complicaciones para actuar de manera oportuna brindando cuidados integrales al paciente.

La enfermera cumple un papel importante en el equipo multidisciplinario desde la prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente.

# CAPÍTULO I

## DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, así lo demuestran las tasas de incidencia y mortalidad. El año 2020 según información de GLOBOCAN se registraron más de 19 millones de casos de cáncer a nivel mundial, en Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú el primer lugar, para el año 2018, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) estimó que la tasa estandarizada de incidencia de cáncer en el Perú era de 192,6 casos nuevos por 100,000 habitantes lo que representa, el diagnóstico de 66,627 casos nuevos en una población de 32,551,811 personas para ese año. Por otro lado, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Perú, a partir del Registro de Defunciones del Ministerio de Salud (Hechos Vitales), reporta que en el 2016 se produjeron 32,163 muertes por cáncer lo que representa una tasa ajustada de mortalidad de 122,9 defunciones por cada 100,000 habitantes en nuestro país. Los departamentos con mayor tasa ajustada de mortalidad son Huánuco (153,4 por 100,000), Junín (151,3 por 100,000), Apurímac (141,8 por 100,000), Ayacucho (140,8 por 100,000) y San Martín (140,6 por 100,000), en Perú se presentaron cerca de 70, 000 nuevos casos y más de 34,000 fallecidos. (4)(5)

Por otro lado, las estadísticas nos dicen cosas como cuántas personas reciben un diagnóstico de cáncer y mueren por la enfermedad cada año, el número de personas que actualmente están viviendo después de un diagnóstico de cáncer, la edad promedio al momento del diagnóstico y la cantidad de personas que todavía están vivas en un momento dado después del diagnóstico. También nos dicen sobre diferencias entre grupos de personas definidas por edad, sexo, grupo racial y étnico, ubicación geográfica y otras categorías. (6)

El Cáncer gástrico (CG), continúa siendo un importante problema en la salud mundial, está considerado como la segunda causa principal de muerte en todo el

mundo, el continente asiático presenta la mayor incidencia de esta patología y está considerado en el quinto lugar a nivel mundial.

Se describe estadísticamente que alrededor del 95% de los casos de CG corresponden a los adenocarcinomas y el 5% están relacionados a: linfomas, sarcomas y tumores. Los grupos poblacionales que presentan mayor riesgo de desarrollar CG son los que presentan: edades superiores a 40 años (con pico después de los 50 años); reinfecciones del H. Pylori; curso activo de gastritis atrófica o anemia perniciosa; adenomas o pólipos gástricos; antecedentes familiares de cáncer de colon; actividades laborales en industrias del caucho y del carbón; reducido consumo de frutas y verduras; excesivo consumo de alimentos salados, ahumados o conservados deficientemente; consumo de tabaco; consumo de alcohol; exposición a radiaciones y la ausencia de proteína p54 entre las más descritas.(7)

La gastrectomía es conducente como el tratamiento de mejor elección para el cáncer gástrico, en sus diferentes estadios de afección. Existen dos técnicas quirúrgicas para la reparación o extracción de la misma, la gastrectomía abierta o convencional la cual también puede ser total o parcial y la gastrectomía laparoscópica.

Es por eso, que el profesional de enfermería en la cirugía de gastrectomía total o parcial por neoplasia maligna de estómago debe proporcionar al paciente cuidados de enfermería basados en conocimientos científicos e intervenciones que proporcionan seguridad al paciente. El rol del profesional de enfermería en centro quirúrgico no solamente se basa en la instrumentación quirúrgica según el tipo y especialidad, sino que también proporciona cuidados al paciente según el tipo de anestesia y que depende al 100% del equipo quirúrgico.

Cabe señalar, que el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro cuenta con el servicio de centro quirúrgico, teniendo 4 quirófanos especializados para la realización de cirugías oncológicas. También cuenta con equipos de última generación, profesional de enfermería especialistas en centro quirúrgicos, expertas en cirugías oncológicas. Con fines de apoyar en brindar una atención de calidad,

eficiencia y humanismo se plantea la creación de un plan de cuidados de enfermería en pacientes intervenidos en Gastrectomía Parcial.

Por lo tanto, es de suma importancia que el profesional de enfermería especialista en centro quirúrgico conozca y domine temas relacionados al cuidado de atención al paciente quirúrgico en el pre, intraoperatorio y por qué no decir también en el post operatorio. Por otro lado, la correcta utilización del Proceso de Atención de Enfermería utilizando la herramienta internacional del NANDA NIC NOC, donde nos evidencias cuidados que garantizan la seguridad del paciente quirúrgico oncológicos.

Los cuidados que proporciona la enfermera (o) en el área de sala de operaciones deben contener los diagnósticos del NANDA, intervenciones basadas en el NIC, con resultados (NOC), que garanticen una buena calidad de atención al paciente. Es importante mencionar, que el paciente sometido a un tipo de anestesia depende del 100% del equipo quirúrgico es ahí donde la enfermera (o) brinda cuidados de enfermería, teniendo en cuenta la seguridad del paciente y que esta contribuya al éxito de la cirugía.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del Estudio

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**EIZAGUIRRE, E. (2020).** Realizo un estudio de investigación” Estudio de Investigación del Tratamiento Quirúrgico del Cáncer Gástrico en Lejona – España 2020”. Objetivo: determinar la supervivencia del cáncer gástrico en los últimos 14 años. **Metodología:** La investigación se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que se han analizado todos los pacientes con tumores gástricos operados en el Hospital Universitario Donostia en el periodo 2003-2016. El periodo de estudio se ha dividido en 3 etapas; la primera etapa comprende del año 2003 al 2007 (5 años), la segunda etapa del año 2008 al 2011 (4 años) y la tercera etapa del año 2012 al 2016 (5 años). La fecha última de contacto de los pacientes ha sido el 31 de diciembre del 2017, de esta manera se ha obtenido un periodo de seguimiento desde un año como mínimo hasta 15 años como máximo. **Resultado:** Que en el periodo 2003-2016 se han diagnosticado 765 pacientes de adenocarcinoma gástrico en el Hospital Universitario Donostia y de ellos se han intervenido 511 (66.8%) pacientes, sin diferencias estadísticamente significativas entre los tres periodos. En total se han realizado 511 cirugías gástricas. La media de cirugías gástricas ha sido de 32 por año (rango 11-56). El abordaje quirúrgico ha sido la laparotomía en 409 pacientes (80%), laparoscópica en 97 pacientes (19%) y se ha reconvertido en 5 pacientes (1%) habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los tres períodos.

En cuanto a los tipos de cirugía gástrica que se han realizado, casi la mitad de ellas (46.6%) han sido gastrectomías subtotales, un 37.3% gastrectomías totales y el resto (16%) otro tipo de cirugía. En este último grupo ha habido un

caso de una duodeno pancreatometomía (0.2%), 54 casos (10.5%) irresecables (de los cuales a 12 (2.3%) se les ha realizado una cirugía derivativa paliativa y a 42 (8.2%) laparotomía/laparoscopia exploradora) y 27 casos (5.2%) de cirugía atípica, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los tres períodos; 427 pacientes (83.5%) han sido reconstruidos según la técnica en Y de Roux, 33 pacientes (6.45%) según la técnica de Billroth I o Billroth II y en 30 pacientes (5.9%) se han realizado otro tipo de cirugías, tales como gastro yeyunostomías, ileocecostomías, sutura primaria, resecciones atípicas, observando diferencias estadísticamente significativas entre los tres períodos. (8)

