



Universidad  
**Inca Garcilaso de la Vega**  
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

## **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE  
CON CÁNCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL  
VÍCTOR RAMOS GUARDIA- HUARAZ, 2017**

**AUTORA:**

**LIC. ENF. NANCY MILAGROS HUAMÁN RIOS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN SALUD  
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**LIMA – PERÚ**

**2017**

## DEDICATORIA

A Dios, a mi padre José Albino y a mi hijo Ángel quienes desde el cielo guían mi camino hacia la cumbre del éxito. A mi madre Francisca compañera de mis triunfos y derrotas. A Lilian y José Luis mis queridos hermanos por ser mi apoyo incondicional. A Elio mi gran amor, por ser alguien muy especial en mi vida y demostrarme que en todo momento cuento con él. A mis hijos: Jhames, Gustavo y Fátima por ser mi fuerza y templanza y llenan de alegría cada día de mi vida. Por ello les dedico todo mi esfuerzo en reconocimiento a todo el sacrificio puesto para que yo pueda estudiar, se merecen esto y mucho más.

Lic. Milagros Huamán Rios

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy por sus consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi especialidad, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

A mi asesora, Dra. María Lizarbe Castro, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de este trabajo.

Lic. Milagros Huamán Ríos

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>CAPITULO I MARCO TEORICO</b>	<b>6</b>
1.1 El Cáncer como problema de Salud Publica	7
1.2 Determinantes Sociales del Cáncer	8
1.3 Factores de Riesgo para Cáncer	11
1.4 Epidemiología de Cáncer de Estomago	13
1.5 Teorías de Enfermería	14
<b>CAPITULO II APLICACIÓN DEL PAE – EBE</b>	<b>19</b>
2.1 Valoración según Dominios	20
2.2 Diagnóstico de Enfermería	27
2.3 Planteamiento de Objetivos y Prioridades	28
2.4 Ejecución de las intervenciones	28
2.5 Evaluación de los resultados	28
<b>CAPITULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>41</b>
3.1 Conclusiones	42
3.2 Recomendaciones	44
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>48</b>

## **RESUMEN**

El presente trabajo está enfocado en el proceso de atención de enfermería (PAE) realizado en el hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz en el servicio de Emergencia.

Con base en los supuestos de la teoría de Martha Rogers y el diseño de la guía de valoración con dominios y clases, se implementó el proceso de atención de enfermería a una paciente adulta con cáncer de estómago. Durante dicho proceso se privilegió la atención holística con la prioridad de otorgar cuidados centrados en el logro de resultados, a partir de la interrelación NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). La experiencia permitió una mejor comprensión de la paciente con cáncer como un ser humano unitario, así como un nuevo planteamiento sobre la toma de decisiones en el cuidado y en la aplicación de un pensamiento lateral para la resolución de problemas en la línea de la colaboración y con participación entre la familia, el paciente y la enfermera. En ese sentido, este artículo es una invitación a la reflexión en el actuar e interactuar como personas y como seres humanos únicos e indivisibles.

Este trabajo tiene como objetivo principal brindar y proporcionar una adecuada atención que logre satisfacer las necesidades del paciente, restableciendo así el estado físico, mental y social del paciente para que se reincorpore a la sociedad.

Finalizando mi proceso de atención de enfermería, espero que los datos contenidos sirvan para el progreso y riqueza de los conocimientos científicos para mi carrera profesional.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer Gástrico, factores de riesgo, atención de enfermería, atención dirigida al paciente, enfermería holística.

## **SUMMARY**

The present work is focused on the nursing care process (PAE) carried out at the Victor Ramos Guardia - Huaraz hospital in the Emergency service.

Based on the assumptions of Martha Rogers theory and the design of the assessment guide with domains and classes, the nursing care process was implemented to an adult patient with stomach cancer. During this process, holistic care was prioritized with the priority of providing care focused on achieving results, based on the NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Interrelationship. The experience allowed for a better understanding of the cancer patient as a unitary human being, as well as a new approach to decision making in the care and application of lateral thinking for problem solving in the line of collaboration and With participation between the family, the patient and the nurse. In that sense, this article is an invitation to reflect on acting and interacting as individuals and as unique and indivisible human beings.

