

Cuidado enfermero: proceso de apoyo nutricional en pacientes con cáncer gástrico del servicio de medicina interna

Nursing care: nutritional support process in patients with gastric cancer in the internal medicine service

Cuidado de enfermagem: processo de suporte nutricional em pacientes com câncer gástrico do serviço de medicina interna

Aracely Altamirano Soto¹

Nicole Bermúdez Chihuan¹

David Mulluhuara Agüero¹

Luis Miguel Camarena Chamaya¹

Juan Esteban Rojas Trujillo¹

<https://orcid.org/0000-0001-6873-0817>

<https://orcid.org/0000-0001-8103-2095>

<https://orcid.org/0000-0002-0803-8391>

<https://orcid.org/0000-0002-0147-5011>

<https://orcid.org/0000-0002-8886-8618>

Resumen

Objetivo: Brindar intervenciones de enfermería con enfoque holístico al paciente que padece cáncer gástrico. **Caso clínico:** LPaciente de sexo femenino de 53 años. Es fumadora constante y bebedora, madre de 3 hijos, con partos naturales. Su marido falleció hace cinco años en un accidente de tránsito. Su peso usual hace 3 meses era de 77 kg, índice de masa corporal (IMC) usual: 29,38 Kg/m², el cual empeoró, hoy es de 68 kg, IMC: 25,95 Kg/m². Su talla es de 162 centímetros. **Métodos:** El estudio es de enfoque cualitativo y de método de caso clínico único, los datos de la paciente fueron recogidos a través de una entrevista por parte de estudiantes de enfermería, utilizando la taxonomía NANDA-NOC-NIC. **Resultados:** El estado general de la paciente es regular, su peso disminuyó 4 kg desde el alta y está prorrogado de comenzar quimioterapia y radioterapia simultánea. **Conclusiones:** En el primer diagnóstico enfermero los objetivos fueron alcanzados debido a que la paciente logró ser operada, dando alivio a este dolor, la puntuación fue +4. En el segundo, los objetivos planteados no fueron alcanzados debido a que la paciente continúa con la pérdida de peso leve luego del alta, ya que continúa con anorexia, la puntuación de cambio fue +2. En el tercer objetivo planteado, los resultados fueron parcialmente alcanzados, esto evidenciado por la puntuación que fue +3. En el cuarto diagnóstico, los objetivos planteados no fueron alcanzados debido a que la paciente presentó una declinación en su estado nutricional con una desnutrición severa pese a tener un IMC de 25,95 Kg/m², sobrepeso grado I, la puntuación fue +2. En el quinto diagnóstico, los objetivos planteados fueron alcanzados, presentando una puntuación de cambio de +4. En el sexto, los objetivos planteados se alcanzaron parcialmente con una puntuación de +3.

Palabras clave: cáncer gástrico, adulto mayor, dolor crónico, desnutrición

Abstract

Objective: Provide nursing interventions with a holistic approach to patients suffering from gastric cancer. **Clinical case:** 53-year-old female patient. She is a constant smoker and drinker, mother of 3 children, with natural childbirths. Her husband died five years ago in a traffic accident. Her usual weight 3 months ago was 77 kg, usual body mass index (BMI): 29.38 Kg/m², which she worsened, today it is 68 kg, BMI: 25.95 Kg/m². Likewise, her height is 162 centimeters. **Methods:** The study has a qualitative approach and a single clinical case method. Patient data were collected through an interview with nursing students, using the NANDA-NOC-NIC taxonomy. **Results:** The general condition of the patient is regular, her weight has decreased by 4 kg since discharge, and she is postponed from starting chemotherapy and simultaneous radiotherapy. **Conclusions:** In the first nursing diagnosis, the objectives were achieved because the patient was able to undergo surgery, giving relief to this pain, the score was +4. In the second, the stated objectives were not achieved because the patient continues with slight weight loss after discharge, since she continues with anorexia, the change score was +2. In the third stated objective, the results were partially achieved, this is evidenced by the score that was +3. In the fourth diagnosis, the objectives were not achieved because the patient presented a decline in her nutritional status with severe malnutrition despite having a BMI of 25.95 Kg/m², grade I overweight, the score was +2. In the fifth diagnosis, the proposed objectives were achieved, presenting a change score of +4. In the sixth, the objectives set were partially achieved with a score of +3.