**MOLINA, F. (2018).** Publico su estudio de investigación “Carcinoma Gástrico en pacientes jóvenes, factores, pronóstico y métodos de diagnóstico precoz Instituto Oncológico Nacional (Solca -GUAYAQUIL) 2015-2017 “. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo y métodos de diagnóstico empleados en los pacientes con carcinoma gástrico en SOLCA durante el periodo 2015 – 2017. Estudio a realizarse en SOLCA (Guayaquil), en el área de hospitalización. **Metodología:** Con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, observacional, analítico y descriptivo, indirecto y retrospectivo de corte transversal. **Resultados:** La población analizada en nuestro estudio se encontraba con diagnóstico confirmado de adenocarcinoma gástrico, de este grupo el 67% tenían más de 36 años y menos de 40, además 23% de ellos tenía de 31 a 35 años siendo claramente predominante la población joven en nuestro trabajo; las mujeres se vieron con mayor frecuencia de casos en el 53%(hombres 47%); los factores de riesgo predominantes fueron la infección previa por H. pylori (21%), gastritis atrófica (14%), crónica (7%), antecedentes de cáncer gástrico familiar (7%), úlcera gástrica (4%).(9)

**RODRIGUEZ, M (2018).** En su estudio de investigación “Principales complicaciones post operatorias en cirugía electiva por Cáncer Gástrico en el Hospital de Costa Rica, 2018 “. **Objetivo:** Realizar una revisión de la literatura actual a nivel mundial sobre las complicaciones post operatorias de gastrectomía

parcial por cáncer gástrico, Costa Rica - 2018. **Metodología:** Fue de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, revisando bibliografía sistemática, usando buscadores en línea tanto en español e inglés, estudios científicos publicados enfocados en el manejo de pacientes gastrectomizados parcial por cáncer gástrico. **Resultados:** Las complicaciones postoperatorias luego de una resección gástrica son las complicaciones pulmonares en un 3 a 55 % de los casos y las complicaciones anastomóticas en un 3 a 21 % de los casos. (10)

**ANDRADE, C. (2017).** Su estudio de investigación "Identificación de prevalencia, factores de Riesgo y Métodos Resolutivos quirúrgicos y/o paliativos en Pacientes con Cáncer Gástrico del Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo Enero hasta diciembre del 2016. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de cáncer gástrico, los factores de riesgo asociados y los métodos resolutivos de los pacientes que fueron vistos por los servicios de Cirugía General, Gastroenterología y Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín durante periodo Enero-Diciembre de 2016. **Metodología:** Es un estudio descriptivo de tipo transversal retrospectivo que se llevó a cabo en 236 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cáncer gástrico, en donde se realizó un análisis estadístico universal y bivariado usando la prueba chi cuadrado, mediante el programa estadístico SPSS versión 23,0. **Resultado:** El tipo de cáncer más frecuente de cáncer gástrico fue el adenocarcinoma con un 89%, de los cuales el subtipo más frecuente fue el difuso con un 60% vs 40% intestinal. Según la diferenciación histológica, los adenocarcinomas pobremente diferenciados fueron los más frecuentes con un 45%. La localización más frecuente fue el antro con un 39%, seguido del cuerpo con un 22,7%. De acuerdo con la etapa, el 84% presentó etapa avanzada vs 16% de etapa temprana. De los que se encontraban en etapa 5 avanzada, el Borrmann más frecuente fue el tipo III o infiltrativo con un 42%; mientras que de los que se encontraron en etapa temprana, los subtipos más frecuentes según la clasificación Japonesa fueron el subtipo I o polipoide y el III o ulcerado con 33% cada uno. Aproximadamente el 80% requirió intervención quirúrgica en el transcurso de su enfermedad, de los cuales el 86% fue realizado con intención curativa y el 16% con fin exploratorio. El procedimiento

realizado con más frecuencia fue la gastrectomía total con un 49%, seguido por la gastrectomía subtotal con un 34%; estos procedimientos fueron realizados con fin curativo. (11)

**VALLE, José. (2017).** En su estudio de investigación titulado “Factores de riesgo y manejo del Cáncer Gástrico en pacientes ingresados al Servicio de Cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense, Managua, durante noviembre de 2014 a noviembre de 2016” **Objetivo** :Determinar los factores de riesgo de los pacientes con cáncer gástrico ingresados en el servicio de cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense, en el periodo comprendido entre noviembre del 2014 a noviembre del 2016.**Metodología**: Descriptivo de serie de casos en el Servicio de Cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense, en el periodo comprendido entre noviembre del 2014 a noviembre del 2016. Todos los pacientes de 15 años o más a los que se ingresaron con diagnóstico de cáncer gástrico durante el periodo de estudio. **Resultado**: Los principales factores de riesgo genéticos encontrados fueron tipo de sangre “A” (12.5%) y antecedente de cáncer gástrico (8.3%); dentro de los ambientales predominaron el consumo de alimentos secos, ahumado o salados (50%), alcoholismo (33.3%), dieta y tabaquismo con 29.2% cada uno; dentro de los premalignos figuran las cirugías previas de estómago (41.6%), gastritis atrófica (16.6%) y anemia perniciosa (4.2%); la infección por H. pylori fue observada en el 25%. Los pacientes fueron manejados principalmente por cirugía (50%), quimioterapia (20.8%) y radioterapia (4.2%). Sin embargo, el restante 41.6% no recibió tratamiento debido a que abandonaron el servicio. Principales procedimientos quirúrgicos realizados fueron: yeyunostomía (25%), Gastro yeyuno anastomosis (16.6%), gastrectomía total y subtotal con 8.3% cada una, esófago yeyuno anastomosis (8.3%) y laparotomía abdominal exploratoria (8.3%). (12)

### 2.1.2. Antecedentes Nacionales

**CORONEL, K.; CORRALES, L. (2020).** Publicaron su estudio de investigación “Complicaciones Postoperatorias en pacientes con Cáncer



Gástrico intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Regional de Lambayeque durante los años 2014 – 2017 “. **Objetivo** : Este estudio describir las complicaciones postoperatorias en pacientes con cáncer gástrico intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Regional Lambayeque, según características clínico epidemiológicas, identificando la frecuencia y el tipo de complicaciones en general y de acuerdo con el tipo de intervención quirúrgica realizada, para así dar a conocer los hallazgos encontrados pudiendo servir para desarrollar pautas en el manejo de esta importante entidad nosológica. **Metodología**: Diseño observacional transversal descriptivo y fue de tipo censal. El estudio se realizó en el Hospital Regional Lambayeque. Nivel III 1, ubicado en Chiclayo – Lambayeque. La población estuvo conformada por todos los pacientes con cáncer gástrico que fueron operados por el servicio de Cirugía general y Cirugía oncológica del Hospital Regional Lambayeque en los años 2014 – 2017. El estudio incluyó 93 historias clínicas. Los criterios de inclusión fueron: Pacientes adultos mayores de 20 años con diagnóstico preoperatorio de cáncer gástrico que fueron intervenidos quirúrgicamente con fin curativo o paliativo durante los años 2014 a 2017. **Resultado**: Entre los meses de enero del año 2014 y diciembre del 2017 se registraron 77 pacientes mayores de 20 años operados por cáncer gástrico. De estos, 46 presentaron una edad entre 60 a 95 años (60%), con un promedio de 63 años. El tipo de cirugía realizada más frecuente fue gastrectomía subtotal registrada en 54 pacientes (70%), seguida de la gastrectomía total (25%) y otro tipo de cirugías como las gastro enteroanastomosis y laparotomía exploratoria (5% ) Del total de pacientes registrados, 41 (53%) presentaron complicaciones postoperatorias, siendo las más frecuentes fueron la infección de herida quirúrgica y la hemorragia digestiva alta, registrándose un 27% de pacientes en ambas, seguidas de neumonía intrahospitalaria (20%) y muerte (15%). Con menor frecuencia se encontró íleo paralítico, infección urinaria, shock séptico y trastorno hidroelectrolítico. Se demostró que el grupo etario comprendido entre 60 y 95 años fue el que presentó mayor porcentaje de complicaciones postoperatorias (66%). Según el tipo de cirugía y la complicación postoperatoria, los pacientes sometidos a gastrectomía subtotal registraron mayor presencia de complicaciones (63%). De los 26 pacientes con