The main objective of this work is to provide and provide an adequate care that satisfies the needs of the patient, thus restoring the patient's physical, mental and social state to reintegrate into society

Ending my nursing care process, I hope that the data contained will serve the progress and wealth of scientific knowledge for my career.

**KEYWORDS:** Gastric Cancer, irrigation factors, nursing care, patient care, holistic nursing.

## INTRODUCCION

Con el aumento de la expectativa de vida en el mundo, los cambios en los estilos de vida y el control de las enfermedades infecciosas, ha cambiado también el enfoque epidemiológico, surgiendo en las últimas décadas la preocupación por hacer frente a los nuevos desafíos presentados en salud, principalmente por las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. Dentro de este grupo encontramos a los tumores malignos como una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad de la población. (1)

La aparición de esta enfermedad está fuertemente asociada al envejecimiento poblacional, de esta manera, van adquiriendo mayor relevancia en la medida en que los países avanzan en la transición demográfica. (2)

Las enfermedades neoplásicas debido a su alta letalidad y frecuencia son de gran trascendencia a nivel mundial. De acuerdo a Globocan 2008, a nivel mundial el cáncer de estómago, es el cuarto en frecuencia en hombres (640 mil nuevos casos) y el quinto más común en mujeres (348 mil nuevos casos), el 72,2% de los casos registrados se producen en los países en desarrollo (713 mil casos), las tasas de incidencia de cáncer de estómago varían en aproximadamente 30 veces entre las regiones del mundo: las tasas más altas en hombres están en las regiones del Asia del Este, específicamente en Japón y Corea, con tasas incidencia estandarizada por edad (TEE) que fluctúan entre 70 y 80 casos por 100,000; mientras que en las mujeres esta tasa varía entre 28 y 30 casos por 100,000, respectivamente; la tasa más baja en hombres ocurre en Tailandia (2,7 casos por 100,000), y en mujeres, en Trivandrum, India, con una magnitud de 1,0 caso por cada 100,000 mujeres (3).

En América Latina y el Caribe, es la quinta neoplasia maligna más frecuente en ambos sexos, con una TEE de 11,7 casos por 100,000 habitantes; se ubica también en quinto lugar en frecuencia en mortalidad (4).

En los países desarrollados se ha observado tendencias decrecientes de la tasa de incidencia, desde mediados de los años setenta hasta la actualidad: en general, los países de Europa occidental, Norte América y Australia tienen actualmente tasas de incidencia que se sitúan alrededor de los 10 casos por 100,000 habitantes, mientras que en los países en desarrollo todavía se mantienen tasas de incidencia altas, que fluctúan entre 30 y 40 en la mayoría de ellos. (4)

De acuerdo a Globocan 2008, en el Perú habrían ocurrido 5,215 casos en ese año, representando una tasa de incidencia estandarizada de 21,2 casos por 100,000 habitantes; del mismo modo se estima que fallecieron 4,520 pacientes por esta causa, podemos deducir que la letalidad es alta en cáncer de estómago (86,7%) y que sólo el 27,8% de los casos ocurren en el área de Lima Metropolitana. (3)

Finalmente, el indicador de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) reportado en el estudio de carga de enfermedad para el Perú, sitúa al cáncer de estómago en primer lugar, para ambos sexos: representa 24,403 AVISAs en hombres y 24,577 AVISAs en mujeres; 48,980 AVISAs en total, sólo en un año. (3)

En la región Ancash representa la primera causa de muerte por tumor maligno en hombres y la tercera en mujeres, las curvas en el tiempo. Muestran que su frecuencia aumenta y con ella la mortalidad. Su etiología es multifactorial, donde agentes modificables y no modificables tienen un importante papel en su patogénesis que son sospechosos de intervenir en ella. Se le relaciona con dietas elevadas en concentración de nitratos, así como con bajo contenido de fibra y vitaminas, antecedentes familiares con cáncer, edad mayor a 60 años, nivel socioeconómico bajo, tabaquismo, alcoholismo y con grupo sanguíneo A positivo. También se ha sugerido que patologías como gastritis atrófica, úlcera gástrica e infección; por *Helicobacter pylori* aumentan el riesgo de desarrollar cáncer gástrico. (5)

En la actualidad el diagnóstico de certeza se realiza con endoscopia y toma de biopsia teniendo una especificidad y sensibilidad de 95 a 98%, la tomografía computarizada de abdomen es de gran utilidad en la evaluación de metástasis a distancia. (2)