Keywords: gastric cancer, elderly, chronic pain, malnutrition

Resumo

Objetivo: Proporcionar intervenciones de enfermedad con abordagem holística ao paciente com câncer gástrico. **Caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 53 anos. É tabagista e etilista constante, mãe de 3 filhos, com partos naturais. Seu marido morreu há cinco anos em um acidente de trânsito. Seu peso habitual há 3 meses era de 77 kg, índice de massa corporal (IMC) usual: 29,38 Kg/m², que piorou, hoje é de 68 kg, IMC: 25,95 Kg/m². Sua altura é de 162 centímetros. **Métodos:** O estudo tem abordagem qualitativa e método de caso clínico único. Os dados dos pacientes foram coletados por meio de entrevista com acadêmicos de enfermagem, utilizando a taxonomia NANDA-NOC-NIC. **Resultados:** O estado geral da paciente é regular, seu peso diminuiu 4 kg desde a alta e está postergada para iniciar quimioterapia e radioterapia simultâneas. **Conclusões:** No primeiro diagnóstico de enfermagem, os objetivos foram alcançados, pois o paciente conseguiu ser operado, aliviando essa dor, a pontuação foi +4. Na segunda, os objetivos declarados não foram alcançados, pois a paciente continua com discreta perda de peso após a alta, já que continua com anorexia, o escore de alteração foi +2. No terceiro objetivo declarado, os resultados foram parcialmente alcançados, evidenciado pela pontuação que foi de +3. No quarto diagnóstico, os objetivos não foram alcançados, pois a paciente apresentava declínio do estado nutricional com desnutrição grave, apesar de apresentar IMC de 25,95 Kg/m², sobrepeso grau I, o escore foi +2. No quinto diagnóstico, os objetivos propostos foram alcançados, apresentando uma pontuação de mudança de +4. Na sexta, os objetivos traçados foram parcialmente alcançados com uma pontuação de +3.

Palavras-chave: câncer gástrico, idosos, dor crônica, desnutrição

Introducción

La organización mundial de la salud indica que el cáncer gástrico es uno de los neoplasmas más frecuentes en el mundo contemporáneo; constituye la segunda causa de muerte en la gente y la tercera en las féminas. Existen varios elementos de riesgo asociados a la aparición de cáncer gástrico en determinadas regiones de todo el planeta. El descubrimiento de *Helicobacter pylori* y su asociación con gastroduodenal revolucionó los aspectos clínicos, fisiopatológicos y terapéuticos al punto de considerar a la bacteria como agente precursor del cáncer gástrico.¹

El cáncer de estómago continúa siendo una de las neoplasias malignas más comunes en el mundo. Aunque la incidencia de esta enfermedad ha disminuido en países de Europa del Este. Por el contrario, Asia y América Latina tuvieron la mayor incidencia y representan el 8,6 % de los casos nuevos de cáncer en 2002. En Lima, de 1990 a 1997, la tasa aumentó y alcanzó 2,3/100 000 casos en hombres y 17,6/100 000 casos en mujeres, en etapa final de la enfermedad.²

La pérdida de peso es común en la mayoría de los pacientes oncológicos, este adelgazamiento de las personas se da comúnmente en tumores sólidos que en tumores hematológicos; según un análisis que evaluó la pérdida de peso en los seis meses previos al diagnóstico de cáncer, la tasa de pérdida de peso en pacientes con cáncer gástrico fue del 83 al 87 %, siendo estos pacientes con mayor incidencia. La pérdida de peso involuntaria es superior al 5 % del peso normal, por lo que se considera clínicamente significativa. La pérdida de peso en pacientes con cáncer gástrico (CG) es un factor pronóstico de disminución de la respuesta a la terapia de prevención del cáncer, así como de disminución de la calidad de vida. Los pacientes con cáncer gástrico se benefician de la identificación y el control oportuno del peso corporal, ya que esto les permite recibir atención nutricional básica y la detección de la enfermedad lo antes posible.³

El consumo de sustancias nocivas como cigarrillos y bebidas alcohólicas, la insuficiente nutrición y la ociosidad física son las primordiales circunstancias de riesgo en el mundo, además de otras afecciones traspasables. Numerosas propagaciones crónicas, en especial recurrentes en los territorios de ingresos con carencias, son elementos para adquirir un cáncer. Alrededor del 15 % de los incidentes de cáncer evaluados en el 2015 se asociaron a inoculaciones, en especial por *Helicobacter pylori*, virus del papiloma humano, virus de la hepatitis y de la hepatitis C y el virus de Epstein-Barr, que incrementan el peligro de cáncer de hígado y de cáncer de cuello uterino.⁴

En el Perú, figura el 45,17 % de cada una de las patologías malignas del tracto gastrointestinal y el 15,2 % de los fallecimientos. El suceso de reiteración local se incrementa una vez que el preferente se alarga por medio del muro gástrico o una vez que los ganglios linfáticos permanecen relacionados en la cirugía principal. El latente rehabilitador es la cirugía, cuya finalidad es la extirpación completa del tumor sin dejar patologías, con bordes adecuados y linfadenectomía de los perigástricos.⁵

Generalmente, el cáncer gástrico se diagnostica cuando se encuentra en un estadio avanzado y de ello depende su baja tasa de supervivencia; solo el 4,7 % de los casos llegan a los 5 años del diagnóstico. El diagnóstico de cáncer gástrico requiere una valoración histopatológica del tejido. El 95 % de los casos de CG corresponden a adenocarcinomas, el 5 % son linfomas, tumores carcinoides o leiomiomas.⁶

La creciente incidencia de cáncer podría ser secundaria al envejecimiento de la población; y está relacionada con factores de riesgo como infecciones, dieta y estilos de vida, así como a diferentes alteraciones moleculares de la población.⁷