complicaciones post-gastrectomía subtotal, la complicación más frecuente fue la infección de herida quirúrgica registrada en 40% de pacientes, seguida de hemorragia digestiva alta en 28% de pacientes; mientras que, para los pacientes sometidos a gastrectomía total, la complicación más frecuente fue neumonía intrahospitalaria encontrándose en 38% pacientes. De los pacientes complicados, 82% presentaron alguna patología previa a la intervención quirúrgica, de las cuales la más frecuente fue anemia (37%), seguida de hipertensión arterial (24%) y diabetes mellitus (17%). De los 17 pacientes sin patología previa, un 17% presentó alguna complicación. Del total de pacientes operados por cáncer gástrico, 14 fallecieron. De estos, 8 (57%) presentaron otras complicaciones en el periodo postoperatorio, siendo las más frecuentes la infección de herida operatoria y la neumonía intrahospitalaria, seguida de hemorragia digestiva alta. De los pacientes que fallecieron sin presentar alguna otra complicación en el periodo postoperatorio, encontramos que a un 66% se le realizó gastrectomía total. (13)

**GARCIA, Gonzalo. (2021).** Su investigación sobre “Calidad de vida en pacientes operados de gastrectomía total y subtotal por cáncer gástrico en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN) de Trujillo del periodo 2009 a 2019”. **Objetivo:** Comparar la calidad de vida y las secuelas de los pacientes operados de gastrectomía subtotal y total por cáncer gástrico avanzado. **Metodología:** El estudio es de tipo observacional, cohortes retrospectivas. La población de estudio incluyó una población censal de 51 pacientes que estuvieron vivos al momento de la valoración del estudio de 39 pacientes con gastrectomía subtotal y 12 pacientes con gastrectomía total, 26 pacientes del género masculino y 25 del género femenino y que cumplan con criterios de selección establecidos. **Resultado:** Se obtuvo una mejor calidad de vida en los pacientes operados de gastrectomía subtotal que en los operados de gastrectomía total. No hubo diferencia significativa con respecto a las escalas funcionales física, rol, emocional, cognitiva, social, sintomática de dolor y de náuseas y vómitos. (14)

**BERROSPI, M (2018).** Realizo un estudio de “Factores asociados a conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, setiembre-noviembre 2017”. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte. **Metodología:** Un estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 321 pacientes quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento fue la prueba de nivel de conocimientos sobre prevención del Cáncer Gástrico y el de Graffar, ambos validados. **Resultado:** El 62% de la población encuestada obtuvo un nivel de conocimiento medio, 37% fue alto y 1% fue bajo, se encontró que existe asociación significativa entre no tener ocupación, no contar con acceso a internet y pertenecer a un estrato socioeconómico IV y V con poseer un nivel de conocimiento medio y bajo. (15)

## **2.2 Base Teórica**

### **2.2.1. Marjory Gordon: Patrones funcionales de salud**

Los patrones funcionales de salud fueron creados por Marjory Gordon a mediados de la década de 1970 con el objetivo de sistematizar la valoración de los pacientes. Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos más o menos común a todas las personas que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo (16).

Por otro lado, los patrones funcionales se definen como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un

marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología (17).

Entonces, los patrones funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta(18).

Según la NANDA (2018 – 2020), recomienda la utilización de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon para la realización de la valoración de enfermería en las diferentes especialidades. Una correcta valoración al paciente permite establecer criterios y, parámetros que aseguren y garanticen el éxito de las intervenciones que el profesional de enfermería realiza en sus cuidados al paciente sano, enfermero o en proceso de recuperación, teniendo en cuenta que la seguridad del paciente es nuestra prioridad.

Los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon permiten establecer los cuidados de enfermería en la parte de promoción y prevención de la salud, en el ámbito hospitalario, recuperativo y en el proceso del duelo por la pérdida de un familiar o persona cercana en el paciente, familia y entorno.

## **2.2. Base Conceptual**

### **2.2.1. Cáncer**

Según la OMS, define que “el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células”, esta enfermedad puede presentarse prácticamente en cualquier lugar del cuerpo y en cualquier edad cronológica de la persona. El cáncer puede empezar casi en cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado de trillones de células. Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las remplazan.

Sin embargo, en el cáncer, este proceso ordenado se descontrola. A medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores. (19)

### **2.3.2. Tipos de cáncer**

El cáncer en general tiene múltiples tipos cada uno de ellos presentan algunas oportunidades se llegan a considerar enfermedades independientes, con sus causas, evolución y su propio tratamiento.

Los tipos de cáncer son: carcinoma, sarcoma, leucemia, linfoma, mieloma múltiple, tumor cerebral y de la medula espinal. (20)

Por otro lado, los tipos de cáncer en hombres y mujeres pueden ser las siguientes: Cáncer de cabeza y cuello, estómago, colon y recto, cuello uterino, hígado, páncreas, mamas y tejidos blandos, riñón, sarcomas, próstata, retroperitoneales, linfomas, mielomas, leucemias, etc.

### **2.3.3. Tratamiento del cáncer**

Hay muchos tipos de tratamiento para el cáncer. El tratamiento que se recibirá depende del tipo de cáncer y de qué tan avanzado está. Algunas personas con cáncer solo recibirán un tipo de tratamiento. Sin embargo, la mayoría de las personas reciben una combinación de tratamientos, como cirugía con quimioterapia o radioterapia. También pueden recibir inmunoterapia, terapia dirigida o terapia con hormonas.

Los principales objetivos de un programa de diagnóstico y tratamiento del cáncer son curar o prolongar considerablemente la vida de los pacientes, y garantizar la mejor calidad de vida posible a quienes sobreviven a la enfermedad. (21)

#### **2.3.4. Cáncer de Estómago**

En el mundo, el cáncer gástrico es una de las principales neoplasias que afectan al ser humano. Se estima, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en asociación con la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) a través de su plataforma web-interactiva, una incidencia global de 20.9 x 100 000 habitantes, en adultos y adultos mayores de ambos sexos, siendo predominante en hombres con una incidencia de 29.5 x 100 000 habitantes. Además, representa una tasa importante de mortalidad, ocupando el cuarto lugar a nivel mundial como mortalidad por cáncer.

El cáncer de estómago es la neoplasia con las más altas cifras de mortalidad en el país. Afecta tanto a hombres como a mujeres. Es una enfermedad agresiva, con la característica de ser asintomática durante los estadios iniciales, y, a medida que la enfermedad va profundizándose, penetrando las diferentes capas de la pared gástrica, se pueden encontrar algunos signos y síntomas difusos e inespecíficos como pesadez, dispepsia, llenura precoz, hiporexia, dolor.

Por tal motivo, es que se orienta a la población a realizarse periódicamente controles preventivos a fin de disminuir la detección de cáncer gástrico avanzado; para lo cual, el estado emplea estrategias sanitarias para consumir agua potable, frutas y verduras, erradicación del *Helicobacter Pylori*, endoscopia digestiva alta anual. (22)

#### **2.3.5. Clasificación del Cáncer Gástrico**

Las neoplasias malignas del estómago se clasifican por:

- Su estirpe histológica,
- Su apariencia macroscópica,
- Su localización,
- Su estadio.

a.- Por su estirpe histológica, el 87,9% de las neoplasias son adenocarcinomas, también denominados Carcinomas Gástricos. En el

12,1% restante se encuentran los Linfomas, el Carcinoma Epidermoide, el Carcinoide, el Leiomiosarcoma, el Rabdomiosarcoma, etc.

b.- Por su apariencia macroscópica, el Cáncer Gástrico puede ser incipiente o avanzado.