En su teoría de los seres humanos unitarios, Martha Rogers considera al individuo como un campo de energía que coexiste con el universo y posee una integridad personal y manifiesta; el propósito de la teoría es describir a los individuos como campos de energía irreductibles (pertenecientes el uno al otro en plena evolución) y cómo dichos campos pueden verse afectados por la diversidad de factores, creando de esta interacción a un ser humano unitario o todo unificado. Con este enfoque, el cuidado de enfermería para el paciente con cáncer gástrico amerita una valoración acorde con la complejidad de sus necesidades físicas, fisiopatológicas, emocionales-psicológicas y espirituales, con base en tres principios: (6)

- Cuidados profesionales para administrar un tratamiento de calidad.
- Cuidados centrados en el paciente en función de sus necesidades y deseos.



- Cuidado holístico al integrar los aspectos físicos y psicosomáticos del paciente.

Con esta perspectiva, los profesionales de enfermería no están exentos, como personas, de que a través de la interacción en el otorgamiento de los cuidados al paciente con cáncer, se ejerza una influencia que modifica que su propia persona y su entorno; sin perder el juicio, la creatividad y la inventiva en cada intervención. (7)

Es conveniente precisar que para el desarrollo del proceso de atención de enfermería está enfocado en una paciente con Cáncer Gástrico en el Hospital Victor Ramos Guardia en el servicio de Emergencia, se utilizaron varias fuentes de información (historia clínica, entrevista al paciente y A.C.S.), visita domiciliaria donde a dicha paciente se observó en las carencias de servicios básicos y aparente mal estado nutricional e higiene y en una comunidad rural de poca accesibilidad viendo todos los problemas detectados se recurrió a la articulación de las taxonomías NANDA (la otrora North American Nursing Diagnosis Association). (6), para facilitar la recolección sistemática de la información, se utilizó una guía de valoración estructurada con dominios y clases, necesaria para formular los diagnósticos enfermeros y, con base en ellos, la planeación de resultados esperados, cuidados e intervenciones de enfermería, con el objetivo de brindar un cuidado integral especializado.(7)

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO TEÓRICO**

## CAPITULO I

### MARCO TEORICO

#### 1.1. EL CÁNCER COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en la región de las Américas y en nuestro país, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce. (8)

Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos. La Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2005 se produjeron 7.6 millones de defunciones por cáncer y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes. Según la Organización Panamericana de la Salud, un tercio de las muertes a nivel mundial se producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumentará de 1.2 millones en 2008 hasta 2.1 millones en 2030 por efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida (Consumo de tabaco, alcohol, dieta o saludable, inactividad física), así como por la exposición a contaminantes ambientales, cancerígenos y radiación solar. (9)

Aunque la incidencia general del cáncer es menor en América Latina (tasa estandarizada por edad de 163 por 100 000) que en Europa (300 por 100 000), la mortalidad sigue siendo mayor. Este hecho se debe principalmente a la ocurrencia de cáncer en etapas más avanzadas y está en parte relacionado con un menor acceso a los servicios de salud para el tratamiento. En los EE.UU, el 60% de los casos de cáncer de mama son diagnosticados en las primeras etapas, mientras que en Brasil sólo el 20% lo son y en México sólo el 10% se diagnostican en una etapa temprana.(9)

No hay datos disponibles públicamente sobre cuánto dinero se invierte actualmente en el control del cáncer en América Latina; sin embargo, hay una variación sustancial en el porcentaje del producto interno bruto (PIB) estimado a la atención general de la salud en la región, que oscila entre el 5% para Bolivia, Jamaica, Perú y Venezuela y el 10.9% para Costa Rica. (10)

La prevención y control del cáncer tiene como fin reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad así como mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la implementación sistemática de intervenciones (basadas en evidencias científicas) para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y prestación de cuidados paliativos. Un control integral del cáncer se dirige a toda la población, pero buscando dar respuesta a las necesidades de los distintos subgrupos de riesgo. (10)

De acuerdo a las estimaciones realizadas por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) y publicadas en el GLOBOCAN del año 2008, se estima que la incidencia acumulada de cáncer en nuestro país es de 157.1 casos por 100 000 habitantes, siendo esta notablemente más alta en mujeres que en varones (174.9 por 100 000 versus 140.9 por 100 000); si estas cifras son proyectadas a la población peruana de aproximadamente 30 millones de habitantes, se tiene que cada año se diagnostican más de 45000 casos nuevos de cáncer. (3)