A pesar de los avances en los últimos años, la tasa de subsistencia a 5 años es de únicamente el 20 %. Contiene componentes alimentarios y dietéticos. El avance del cáncer gástrico es una serie compleja que implica diversas modificaciones genéticas, genes supresores, genes reparadores del ADN, reguladores celulares; el tiempo que transcurre entre la aparición de una célula gástrica cancerosa y la muerte es de aproximadamente de 15 a 30 años.⁸

Hay diversos tipos de cáncer que tienen la posibilidad de suceder en el estómago. El más común se denomina adenocarcinoma. Este cáncer empieza desde uno de los tipos de células que se hallan en el revestimiento del estómago.⁹

El carcinoma de estómago es esencialmente un adenocarcinoma y las células escamosas son raras. A diferencia de la membrana mucosa del intestino, que se compone de 2 tipos de células, las células caliciformes y las células absorbentes, la mucosa gástrica se compone de varias células, cada vez más, es un sitio de metaplasia intestinal recurrente que es una matriz de un tipo de adenocarcinoma, se han propuesto varios sistemas de categorización, enfatizando diferentes tipos de tumores.¹⁰

Desde que se describió la primera gastrectomía laparoscópica para el cáncer en 1994, se han incorporado alternativas de tratamiento en el cáncer gástrico, que tienen gastrectomía abierta y laparoscópicas, porque muestran menor sangrado intraoperatorio, realimentación más temprana y menor estancia; a diferencia de la gastrectomía laparoscópica con morbilidad posoperatoria y disecciones ganglionares comparables.¹¹

En Latinoamérica, se ha descubierto que el cáncer gástrico afecta a más de un millón de personas. El aumento en la incidencia de cáncer gástrico podría estar relacionado con el envejecimiento de la población, los cambios en la moda occidental y el crecimiento de la urbanización. Los países con la mayor incidencia de cáncer gástrico son Guatemala, Costa Rica, Ecuador y El Salvador que superan a Perú que ocupa el sexto lugar en América Latina.¹²

Epidemiológicamente, las tasas de mortalidad gástrica en América Central y América del Sur fueron las más altas del planeta, puesto que la incidencia es mayor en comparación con otros continentes. Los hombres presentaban 3 veces más riesgo que las mujeres. Durante la última década, los países con las tasas más altas fueron Chile, Costa Rica, Ecuador, Brasil y Perú.¹³

Métodos

El estudio es de enfoque cualitativo y de método de caso clínico único, los datos del paciente/usuario fueron recogidos a través de una entrevista por parte de estudiantes de enfermería en la consulta inicial. En la evaluación, se utilizaron los once patrones funcionales de salud de Margory Gordon; los cuales se correlacionan con los trece dominios de NANDA, y se aplica el PAE de acuerdo a la taxonomía diagnóstica NANDA undécima edición, combinada con la clasificación de resultados enfermeros NOC sexta edición, con sus correspondientes indicadores para medir los resultados de las intervenciones enfermeras NIC séptima edición. Asimismo, se realizaron los diagnósticos de enfermería por prioridad, los cuales serán descritos e interpretados para generar resultados que ayudarán en la realización del proceso de atención de enfermería (PAE).¹⁴⁻¹⁶

Caso clínico

Paciente dama de 53 años, es fumadora constante y bebedora, madre de 3 hijos, con partos típicos, su marido falleció hace 5 años en un infortunio de tránsito. Su peso usual hace 3 meses era de 77 kilogramos, su índice de masa corporal (IMC) usual era de 29,38 Kg/m², empero hoy es de 68 kilogramos, su talla es de 162 centímetros y su IMC actual es de 25,95 Kg/m².

La paciente ha experimentado pérdida progresiva de peso por anorexia, dolor y vómitos; en la última semana los vómitos son más frecuentes, por lo que acude a urgencias y casi no puede comer.

Durante estos 3 meses ha estado tratada por su doctor de cabecera, quien prescribió el procedimiento y pidió pruebas médicas para luego ser derivada a consultas externas de digestivo. En la investigación se concluye que su estado general es regular, tiene signos de deshidratación, vientre blando con ruidos del intestino y no posee masas.

Las pruebas complementarias presentan que el estómago está bastante dilatado y en la analítica muestra deshidratación y acidez. Se ingresa a la paciente para terminar análisis y una vez terminadas las pruebas se diagnostica cáncer gástrico y se programa operación. La paciente fue dada de alta con 66 kilogramos y se citó en consultas externas de nutrición clínica para seguimiento. Al mes del alta acude a la Unidad de nutrición. La paciente preserva anorexia e ingesta oral deficitaria, aunque sin disfagia, y ha perdido 4 kilogramos a partir del alta. Va al baño una vez al día, con consistencia regular. Empero muestra cansancio y agotamiento generalizados con falta de fuerza para sus ocupaciones diarias. Está prorrogado de comenzar quimioterapia y radioterapia simultánea.

Valoración de enfermería

Patrón I

Percepción-manejo de la salud: como antecedentes, la paciente percibe tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, tiene incidencias de sobrepeso grado II a sobrepeso grado I. Minimiza componentes involucrados al procedimiento, pone en peligro su salud. No consigue relacionar su estado de hoy con sus precedentes de componentes de peligro.