El cáncer incipiente, temprano o “early cáncer”, se caracteriza por ser una lesión “in situ”, es superficial y se muestra como una placa irregular, indurada, elevada o deprimida, sólo está confinada en la capa mucosa y/o submucosa. Se aprecia mejor cuando el cirujano la palpa. Puede existir o no invasión ganglionar regional.

c.- Por su localización, los carcinomas gástricos se sitúan en alguna de las regiones anatómicas en que se ha dividido el estómago.

Del tercio superior (C)	Fondo
Del tercio medio (M)	Cuerpo
Del tercio inferior (A)	Antro

Si a partir de alguna de estas regiones el cáncer invade otra de las regiones, para expresarlo se señala primero la región primaria con la letra respectiva y en segundo lugar se señala la región invadida. Por ejemplo si el carcinoma primariamente se sitúa en la región del cuerpo y luego avanza hacia la región antral, se expresará de la siguiente manera: MA.

También puede señalarse su localización en algunas de las regiones superficiales:

Cara anterior del estómago,  
Cara posterior del estómago,  
Curvatura menor, y  
Curvatura mayor.

d.- Por Estadios. Para evaluar el tratamiento quirúrgico del Cáncer Gástrico, debe definirse claramente la extensión del tumor primario y las metástasis.  
(23)

### **2.3.6. Tratamiento de Cáncer de Estómago**

Una de las consideraciones a tomar en cuenta para el tratamiento, es evaluar si se trata de un cáncer gástrico temprano o si ya se encuentra en etapas avanzadas como se mencionó anteriormente, ya que, de acuerdo con esto, difiere el manejo. Se considera que para el cáncer gástrico temprano o incipiente que solo afecta la mucosa o submucosa, se puede utilizar la vía endoscópica. Se describen dos técnicas: la mucosectomía y la resección endoscópica submucosa. Las indicaciones para las mismas son: adenocarcinomas de tipo intestinal, afectación únicamente a la capa mucosa, tamaño menor a 2 cm si son lesiones elevadas o menor a 1 cm si son de tipo deprimido sin ulceración. La cirugía es otro de los tratamientos que se emplean en el cáncer gástrico, la cual puede tener objetivos curativos o paliativos. Actualmente es considerada como la principal modalidad de tratamiento con fines curativos; sin embargo, aproximadamente 20% de los pacientes resultan inoperables o de alto riesgo quirúrgico debido a la extensión de la enfermedad. En el 80% que se somete a cirugía, aproximadamente la mitad se le practicará una resección curativa, y la otra mitad recibirá tratamiento paliativo. Dentro de las cirugías con objetivo curativo, encontramos la gastrectomía estándar y la no estándar. La gastrectomía estándar implica la resección de al menos dos tercios del estómago con disección ganglionar, mientras que la gastrectomía no estándar comprende la cirugía modificada en donde la extensión de la resección gástrica y/o linfadenectomía es menor en comparación con la cirugía estándar; y la cirugía extendida que comprende gastrectomía combinada con resección de órganos adyacentes involucrados. Por otro lado, las cirugías con fines paliativos se la emplean sobre todo cuando el cáncer se encuentra avanzado o existe metástasis y existen síntomas como sangrado digestivo o síntomas de obstrucción.



Las gastrectomías a su vez pueden ser subtotales o totales, esto depende principalmente de la localización del tumor. Si el cáncer se localiza en el tercio superior o tercio medio del estómago, la cirugía recomendada es una gastrectomía total; mientras que, si se localiza en el tercio distal, se recomienda la gastrectomía subtotal, únicamente si en el estudio histopatológico es de tipo intestinal. A los adenocarcinomas difusos generalmente se les realiza una gastrectomía total. (24)

### **2.3.7. Gastrectomía Parcial**

Corresponde a la extirpación de parte del estómago por un tipo de tumor que tiene en general un mejor pronóstico que el cáncer gástrico. De esta forma, en algunos casos se puede extirpar los ganglios linfáticos.

Este tipo de gastrectomía es parte del tratamiento multidisciplinario de esta enfermedad. Así algunos pacientes podrían recibir tratamiento médico antes de la operación con el fin de disminuir la extensión de la operación o después de la cirugía para complementar los resultados de la operación.

Existen riesgos y efectos secundarios relacionados con una gastrectomía son:

- Infección en la incisión y/o dentro del cuerpo.
- Sangrado.
- Reacción a la anestesia. (La anestesia es la medicación que se le administra para ayudarlo a dormir durante la cirugía, no recordarla y controlar el dolor. Las reacciones pueden incluir respiración sibilante, sarpullido, hinchazón y presión arterial baja.)
- Obstrucción intestinal. (Es una obstrucción en el intestino que puede limitar la digestión o la eliminación de las heces.)
- Hernia incisional. (Esto es cuando el tejido en el vientre empuja a través del músculo. Puede parecer un bulto, y puede ser doloroso o sensible al tacto.)
- Coágulos de sangre.
- Daño a órganos cercanos.

- Reflujo ácido, diarrea, náuseas y/o vómitos.
- Estenosis (estrechamiento) debido al desarrollo de tejido cicatricial.
- Síndrome de evacuación gástrica rápida. (El movimiento de alimentos dentro de su intestino delgado que ocurre más rápido de lo que debería.)
- Deficiencia de vitaminas que puede conducir a anemia, función inmune comprometida, huesos frágiles y/o debilidad muscular.
- Pérdida de peso. (25)

### **2.3.8 TIEMPOS OPERATORIOS DE UN GASTRECTOMIA PARCIAL**

Comprende los siguientes tiempos ordenados aproximadamente en el sentido de las agujas del reloj:

- 1ro.) Decolamiento coloepiploico e investigación de los grupos ganglionares de la arteria e hilio esplénico y vasos mesentéricos.
- 2do.) Tratamiento de los ganglios infrapilóricos y ligadura de la arteria gastroepiploica derecha
- 3ro.) Liberación y ligadura de la arteria gástrica derecha o pilórica resecaando los ganglios suprapilóricos.
- 4to.) Maniobra de Kocher e investigación de ganglios retropancreáticos. Sección y cierre duodenal.
- 5to.) Curetaje anterior de la arteria hepática en el pedículo y la común hasta el tronco celíaco.
- 6to.) Ligadura de la coronaria estomáquica en su origen y extirpación
- 7mo.) Sección del estómago y reconstrucción del tránsito.
- 8vo.) Examen de la pieza operatoria (26)

### **2.3.9. Cuidados de Enfermería en Pacientes de Gastrectomía Parcial**

Los cuidados de enfermería que brinda el personal de enfermería en la cirugía de Gastrectomía Parcial, el profesional de enfermería garantiza la seguridad del paciente quirúrgico oncológico.

**-Rol del profesional de enfermería en el preoperatorio:** se basan en garantizar la seguridad del paciente quirúrgico oncológico en la etapa preoperatorio y estas se detallan a continuación:

- Lavado de manos clínico.
- Verificar la limpieza y desinfección del quirófano.
- Verificar el equipamiento del quirófano con el instrumental, ropa quirúrgica adecuada de acuerdo con el tipo y complejidad de la cirugía.
- Verificar el mobiliario con el adecuado funcionamiento.

**-Rol del profesional de enfermería en el intraoperatorio:**

**Enfermera circulante:** es el profesional de enfermería especialista en centro quirúrgico, encargada de la circulación en la cirugía y cumple un rol importante que se detalla a continuación:

- Brindar apoyo emocional al paciente en todo momento, cuando este se encuentre aun despierto.
- Brindar seguridad al paciente quirúrgico oncológico, proporcionando cuidados adecuados en su posicionamiento.
- Proporciona iluminación correcta al cirujano para la realización de esta, así mismo verifica el correcto lavado de la zona operatoria del paciente.

**Enfermera instrumentista:** es el profesional de enfermería especialista en centro quirúrgico, encargada en la instrumentación quirúrgica, garantiza la seguridad del paciente en el acto quirúrgico, el rol que cumple son las siguientes funciones:

- Equipar el quirófano de acuerdo con la cirugía a realizar, las cajas estériles a usar como los materiales biomédicos.
- Ayudar a colocar las batas y guantes estériles del cirujano y de su ayudante.
- Mantener la mesa de instrumental ordenada.
- Retirar instrumental pesado o filoso del campo estéril una vez usado por el cirujano, así evita hacer daño al paciente.

- Previene la contaminación del campo quirúrgico mediante el ejercicio estricto de una técnica aséptica.
- Está constantemente alerta frente a cualquier peligro intraoperatorio que pudiera afectar al paciente.
- Participa en el recuento de gasas, agujas e instrumental cuando sea necesario. Debe dar cuenta de todos estos materiales utilizados durante la operación. La instrumentadora participa en el recuento de los elementos antes de la operación, durante y después de ésta para asegurarse de que no se dejen olvidados en el campo quirúrgico. El recuento se realiza de forma ordenada y siguiendo una técnica reglamentada.
- Acepta e identifica adecuadamente cualquiera de las medicaciones o soluciones, y lo hace de la manera prescrita.
- Es responsable de mantener las muestras de la manera indicada por el cirujano de modo tal que el material pueda ser examinado luego por el anatomopatológico.
- Se anticipa a los requerimientos del cirujano observando el curso de la operación y conociendo los distintos pasos del procedimiento. Pasa el instrumental y otros elementos de manera apropiada, de modo tal que el cirujano no tenga que apartarse del campo operatorio para recibirlos.
- Ayuda al cirujano a separar tejidos, cortar suturas, evacuar líquido o secar la herida cuando esto se requiera.
- Al final del procedimiento, reúne todo el instrumental y los materiales y los prepara para la descontaminación y re-esterilización y ayuda en la limpieza adecuada de la sala de operaciones siguiendo las precauciones universales.

### 3. Definición de Términos

**Cuidados de Enfermería;** *“cuidado autónomo o colaborativo de personas sanas o enfermas de todas las edades”.* (27)

**Intervención Quirúrgica;**” es un procedimiento que se realiza con fines de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de lesiones que han sido causadas por enfermedad o accidente”. (28)

**Gastrectomía;** “consiste en extirpar todo el estómago, ganglios linfáticos cercanos, parte del esófago y el intestino delgado”. (29)

**Gastrectomía Parcial;**” corresponde a la extirpación de parte del estómago, a menudo es la parte inferior del estómago”. (25)

**Enfermera Circulante;** “es aquella profesional que organiza, vigila, actúa los tres tiempos operatorios de una cirugía”.

**Enfermera Instrumentista;** “es responsable de mantener la integridad, seguridad y eficacia del campo estéril durante la intervención”.

**Preoperatorio;** es cuando el paciente se encuentra en una zona de preparación para su intervención quirúrgico.

**Intraoperatorio;** es cuando el paciente se encuentra ya en el quirófano para su intervención quirúrgica.

**Postoperatorio;** es cuando el paciente se encuentra en zona de recuperación después de su intervención.

## CAPÍTULO III

### PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

#### I. VALORACIÓN

##### 1.1. DATOS DE FILIACION

- **Nombres y apellidos del paciente:** Y.R.P.V.
- **Documento de identidad:** 20006014
- **Grado de instrucción:** Secundaria completa
- **Grupo Sanguíneo:** A +
- **Edad:** 52 años
- **Sexo:** masculino
- **Estado civil:** casado
- **Ocupación:** agricultor
- **Religión:** cristiano
- **Lugar y fecha de nacimiento:** Chupaca, Huancayo, Junín; 24/08/1969
- **Nacionalidad:** peruana
- **Dirección actual:** Huamancaca -Chupaca, Huancayo
- **Departamento:** Junín
- **Provincia:** Junín
- **Distrito:** Chupaca

**1.2. MOTIVO DE CONSULTA:** paciente acude al nosocomio para su hospitalización para la realización de una Gastrectomía Parcial.

**1.3. ENFERMEDAD ACTUAL:** Neoplasia maligna de antro pilórico.

##### 1.4. ANTECEDENTES

**1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES:** No aplica

#### **1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES:**

- Padre: Aparentemente sano.
- Madre: Aparentemente sana.

#### **1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES:** Ninguno.

#### **1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES:** Nivel medio socioeconómicamente, trabaja independiente.

### **1.5. EXAMEN FISICO**

#### **1.5.1 Control de signos vitales**

- Presión arterial: 110/70 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 89 x´
- Frecuencia respiratoria: 19 x´
- Saturación de oxígeno: 94%
- Temperatura corporal: 36.2 °C

#### **1.5.2 Exploración céfalo caudal:**

- Cabeza: Normo cefálico, no signos de anormalidades
- Oreja: Simétricas y con disminución de la agudeza auditiva.
- Nariz: Mediana, alineada y simétrica sin lesiones. Vías aéreas permeables.
- Boca: Grande sin lesiones. Mucosa poca hidratada. Piezas dentales completas en regular estado de higiene.
- Cuello: Cilíndrico, simétrico, móvil, no doloroso a la palpación, no signos de ganglios inflamados.
- Tórax: Simétrico, con buen murmullo vesicular en ACP, no signos de anormales.
- Mamas: no aplica
- Abdomen: No RHA + dolor leve a la palpación en flanco izquierdo, no masas palpables, resto sin alteración.
- Genito urinario: No evaluable

- Columna vertebral: Normal, sin presencia de alteraciones anormales.
- Extremidades: Superiores e inferiores simétricas con movimientos simétricos.
- Fuerza muscular: disminución del tono muscular, sin presencia de edema.

## 1.6. EXÁMENES PRE OPERATORIO

**04 /11/2021**

Hemoglobina: 16.2 g /dl	VN: 13.2 - 16.6 g /dl
Hto: 49 %	VN: 40 – 50 %
G. Sang: A +	
Plaquetas: 396000 / ul	VN:150000 – 400000 / ul
TC /TS: 1 MIN 15 SEG	VN: 5 – 10 MIN
Tp: 14 segundos	VN: 10 – 14 segundos
INR: 1.15	VN: 0.8 - 1.2
Glucosa: 96 mg / dl	VN: 60 – 110 mg /dl
Urea: 18 mg /dl	VN: 22 – 46 mg /dl
Creatinina: 0.96 mg /dl	VN: 0.7 - 1.3 mg /dl

## 1.7. INDICACIÓN TERAPÉUTICA

### INDICACIONES PRE – OPERATORIA

- NPO
- Colocación de sonda nasogástrica.
- Cefazolina 1 gr EV, 30 minutos antes de ingresar a SOP
- Vendaje de miembros inferiores



## 1.8. ESQUEMA DE VALORACION

Paciente PVYR de 52 años de edad, con diagnóstico médico de NM de ANTRO Pilórico. Inicia enfermedad hace cinco meses, específicamente un 19 / 05 del año 2021, acude al servicio de emergencia del nosocomio por presentar acidez estomacal, malestar general e hinchazón de barriga(refiere). Desde dicha fecha empiezan los diferentes estudios, uno de ellos la video endoscopia digestiva alta, donde se lee, esofagitis erosiva, hernia hiatal moderada, lesión ulcerada doble antral, no tomando biopsia. Le citan con resultados y volviendo a pedirle otra VEDA + TEM de abdomen + biopsia; donde los resultados terminan siendo un NM de Antro Pilórico para lo cual se le programa para una Gastrectomía Parcial y por la alta demanda de pacientes es programado para el 5 de noviembre de este año.

Paciente adulto ingresa al hospital el 04/11 a hospitalización de cirugía oncológica, y es preparado para su intervención.