Patrón II

Nutricional metabólico: paciente con un peso de 68 kg. Talla de 162 cm. Su peso usual hace 3 meses era de 77 kg (IMC habitual: 29,38 Kg/m²), por lo cual, ha presentado una disminución de su peso en un 11,6 % progresiva por anorexia, dolor y vómitos. No hay masas ni megalias. Reserva grasa normal, depleción de la masa muscular y mínimos edemas en miembros inferiores.

Patrón III

Eliminación: flujo urinario adecuado una vez al día de consistencia normal. Intestinal: abdomen blando y depresible, doloroso al tacto, presenta sonidos intestinales.

Patrón IV

Actividad-ejercicio: dependiente al realizar las tareas del hogar, presenta dificultades para realizar

actividades cotidianas como el cuidado de sus hijos. Afirma que en el último año desde su condición ha generalizado fatiga y debilidad, falta de fuerza.

Patrón V

Sueño-descanso: comúnmente, conciliaba el sueño sin medicamentos; duerme seis horas/noche. Actualmente, le «cuesta un poco más conciliar el sueño».

Patrón VI

Perceptivo-cognitivo: nivel de instrucción secundaria completa. Buen grado cognitivo. Agudeza visual disminuida, usa lentes, presenta dolor en EVA 7/10.

Patrón VII

Autopercepción-autoconcepto: manifiesta sentirse poco atractiva por su condición; su vestimenta está cuidada y limpia, buena higiene personal. Manifiesta temor si no puede proteger a sus hijos. Le angustia «no poder tener voluntad para cambiar sus hábitos de riesgo».

Patrón VIII

Rol-relaciones: la paciente refiere que antes de llegar a la condición de salud actual se dedicaba, exclusivamente, al cuidado de sus hijos. Aprecia a su familia (padres y hermanos), puesto que han sido de gran ayuda desde el inicio de su enfermedad.

Patrón IX

Sexualidad-reproducción: no evaluable. A partir del fallecimiento de su esposo, hace cinco años, no tuvo pareja sexual ni emocional.

Patrón X

Adaptación-tolerancia al estrés: no consigue admitir su situación de patología; supone que tiene que «curarse de alguna forma, y Dios le concederá ese milagro». Se muestra ansiosa y angustiada frente al principio del procedimiento; plantea miedo por la quimioterapia y los resultados: pregunta «por cuánto tiempo deberá realizarla, cómo cuidará a sus hijos».

Patrón XI

Valores-creencias: es creyente, practica la religión cristiana; considera que «Dios la va ayudar a curarse».

Priorización de diagnósticos enfermeros

(00133): Dolor crónico relacionado con agente biológico evidenciado por anorexia, expresa fatiga, Eva 7/10 (tabla 1).

(00027): Déficit de volumen de líquidos relacionado con malnutrición evidenciado por pérdida de peso, 11,6 % progresiva, vómito, deshidratación (tabla 2).

(00093): Fatiga relacionado con pérdida de la condición física evidenciada por falta de energía, cansancio (tabla 3).

(00232): Sobrepeso relacionado con patrones anormales de la conducta alimentaria evidenciado por Índice de masa corporal (IMC: 25,95 kg/m²) (tabla 4).

(00188): Tendencia a participar en comportamientos de riesgo relacionados con la falta de comprensión de la información sobre tabaquismo, alcoholismo (tabla 5).

(00163): Disposición para mejorar la nutrición, evidenciado por expresar deseo de mejorar la nutrición (tabla 6).

Figura 1
Red de razonamiento clínico del modelo AREA



Después de establecer los diagnósticos enfermeros (DE) más frecuentes, se notó su relación con las comorbilidades inherentes al proceso de salud-enfermedad. Entre ellos, podemos destacar, el dolor crónico debido a que los pacientes con cáncer gástrico, con el tratamiento o pruebas de diagnóstico, a veces producen dolor. Este diagnóstico tiene una relación causal con déficit de volumen de líquidos y fatiga, y una relación con la tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud. El DE disposición para mejorar la nutrición se presentó debido a que al empezar su tratamiento tuvo pérdidas considerables de peso. Tiene una relación de causa y efecto con el sobrepeso, déficit de volumen de líquidos. Estas relaciones se identificaron en pacientes por pérdida de peso abruptamente, cambios en su vida cotidiana, incapacidad de consumir alimentos, los tratamientos agresivos y fatiga.

Tabla 1
Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00133) dolor crónico

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00133) Dolor crónico relacionado con agente biológico, evidenciado por anorexia, presenta fatiga, Eva 7/10.	2102 Nivel del dolor	1415 Manejo del dolor crónico	210201 Dolor referido 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación cambio: +4
	Indicadores	Actividades	
	210201 Dolor referido DG Mantener a: 4 Aumentar a: 5	1415.1 Se realizó una valoración exhaustiva del dolor que incluyó la localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y que lo provocan.	210215 Pérdida de apetito 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación cambio: +3
	210215 Pérdida de apetito (1) DG Mantener a: 4 Aumentar a: 5	1415.2 Se realizó la administración de analgésicos con base en las indicaciones del médico. Siguiendo los 10 correctos al administrar los analgésicos, además se realizó los efectos secundarios, efectos colaterales y alergias del paciente.	210227 Náuseas 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación cambio: +4
	210227 Náuseas (1) DG Mantener a: 4 Aumentar a: 5	1415.3 Se usó una herramienta válida y fiable para la valoración del dolor crónico (cuestionario abreviado Brief Pain Inventory, cuestionario abreviado del dolor McGill).	
		1415.4 Se determinó el efecto del dolor en la calidad de vida (p. ej., sueño, apetito, actividad, cognición, estado de ánimo, relaciones, desempeño en el trabajo y desempeño de roles).	
	1415.5 Se aseguró que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.		
	1415.6 Se evaluó la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor a intervalos específicos.		

Fuente: Base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 577; Moorhead S (2018), p. 466; Butcher H (2018), p. 307.

Tabla 2*Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00027) déficit de volumen de líquidos*

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00027) Déficit de volumen de líquidos relacionado con malnutrición evidenciado por pérdida de peso 11,6 % progresiva, vómito, deshidratación.	0602 Hidratación Indicadores 060201 Turgencia cutánea (1) DG Mantener a: 4 Aumentar a: 5 060215 Ingesta de líquidos (1) DG Mantener a: 4 Aumentar a: 5 060223 Pérdida de peso (1) DG Mantener a: 4 Aumentar a: 5	1240 Ayuda para ganar peso Actividades 1240.1 Se ayudó en la realización del diagnóstico para determinar la causa. 1240.2 Se determinó la causa de las náuseas y/o vómitos y tratarla convenientemente. 1240.3 Se administró medicamentos para reducir las náuseas y el dolor antes de comer, si es necesario. 1240.4 Se controló el consumo diario de calorías. 1240.5 Se registró el progreso de la ganancia de peso en una gráfica y se colocó en un sitio estratégico. 1240.6 Se proporcionó suplementos dietéticos, según corresponda. 1240.7 Se ayudó con la comida o alimentar al paciente según corresponda.	060201 Turgencia cutánea 1 2 3 4 5 GD SC MC LC NC Puntuación cambio: +1 060215 Ingesta de líquidos 1 2 3 4 5 GD SC MC LC NC Puntuación cambio: +1 060223 Pérdida de peso 1 2 3 4 5 GD SC MC LC NC Puntuación cambio: +2

Fuente: Base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 258; Moorhead S (2018), p. 426; Butcher H (2018), p. 240.

Tabla 3
Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00093) fatiga

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00093) Fatiga relacionada con pérdida de la condición física, evidenciada por falta de energía, cansancio.	0008 Fatiga: efectos nocivos	0180 Manejo de la energía	000803 Disminución de la energía 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación cambio: +3
	Indicadores	Actividades	
	000803 Disminución de la energía. G Mantener a: 4 Aumentar a: 5	0180.1 Se interaccionó con el paciente.	000804 Interferencias con las actividades de la vida diaria 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación cambio: +2
	000804 Interferencias con las actividades de la vida diaria (1) G Mantener a: 4 Aumentar a: 5	0180.2 Se monitorizaron los signos vitales.	000806 Trastorno de la rutina 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación cambio: +2
	000808 Trastorno de la rutina (1) G Mantener a: 4 Aumentar a: 5	0180.3 Se utilizaron instrumentos válidos para medir la fatiga.	
		0180.4 Se observó al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga emocional.	
		0180.5 Se controló la ingesta nutricional, así asegurar los recursos energéticos adecuados.	
		0180.6 Se ayudó para favorecer el sueño (música, meditaciones, etc.)	
		0180.7 Se evaluó con el dietista el aumento de la ingesta de alimentos energéticos.	
		0180.8 Se animó a realizar ejercicios aeróbicos según tolerancia.	
	0180.9 Instruyó al paciente y familiares a reconocer signos y síntomas de fatiga.		
	0180.10 Se anotó en la historia clínica.		

Fuente: Base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 310; Moorhead S (2018), p. 407; Butcher H (2018), p. 262.



Tabla 4*Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00232) sobrepeso*

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00232) Sobrepeso relacionado con patrones anormales de la conducta alimentaria evidenciado por índice de masa corporal (IMC: 25,95 kg/m ²).	1004 Estado nutricional	1280 Ayuda para disminuir el peso	100402 Ingesta de alimentos 1 2 3 4 5 DG DS DM DL DN Puntuación cambio: +1
	Indicadores	Actividades	
	100402 Ingesta de alimentos. (1) DG Mantener a: 4 Aumentar a: 5	1280.1 Se interacciona con el paciente.	100403 Energía 1 2 3 4 5 DG DS DM DL DN Puntuación cambio: +3
	100403 Energía (1) DG Mantener a: 4 Aumentar a: 5	1280.2 Se monitorea signos vitales.	
	100405 Relación peso/talla (2) DS Mantener a: 4 Aumentar a: 5	1280.3 Se estableció una meta de pérdida de peso semanal.	100405 Relación peso/talla 1 2 3 4 5 DG DS DM DL DN Puntuación cambio: +2
		1280.4 Se fomenta la sustitución de hábitos indeseables por favorables.	
		1280.5 Se ajustó la dieta y actividad.	100411 Hidratación 1 2 3 4 5 DG DS DM DL DN Puntuación cambio: +1
	100411 Hidratación (1) DG Mantener a: 4 Aumentar a: 5	1280.6 Se desarrolló un plan de comidas diarias, dietas equilibradas.	
		1280.7 Se coordinó con el dietista alimentos específicos.	
	1280.8 Se planificó un programa de ejercicios (tomando en cuenta la limitación del paciente).		
	1280.9 Se aconseja realizar ejercicios en casa mientras se desarrollan actividades domésticas.		