Día 05 /11 / 2021 ingresa a Centro quirúrgico en camilla en la unidad de recuperación donde se les controla y se espera para su intervención, programada que es una Gastrectomía Parcial. Se observa con facies de preocupación, angustiado por su cirugía. Paciente despierto, lúcido en tiempo, espacio y persona, en ayunas por más de 12 horas, ventilando espontáneamente, cara y ojos simétricos, abdomen con leve dolor a la palpación, con genitales externos sin ninguna alteración, portando vía periférica para fluido terapia de Cloruro de Sodio 9% x 1000 ml sin agregados, miembros superiores e inferiores con movimientos simétricos, micción espontánea. Por otro lado, cuenta con el consentimiento informado de la cirugía y del tipo de anestesia, firmado por el paciente y medico según corresponda.

A la entrevista con el paciente, refiere: “estoy preocupado, pero el Dr. Me ha dicho que todo saldrá bien “, “siento temor “,”me van a dormir ““Srta. Todo saldrá bien, ¿cierto?”

11:15 am, paciente PVYR de 52 años de edad ingresa al quirófano para ser intervenido. Paciente refiere “allá vamos “, “ya me van a dormir”.

- Fecha de ingreso al IREN: 04/11/2021.

- Fecha de cirugía: 05/11/2021 – Segunda paciente programado-
- Cirugía Realizada: Gastrectomía Parcial Distal con Gastroduodenostomía
- Hora de inicio de cirugía: 11:30 am
- Hora de termino de cirugía: 16:00 pm
- Tiempo de cirugía: 4h30m.

## **II DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

### **1.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS**

- Ansiedad
- Temor
- Riesgo De Hipotermia Perioperatoria
- Riesgo De Infección De La Herida Quirúrgica
- Riesgo De Caídas.
- Riesgo De Perfusión Tisular Periférica Ineficaz.

### **1.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS**

- Ansiedad R/C amenaza de cambio en el estado de salud, angustia, incertidumbre, incremento de la preocupación M/P expresión verbal del paciente.
- Temor R/C separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante, entorno desconocido y/o proceso de la cirugía M/P expresión verbal del propio paciente.
- Riesgo de Termorregulación ineficaz R/C hipotermia perioperatoria, procedimiento quirúrgico y/o temperatura del quirófano 23°C.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C herida operatoria.
- Riesgo de caída R/C deterioro de la movilidad (Efectos secundarios a la anestesia general).
- Riesgo de infección de la herida operatoria R/C posible contaminación de la herida quirúrgica.

### 1.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Ansiedad	Amenaza de cambio en el estado de salud	Paciente adulto a la entrevista se observa con fascias de preocupación por el acto quirúrgico.	00146.Ansiedad R/C amenaza de cambio en el estado de salud, angustia, incremento de preocupación, M/P expresión verbal del paciente.
Temor	Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (hospitalización, cirugía).	Paciente adulto a la entrevista se observa temeroso por el proceso y resultados de la cirugía.	00148.Temor R/C separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante, entorno desconocido y/o proceso de la cirugía M/P expresión verbal del propio paciente.
Termorregulación	Procedimiento quirúrgico y/o temperatura del quirófano 23°C.	Paciente adulto en el quirófano sólo cubierto por los campos operatorios, temperatura del quirófano 23°C.	00008.Riesgo de hipotermia perioperatoria R/C procedimiento quirúrgico y/o temperatura del quirófano 23°C.
Integridad Cutánea	Alteración de la superficie de la piel, destrucción de las capas por la cirugía.	Paciente adulto sometido a una cirugía convencional.	00046.Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C herida operatoria.

Lesión física	Deterioro de la movilidad (Efectos secundarios a la anestesia general).	Paciente adulto post operado inmediato, en el proceso de despertar, aún bajo efectos de anestesia general, con tubo orotraqueal.	00155.Riesgo de caída R/C deterioro de la movilidad (Efectos secundarios a la anestesia general).
Infección	Posible contaminación de la herida quirúrgica.	Paciente adulto en el intraoperatorio, cavidad abdominal abierta, cirujano realizando cirugía según tiempos quirúrgicos.	00004.Riesgo de infección de la herida operatoria R/C posible contaminación de la herida quirúrgica

### III.PLANIFICACIÓN

#### 3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

##### 1.Diagnóstico de Enfermería

**Código:** 00146

Ansiedad r/c amenaza de cambio en el estado de salud, angustia,  
incremento de preocupación M/P expresión verbal del paciente.

<b>OBJETIVO NOC</b>	<b>INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC</b>	<b>EVALUACION NOC</b>
<p><b>Código:</b> 1412</p> <p><b>Control de la Ansiedad</b></p> <p>Indicadores:</p> <p>-Control de la ansiedad.</p> <p>Verbaliza sentimientos</p>	<p><b>Código:</b> 5820</p> <p><b>Disminución de la ansiedad</b></p> <p>-Educar al paciente sobre la intervención que se va a realizar.</p> <p>-Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</p> <p>-Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</p> <p>-Escuchar con atención-</p> <p>-Identificar los cambios de niveles de ansiedad.</p> <p><b>Código :</b>5820</p> <p><b>Enseñanza Prequirùrgica</b></p>	<p>Control de la ansiedad (4)</p> <p>Verbaliza sentimientos (5)</p>

	<p>-Informar al paciente y familia de la duración aproximada de la cirugía.</p> <p>-Evaluar la ansiedad del paciente y de los familiares respecto a la cirugía.</p> <p>-Dar tiempo al paciente para que realice preguntas y comente sus inquietudes.</p> <p>-Educar al paciente sobre el proceso desde el ingreso hasta la salida del quirófano.</p> <p>-Reforzar la confianza con el paciente involucrado.</p>	
--	---	--

## 2.Diagnóstico de Enfermería

**Código:** 00148

Temor r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante, entorno desconocido y/o proceso de la cirugía M/P expresión verbal del propio paciente.

<b>OBJETIVO NOC</b>	<b>INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC</b>	<b>EVALUACION NOC</b>
<p><b>Código:</b> 1212</p> <p><b>Nivel de estrés</b></p> <p>-121213 Inquietud.</p> <p>-121222 Ansiedad.</p>	<p><b>Código.</b> 5230</p> <p><b>Mejorar el afrontamiento.</b></p> <p>-Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones y la comprensión por parte</p>	<p>Inquietud (4).</p> <p>Ansiedad (4).</p>

	<p>del mismo proceso de la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Disponer de un ambiente de aceptación.</li> <li>-Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva de lo que va acontecer.</li> <li>-Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.</li> <li>-Proporcionar una información objetiva respecto al proceso quirúrgico.</li> </ul> <p><b>Código 5270</b></p> <p><b>Apoyo Emocional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comentar la experiencia emocional con el paciente.</li> <li>-Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</li> <li>-Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.</li> </ul>	
--	---	--

### **3.Diagnóstico de Enfermería**

**Código:** 00008

Riesgo de hipotermia perioperatoria r/c procedimiento quirúrgico y/o temperatura del quirófano 23° C.

<b>OBJETIVO NOC</b>	<b>INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC</b>	<b>EVALUACION NOC</b>
<b>Código: 0800</b> <b>Termorregulación.</b> Indicadores: -80007 cambios de coloración cutánea. -80020 hipotermia	<b>Código: 3902</b> <b>Regulación de la Temperatura perioperatoria</b> -Identificar los factores de riesgo del paciente para experimentar anomalías de la temperatura corporal. -Precalentar al paciente con dispositivos de calentamiento. -Ajustar la temperatura del ambiente para minimizar el riesgo de hipotermia. -Monitorizar las soluciones de irrigación. -Asegurar de que la temperatura corporal es adecuada hasta que el paciente este despierto y alerta.	-80007 cambios de coloración cutánea (4). -80020 hipotermia (4).

#### 4. Diagnóstico de Enfermería

**Código: 00046**

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c herida operatoria.