Fuente: Base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 242; Moorhead S (2018), p. 398; Butcher H (2018), p. 262.

Tabla 5
Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00188) tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00188) Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con comprensión inadecuada de la información de la salud evidenciado por tabaquismo, alcoholismo.	1630 Conducta de abandono del consumo de drogas Indicadores 163003 Identifica los beneficios de eliminar el uso perjudicial (1) ND Mantener a: 4 Aumentar a: 5 163006 Identifica obstáculos para la eliminación del consumo de drogas (1) ND Mantener a: 4 Aumentar a: 5 163009 Sigue estrategias para la eliminación de drogas seleccionadas (1) ND Mantener a: 4 Aumentar a: 5 163014 Obtiene ayuda de un profesional sanitario (1) ND Mantener a: 4 Aumentar a: 5 163020 Adapta el estilo de vida para potenciar la eliminación de drogas (1) ND	4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas Actividades 4500.1 Se ayudó en la realización del diagnóstico para determinar la causa. 4500.2 Se determinó la causa de las náuseas y/o vómitos y tratarla convenientemente. 4500.3 Se administró medicamentos para reducir las náuseas y el dolor antes de comer, si es necesario. 4500.4 Se controló el consumo diario de calorías. 4500.5 Se registró el progreso de la ganancia de peso en una gráfica y se colocó en un sitio estratégico. 4500.6 Se proporcionó suplementos dietéticos, según corresponda. 4500.7 Se ayudó con la comida o alimentar al paciente según corresponda.	163003 Identifica los beneficios de eliminar el uso perjudicial 1 2 3 4 5 ND RD AD FD SD Puntuación cambio: +4 163006 Identifica obstáculos para la eliminación del consumo 1 2 3 4 5 ND RD AD FD SD Puntuación cambio: +4 163009 Sigue estrategias para la eliminación de drogas seleccionadas 1 2 3 4 5 ND RD AD FD SD Puntuación cambio: +4 163014 Obtiene ayuda de un profesional sanitario 1 2 3 4 5 ND RD AD FD SD Puntuación cambio: +4 163020 Adapta el estilo de vida para potenciar la eliminación de drogas 1 2 3 4 5 ND RD AD FD SD Puntuación cambio: +2

Fuente: Base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 122; Moorhead S (2018), p. 167; Butcher H (2018), p. 380.

Tabla 6*Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00163) disposición para mejorar la nutrición*

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Actividades de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00163) Disposición para mejorar la nutrición evidenciada por expresa deseo de mejorar la nutrición.	1622 Conducta de cumplimiento de dieta prescrita Indicadores 162201 Participa en el establecimiento de objetivos dietéticos alcanzables con un profesional sanitario (1) ND Mantener a: 4 Aumentar a: 5 162202 Selecciona alimentos y líquidos compatibles con la dieta prescrita (1) ND Mantener a: 4 Aumentar a: 5 060223 Selecciona raciones compatibles con la dieta prescrita (1) ND Mantener a: 4 Aumentar a: 5	5614 Enseñanza: dieta prescrita Actividades 5614.1 Se identifican los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales. 5614.02 Se termina cualquier limitación económica que puede afectar a la compra de los alimentos. 5614.04 Se ayuda al paciente a sustituir ingredientes para cumplir las recetas favoritas de la dieta prescrita. 5614.05 Se enseñan actividades para mejorar los estilos de vida saludable.	162201 Participa en el establecimiento de objetivos dietéticos alcanzables con un profesional sanitario. 1 2 3 4 5 ND RD AD FD SD Puntuación cambio: +4 162202 Selecciona alimentos y líquidos compatibles con la dieta prescrita 1 2 3 4 5 ND RD AD FD SD Puntuación cambio: +3 060223 Selecciona raciones compatibles con la dieta prescrita 1 2 3 4 5 ND RD AD FD SD Puntuación cambio: +2

Fuente: Base de datos de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herdman H (2021), p. 229; Moorhead S (2018), p. 177; Butcher H (2018), p. 178.

Discusión

El presente análisis se realizó, de acuerdo con el caso clínico empleado, a paciente mujer de 53 años con un diagnóstico de cáncer gástrico; por lo que, se tomará en cuenta las intervenciones de enfermería que se efectuaron de manera integral y sistemática para lograr revisar los problemas que se muestran en el caso clínico. Los resultados nos indican las metas que se plantean a partir de un principio, para incrementar el bienestar del paciente y disminuir la complejidad de enfermedad, realizando los cuidados e intervenciones necesarias para la mejora de su integridad. Los próximos resultados indican el porcentaje de los resultados esperados al hacer las intervenciones de enfermería.

Según el análisis de los datos del primer diagnóstico de enfermería, dolor crónico, podemos observar que se obtuvieron todos los resultados deseables en las intervenciones debido a que la paciente fue

atendida, le realizaron una operación y la dieron de alta. Según la definición de NANDA, la experiencia sensitiva y emocional desagradable es ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible, con una duración superior de 3 meses. Según el análisis de los datos del segundo diagnóstico de enfermería, déficit de volumen de líquidos, se observa que no se obtuvieron los resultados en las intervenciones debido a que la paciente siguió bajando de peso; está en proceso la mejoría del paciente. Según la definición de NANDA, la disminución del líquido intravascular, intersticial, y/o intracelular se refiere a la deshidratación, pérdida solo de agua, sin cambios en el sodio. La pérdida de peso es común en la mayoría de los pacientes oncológicos, este adelgazamiento de las personas se da comúnmente en tumores sólidos que en tumores hematológicos; según un análisis que evaluó la pérdida de peso en los seis meses previos al diagnóstico de cáncer, la tasa de pérdida de peso en pacientes con cáncer gástrico fue del 83 al 87 %, siendo estos pacientes con mayor incidencia. La pérdida de peso involuntaria es superior al 5 % del peso normal, por lo que se considera clínicamente significativa.

Según el análisis de los datos del tercer diagnóstico de enfermería, fatiga en las intervenciones, se dieron en un 100 % en el paciente. Según la definición NANDA, la fatiga es la sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual. Según el análisis de los datos del cuarto diagnóstico de enfermería, sobrepeso, podemos observar que no se obtuvo resultados deseables en las intervenciones debido a la complejidad del paciente, presentó una declinación en su estado nutricional con una desnutrición severa pese a tener un IMC de sobrepeso grado I, la paciente ha perdido más del 11 % de su peso. De acuerdo con la VSG podemos catalogarla de manera directa como desnutrida. Según la definición de la NANDA, el sobrepeso es el problema en el que un sujeto acumula un grado de grasa anormal o desmesurado para su edad y sexo.

Según el análisis de los datos del quinto diagnóstico de enfermería, la tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud se dio en una mejora del 100 % en las intervenciones del paciente, puesto que participó activamente en su recuperación en esta fase de intervención. Según la definición de la NANDA, la tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud es el deterioro de la capacidad de modificar conductas que hacen bien a la salud de manera que mejoren el grado de confort. El consumo de tabaco y de alcohol, la mala ingesta de alimentos y la inacción física son los primordiales recursos de peligro de cáncer para este tipo de pacientes.⁴

Según el análisis de los datos del sexto diagnóstico de enfermería, disposición para mejorar la nutrición, se alcanzó un 100 % en su ejecución, la paciente participó en el establecimiento de objetivos dietéticos. Según la definición de la NANDA, la disposición para mejorar la nutrición es un patrón de aporte de nutrientes que se enfoca en satisfacer las necesidades metabólicas, que puede ser reforzado.

Conclusiones

El proceso de atención de enfermería se ejecutó con las actividades propuestas en un plan de cuidados a partir de respuestas humanas y en un contexto social; las necesidades de la paciente adulto mayor han sido satisfechas por una variedad de tratamientos, con cuidados respectivos que se dieron de manera segura y eficaz con el objetivo de obtener una mejoría de la salud a pesar del estado crítico que se presentó en su valoración inicial.

Se identificaron seis diagnósticos de enfermería prioritarios, donde los objetivos propuestos se lograron alcanzar casi en su totalidad, desde el primer, hasta el sexto diagnóstico. En el primer diagnóstico enfermero (00133), dolor crónico, tuvo como indicadores NOC, dolor referido con una puntuación basal (1), su puntuación de cambio fue (+3), obteniendo puntaje final (4). En el indicador pérdida de apetito y náuseas, tuvo una puntuación (1), su puntuación de cambio por intervención fue (+2), puesto que, la paciente logró ser operada dando alivio a este dolor logrando una puntuación final de (4).