<b>OBJETIVO NOC</b>	<b>INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC</b>	<b>EVALUACION NOC</b>



<p><b>Código: 1101</b></p> <p><b>Integridad tisular:</b> <b>Piel y membranas mucosas</b></p> <p>Indicadores:</p> <p>-1102 Aproximación de los bordes de la herida.</p> <p>-0422 Flujo de sangre a través de la vascularización a nivel celular.</p>	<p><b>Código: 3590</b></p> <p><b>Vigilancia de la Piel</b></p> <p>-Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, drenaje o edema en la piel y mucosas.</p> <p>-Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de la integridad cutánea.</p> <p>-Vigilar el color y la temperatura de la piel.</p> <p>-Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de la integridad en la piel y mucosas.</p> <p>-Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</p>	<p>1102 Aproximación de los bordes de la herida operatoria (4).</p>
---	---	---

## 5. Diagnóstico de Enfermería

**Código :**00155

Riesgo de caída r/c deterioro de la movilidad (efectos secundarios de la anestesia general).

<b>OBJETIVO NOC</b>	<b>INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC</b>	<b>EVALUACION NOC</b>
<b>Código:</b> 1909  <b>Conducta de prevención de caídas</b>  -190916 Controla la inquietud.	<b>Código:</b> 6490  <b>Prevención de Caídas</b>  -Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas.  -Realizar medios de sujeción de acuerdo a la actitud que se presente al despertar.	-190916 Controla la inquietud (5).

## 6.Diagnóstico de Enfermería

**Código:** 00004

Riesgo de infección de la herida operatoria r/c posible contaminación de la herida quirúrgica.

<b>OBJETIVO NOC</b>	<b>INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC</b>	<b>EVALUACION NOC</b>
<b>Código:</b> 1902  <b>Control de Riesgo</b>  Indicadores:	<b>Código:</b> 6440  <b>Control de Infecciones</b>  -Asegurar una técnica de cuidados de herida operatoria.	-190220 Identifica los factores de riesgo (5).

<p>-190220 Identifica los factores de riesgo.</p>	<p><b>Código:</b> 3440</p> <p><b>Cuidados del sitio quirúrgico</b></p> <p>-Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución aséptica.</p> <p>-Limpiar de la zona limpia hasta la zona sucia.</p> <p>-Valorar el estado de la piel, signos de flogosis.</p>	
---	--	--

*Fuente. Datos obtenidos de la valoración de enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon, según (NANDA Internacional, Inc. Diagnosticos Enfermeros (2018 -2020), Clasificación de intervenciones de enfermería - NIC (2018) y Clasificación de resultados de enfermería - NOC (2018)*

## IV.EJECUCION Y EVALUACION

### 4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA:

<b>S</b>	<p>Paciente refiere “estoy preocupado, pero el Dr. ¿Me ha dicho que todo saldrá bien “ , “siento temor “,”me van a dormir ““Srta. Todo saldrá bien, cierto?”</p> <p>Paciente bajo efectos de anestesia general</p>
<b>O</b>	<p>Paciente ingresa al quirófano en camilla para ser intervenido de una Gastrectomía Parcial, despierto, LOTEPE, Glasgow 15, en alerta ventilando espontáneamente, niega molestia alguna, abdomen ligeramente doloroso a la palpación, portando vía periférica permeable pasando solución salina al 0.9%, con sonda nasogástrica a gravedad sin contenido, micción espontánea, movimientos simétricos de miembros superior e inferiores.</p> <p>Paciente sometido a anestesia general, en posición decúbito dorsal, se procede a colocar sonda foley N° 16 con 15 ml de cloruro de sodio, con campos quirúrgicos estériles, equipo quirúrgico completo para dar inicio a la cirugía. Se evidencia placa indiferente en zona escapular</p>
<b>A</b>	<p>Temor R/C separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante, entorno desconocido y/o proceso de la cirugía expresión verbal del propio paciente.</p>

<p><b>P</b></p>	<p>Disminuir los niveles de temor al paciente.</p>
<p><b>I</b></p>	<p><b>Mejorar el afrontamiento</b></p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.</li> <li>2. Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.</li> <li>3. Proporcionar información objetiva respecto al proceso quirúrgico.</li> <li>4. Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones y la comprensión por parte del mismo del proceso de enfermedad.</li> <li>5. Disponer de un ambiente de aceptación.</li> </ol> <p><b>Apoyo emocional</b></p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comentar la experiencia emocional con la paciente.</li> <li>2. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.</li> <li>3. Ayudar al paciente a reconocer sus sentimientos de ira, ansiedad, etc. y a expresarlos.</li> <li>4. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la repuesta emocional.</li> <li>5. Remitir a servicios de asesoramiento.</li> <li>6. Reforzar los comportamientos de cambio adaptativo.</li> </ol>

<b>E</b>	<p>Paciente logro disminuir los niveles de temor debido a las intervenciones y al apoyo constante del personal de enfermería.</p> <p>Paciente logra dar a conocer abiertamente sus temores y la manera como los va afrontar.</p>
----------	--

## CONCLUSIONES

1. En el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN, inicia sus atenciones hacia los pacientes y comunidad, el 17 de febrero del 2020, de ahí a la fecha se atendieron específicamente 319 casos diagnosticados por neoplasia maligna de estómago e intervenidos quirúrgicamente 45 pacientes por dicho cáncer, realizándose así la Gastrectomía Parcial.
2. Los profesionales de enfermería cumplen con un papel crucial en el quirófano: garantizan la seguridad del paciente, la coordinación del equipo quirúrgico... ¡Y mucho más! Por ello, es importante prestarle atención a una serie de factores esenciales en este entorno y conocer con exactitud las funciones y actividades de la Enfermera quirúrgica. El personal de enfermería actúa o interviene en el desarrollo de la operación, asistiendo y ayudando al cirujano y manteniendo el orden en el interior del quirófano, sino que también son los encargados de disminuir el estrés y suministrar apoyo al paciente desde el primer momento preoperatorio, incluso, informar sobre su estado y posibles complicaciones después de la intervención.
3. Realizar la valoración mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon, nos conduce de forma lógica al diagnóstico enfermero, contempla al paciente de forma holística y recogen toda la información necesaria del paciente, proporciona una mejor visión a la enfermera en centro quirúrgico para mejorar y/o implementar cuidados que garanticen la calidad y seguridad del paciente quirúrgico oncológico.
4. De los seis diagnósticos realizados en el presente estudio de caso clínico y según la priorización se obtuvo como resultado en la evaluación del logro NOC ; según la Escala de Puntuación Diana , que en los diagnósticos de enfermería N° 1, según ansiedad ,N° 3 según temor y N°4 según hipotermia el paciente presenta una valoración de (4), que equivale a frecuentemente

demostrado ,este en el control de la ansiedad ,en la inquietud ,cambios de coloración y aproximación de bordes. Obteniendo también una valoración de (5) que equivale a siempre demostrado en los diagnósticos número 1, N°5, según riesgo de caídas y N° 6 según riesgo de infecciones.