En el segundo diagnóstico (00027), déficit de volumen de líquidos, tuvo como indicadores NOC, turgencia cutánea con una puntuación basal (1), su puntuación de cambio fue (+1), obteniendo puntaje final (1). En el indicador ingesta de líquidos, su puntuación de cambio fue (+1) obteniendo puntaje final (1), teniendo como resultado que los objetivos planteados no fueron alcanzados debido a que la paciente siguió con una pérdida de peso (1), presentado luego del alta de anorexia, obteniendo puntaje final de cambio fue (+2). En el tercero (00093), fatiga, tuvo como indicadores NOC, disminución de la energía, con una puntuación basal (1), su puntuación de cambio fue (+2), obteniendo puntaje final (3). En el indicador, interferencias con las actividades de la vida diaria, su puntuación de cambio fue (+1), obteniendo puntaje final (2), en el tercer indicador trastorno (1), de rutina un cambio de (+1), dando resultados parcialmente alcanzados con una puntuación de cambio fue (3). En el cuarto diagnóstico (00232) sobrepeso, tuvo como indicadores NOC, ingesta de alimento. Con una puntuación basal (1), con un sobrepeso inicial al entrar a consulta, tuvo un puntaje de cambio en este indicador (+2). En el indicador energía, su puntuación de cambio fue (+2), obteniendo puntaje final (3). En el siguiente indicador relación peso/talla, su puntuación de cambio fue (+1), obteniendo puntaje final (2). En el último indicador, hidratación, no tuvo una puntuación de cambio (1), es por ello, los objetivos planteados no fueron alcanzados debido a que la paciente presentó una declinación en su estado nutricional con una desnutrición severa pese a tener un IMC de sobrepeso, la puntuación de cambio final fue (+2).

En el quinto (00188), tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, tuvo como indicadores NOC, identifica los beneficios de eliminar el uso perjudicial (1), su puntuación de cambio fue (+3), obteniendo puntaje final (4). En el segundo indicador identifica obstáculos para la eliminación del consumo de drogas, su puntuación de cambio fue (+3), obteniendo puntaje final (4). En el tercer indicador sigue estrategias para la eliminación de drogas seleccionadas, su puntuación de cambio fue (+3), obteniendo puntaje final (4). En el cuarto indicador obtiene ayuda de un profesional sanitario, su puntuación de cambio fue (+3), obteniendo puntaje final (4). En el quinto, indicar los objetivos planteados fueron parcialmente alcanzados con una puntuación de cambio de (+2). En el sexto, (00163) disposición para mejorar la nutrición, tuvo como indicadores NOC, participó en el establecimiento de objetivos dietéticos alcanzables con un profesional sanitario (1), su puntuación de cambio fue (+3), obteniendo puntaje final (4). En el siguiente indicador selecciona alimentos y líquidos compatibles con la dieta prescrita (1), su puntuación de cambio fue (+2), obteniendo puntaje final (3). En el último indicador, selecciona raciones compatibles con la dieta prescrita (1), su puntuación de cambio fue (+1), obteniendo puntaje final (2), los objetivos planteados se alcanzaron parcialmente.

Referencias

1. Piñol F y Paniagua M. Cáncer gástrico: factores de riesgo / Gastric cancer: risk factors. Revista BVSsalud. [internet]. 1998. Fecha de acceso: 27 de mayo de 2022]. 14(3): 171-179. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org>
2. Pilco P, Payet E y Cáceres E. Cáncer Gástrico en Lima Metropolitana. [internet]. Lima: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; 2006. [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.inen.pe>
3. Nicola L, Flores J, Zamora J. Tratamiento Nutricio del Paciente con Cáncer Gástrico. Cancerología 2. (2007): 337-344. Disponible en: <http://incanmexico.org>
4. Santos W. Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico en estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt 2019. [internet]. Huancayo: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt; 2020. [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uoosevelt.edu.pe>
5. Pacora L. Recurrencia en cáncer gástrico sin compromiso ganglionar. [internet]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2015. [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net>
6. Deza M. Factores de riesgo del cáncer gástrico en población adulta. [internet]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2017. [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe>

7. Sanz J, Rulz J, Rodríguez L, Alfaro J, Almajano C, Cuervas M, Mort L. Importancia de la clasificación de Laurén del cáncer gástrico. Revisión de una serie de 295 casos 1974,9 supp. 31: 1-253. Disponible en: <http://www.conganat.org>
8. Valdivia D. Prevención del Cáncer Gástrico. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEM). 2004-2005, enero 2011 [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.inen.sld.pe>
9. National Cancer Institute website. Gastric cancer treatment (PDQ) - health professional version. Updated April 22, 2021. Accessed May 24, 2021. Disponible en: www.cancer.gov
10. Espejo H, Navarrete J. Siancas. Clasificación de los adenocarcinomas de estómago. Revista de Gastroenterología del Perú. Rev. gastroenterol. Perú 23(3) Lima jul./set. 2003. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe>
11. Calvo B, Ibáñez A, Viñuela F, Díaz F, Pimentel M, Guzmán B, Escalona P, Pérez B, Báez V, Boza W. Gastrectomía laparoscópica en cáncer gástrico. Revista Chilena de Cirugía [Internet]. 2008; 60(3):188-193. Disponible en: <https://www.redalyc.org>
12. Benites R. Cáncer gástrico en un Hospital de altura periodo 2012-2017. [internet]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2019. [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net>
13. Carranza K. Perfil clínico epidemiológico del cáncer gástrico. Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz 2008-2018. [internet]. Lima: Universidad César Vallejo; 2019. [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net>
14. Herdman H, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Undécima edición. Estados Unidos: Elsevier; 2021-2023.
15. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Leone M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6 ed. Madrid: Elsevier; 2018.
16. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7 ed. Madrid: Elsevier; 2018.

Correspondencia

altamiranosotoa@gmail.com

Fecha de recepción: 4/7/2022

Fecha de aceptación: 25/7/2022