## RECOMENDACIONES

1. Mantener actualizado al personal de enfermería de Centro Quirúrgico, en relación a la estandarización del lenguaje enfermero, en la correcta utilización de la taxonomía NANDA – NIC – NOC.
2. Implementar una ficha de valoración del paciente según los Patrones funcionales de Marjory Gordon y estandarizar criterios de acuerdo a los criterios de Centro Quirúrgico del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro.
3. Mejorar el vínculo enfermera-paciente para favorecer el estado anímico de éste; brindándole apoyo emocional en el pre, trans y post operatorio.
4. Promover que el personal que labora en Centro Quirúrgico realice estas actividades de manera sostenible.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cáncer de estómago /Internet Disponible en: <http://www.gob.pe/institución/minsa/noticias>.
2. Dr. Salvador,A . Cáncer de Estómago.Internet/youtube.mar.20,2019
3. Informe Estadístico 2020-2021, Oficina de Epidemiología.IREN CENTRO
4. Importancia de la Salud Pública en el control del Cáncer ACP.Disponible en: <https://acp.org.pe>noticias>importancia-de-la-salud-pub>.
5. Situación del Cáncer en el Perú /Diagnóstico por CS Vallejos Sologuren 2020
6. Situación del Cáncer en el Perú,2021 Disponible en: <http://www.dge.gob.pe>tools>teleconferencia>
7. Cáncer gástrico de estómago: profundización>>saludigestivo
8. Eizaguirre Letamendia,E.Tesis Doctoral 2020.Estudio de Tratamiento Quirúrgico del Cáncer Gástrico, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea,2020.111-117.
9. Molina Macias, F.D. Carcinoma Gástrico en pacientes jóvenes, factores, pronóstico y métodos de diagnóstico precoz. Instituto Oncológico Nacional Solca -Guayaquil.2015-2017.20-41
10. Rodríguez Bolaños, M. Principales Complicaciones Postoperatorias en cirugía electiva por Cáncer Gástrico. Ciudad universitaria Rodrigo Facio CostaRica.2018.5,64.
11. Andrade Díaz, c. Identificación de Prevalencia, Factores de Riesgo y Métodos Resolutivos Quirúrgicos y/o Paliativos en Pacientes con Cáncer Gástrico del Hospital Carlos Andrade Mainie; Quito-Ecuador, Enero-Diciembre 2017 .4,86

12. Valle Ruiz, J. Factores de Riesgo y manejo del Cáncer Gástrico en pacientes ingresados al Servicio de Cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense, Managua 2017.8,38
13. Coronel Trujillano, K; Corrales Castillo, L. Complicaciones Postoperatorias em Pacientes com Câncer Gástrico Intervenidos Quirúrgicamente em el Hospital Regional Lambayeque 2014-2017.14,17
14. García Gandezo, G. Calidad de Vida en Pacientes operados de Gastrectomía Total y Subtotal por Cáncer Gástrico 2009-2019.6,14
15. Berrospi Zavala, M. Factores asociados a conocimientos sobre Prevención del Cáncer Gástrico en Pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Set-Nov 2017.5,51
16. 9788417470050.pdf [Internet]. [citado 24 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050>
17. Tesis Renata y Nay.pdf [Internet]. [citado 24 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/67973/Tesis%20Renata%20y%20Nay.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
18. 07Capitulo4.pdf [Internet]. [citado 24 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/07Capitulo4.pdf>
19. ¿Qué es el cáncer? - Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. 1980 [citado 23 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
20. Tipos de Cáncer/Portal Clinic-Hospital.Clinic Barcelona. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org>
21. Tratamiento del Cáncer. Disponible en: <https://cancer.gov>espanol>cancer>

22. Factores, pronóstico en Cáncer Gástrico Avanzado en el INEM. Disponible en:  
<https://repositoriousmp.edu.pe/biamonf>
23. Cáncer Gastrico.Dsponible: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/cap 14-2 estómago](https://sisbib.unmsm.edu.pe/cap_14-2_estomago)
24. <https://www.ehu.eus/we/tesis-eizaguirre-letamendia>
25. Procedimientos Quirúrgicos: gastrectomía/Oncolink. Disponible en:  
[https://es.oncolink.org/tipos-de-cancer/cáncer gástrico](https://es.oncolink.org/tipos-de-cancer/cancer-gastrico)
26. Técnicas quirúrgicas en Cáncer Gástrico. Disponible en:  
<https://sacd.org.ar/2020/05/dveinticincoll-225>
27. Enfermería -OPS/OMS. Disponible en:  
[https://www.paho.org/temas/enfermería.](https://www.paho.org/temas/enfermeria)
28. [https://blog.saludnnet.com/Cirugia General.](https://blog.saludnnet.com/Cirugia-General)
29. <https://medlineplus.gov/>
30. Tipos de Cáncer.Dsponible en: [https://es.oncolink.org/tipos de cáncer](https://es.oncolink.org/tipos-de-cancer/)  
cáncer.

# **ANEXOS**

**PATRON 1.-Toma de Conciencia de la Salud**

¿Realiza actividad física diaria según su edad, sexo y condición? Si ( ) No (x)  
A veces ( ) poco frecuente ( )

**Clase 2.- Gestión de la Salud**

Consumo de medicamentos Si (X) No ( ) Cumple con el tratamiento Si ( ) No (X)  
)

**PATRON 2: NUTRICION****Clase 1.- Ingestión**

Apetito: Normal ( ) Aumentado ( ) Disminuido (X)

Refiere: Paciente refiere que en los últimos meses ha disminuido su peso kilos.

Perímetro abdominal: 98

IMC: 21

**PATRON 3: ELIMINACION****Clase 2.- función gastrointestinal**

Hábitos intestinales: N de posiciones al día: 3 por día

Características: líquidas ( ) Duras (X) Normal ( )

Paciente refiere que desde su hospitalización el número de deposiciones ha disminuido y la consistencia de estas son más duras.

**PATRON 4: ACTIVIDAD Y REPOSO****Clase 1.- Sueño y Reposo**

Sueño Nocturno: Si (X) No ( ) N° de horas: 7 horas

Sueño Diurno Si ( ) No (X) N° de Horas

Tipo de Sueño: Normal ( ) Profundo (X) Ligero ( ) Satisfactorio ( )

Medicamentos para dormir: Si ( ) No (X) Cuales: Refiere "tengo sueño ligero "

**Clase 4.- Respuesta Cardiovasculares/Pulmonares Antecedente de HTA ( )  
Niega; DM ( ) 2 años; Obesidad ( ) Sedentarismo ( )**

## **PATRON 5: PERCEPCION/ COGNICION**

### **Clase 4.- Cognición**

**Estado de Conciencia: Despierto (X) Confuso ( ) Somnolencia ( )Glasgow: 15/15 puntos.**

**Nota: Paciente adulto lúcido, orientada en tiempo, espacio y persona, verbaliza palabras con claridad.**

## **PATRON 6: AUTOPERCEPCION**

**Concepto de sí mismo Positivo ( X ) Negativo ( ) Autoestima Normal ( X) Baja ( ) Alta( )**

## **PATRON 7: ROL/ RELACIONES**

### **Clase 3.- Desempeño del rol**

**Con familiares: Afectiva (X) Indiferente ( ) Hostil ( )Con su pareja: Afectiva (X) Indiferente ( ) Hostil ( )**

**Motivo: Con Equipo de Salud: Afectiva (X) Indiferente ( )Hostil ( )**

## **PATRON 8: SEXUALIDAD**

**Estado civil: Soltero ( ) Viudo ( ) Casado ( X)Separado ( ) Conviviente ( )**

**Número de hijos: 4**

**Inicio de su vida sexual: Paciente refiere haber iniciado su vida sexual a los 15 años.**

**N° de parejas sexuales: 1**

**Método anticonceptivo utilizado: Preservativo**

## **PATRON 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS**

### **Clase 2.- Respuesta de afrontamiento**

**Reacción frente a su enfermedad y la muerte: Preocupación ( X) Angustia ( ) Temor ( X)**

**“Me preocupa mi enfermedad, no sé cómo será la operación, es la primera vez que me opero, después de la operación el doctor me dijo que continuare con mi quimioterapia”**

## **PATRON 10: PRINCIPIOS VITALES**

**Religión: Católica**

**PATRON 11: SEGURIDAD / PROTECCION**

**Antecedente de caídas: ( ) Desmayos ( ) Convulsiones ( ) Ninguno (X)**

Fuente : Elaboración propia según Patrones Funcionales de Maryorie Gordon



## ANEXO N°2



**Descripción** : Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro -Concepción – Junín  
**Fuente** : Autoría propia.

## ANEXO N°3



**Descripción**: Equipo de Cirujanos Oncólogos del IREN Centro e Instrumentista.  
**Fuente** : Autoría propia.