Los datos del Registro Poblacional de Cáncer de Lima Metropolitana permiten estimar que para el año 2011 se diagnosticarían en Lima Metropolitana un total de 34 000 casos nuevos de cáncer; asimismo, si a estos datos se incluyen los del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa y los del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Trujillo se estima que para el año 2015, se diagnosticarían 46 264 casos nuevos a nivel nacional. Los datos del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa, encuentran para el período 2004-2007 una incidencia acumulada de 228 casos por 100 000 habitantes (Incluyendo el cáncer de piel no melanoma) observándose nuevamente una mayor incidencia en el sexo femenino en comparación con el masculino (269.0 por 100 000 versus 183.1 por 100 000 respectivamente). Asimismo, los datos del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Trujillo publicados en el documento "Cancer incidence in five continents" encuentran una incidencia de cáncer de 159.8 casos por 100 000 en varones y de 190,3 casos por 100 000 en mujeres (Sin incluir al cáncer de piel no melanoma). Esta situación de tasas de incidencia más altas en mujeres que en hombres constituye una situación distinta de la reportada a nivel mundial y en la región. (4)

## **1.2 DETERMINANTES SOCIALES DEL CÁNCER**

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de

las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (11)

El incremento de los casos de cáncer en nuestro país puede ser explicado por determinantes como la transición demográfica, la transición epidemiológica, la pobreza, la urbanización, los cambios en la dieta, el género, la raza/etnia, entre otros. (10)

**a).- La transición demográfica:** se caracteriza por la disminución de la mortalidad infantil debido a una reducción importante de las enfermedades infecciosas, de la tasa de fecundidad y de la tasa de mortalidad, lo que trae como consecuencia el envejecimiento poblacional. Estos cambios en la dinámica demográfica han generado modificaciones en la estructura de la población determinando transformaciones en las necesidades y demandas de la sociedad en su conjunto. (10)

Si bien el concepto de transición demográfica ha sido útil para explicar la evolución de la mortalidad y fecundidad de los países actualmente desarrollados, no ha podido explicar por completo lo que ocurre en los países latinoamericanos. En estos, los indicadores de mortalidad y natalidad se han modificado de manera distinta, más por el efecto de la diseminación de los avances tecnológicos en el campo de la salud en general, que por un desarrollo sostenido y equitativo. Asimismo, se ha dado en tiempos diferentes, más rápida que en los países desarrollados y con cierta independencia de las crisis económicas, sociales y políticas por las que ha transitado Latinoamérica durante varias décadas. (11)

**b).- Omran en 1971 definió la transición epidemiológica** como el proceso a largo plazo de cambio de las condiciones de salud de una población que incluye cambios en los patrones de enfermedad, invalidez y muerte. Las características principales de este proceso son el paso de una situación en el que predominaban las enfermedades infecciosas a otro en el que las principales causas de muerte son las enfermedades crónico-degenerativas. Una investigación realizada por la Dirección General de Epidemiología evidencia que para el año 1990, nuestro país se encontraba en fase de transición epidemiológica y que para el año 2006, todas las regiones habían superado la transición y se encontraban en fase post transición. La transición se produjo con mayor velocidad en los departamentos de la costa, pero los efectos también pudieron observarse en las regiones de la sierra y selva.(12)

**c).- La pobreza:** empeora el acceso de las personas con cáncer a los servicios de salud. En la

región de las Américas, dentro de un mismo país, las personas pobres tienen mayores probabilidades de desarrollar enfermedades no transmisibles que aquellas con mayores recursos. Por otro lado, el costo derivado de las enfermedades no transmisibles como el cáncer merma significativamente los presupuestos familiares reduciendo el dinero para necesidades básicas tales como comida, vivienda y educación, requisito básico para escapar de la pobreza.(10)

**d).- La globalización:** ha ocasionado que las regiones que antes eran rurales se urbanicen con lo que terminan adoptando los estilos de vida de las grandes ciudades lo que ha determinado un incremento de las enfermedades no transmisibles y dentro de ellas el cáncer. La urbanización, ha traído como consecuencia la generación de mayor número de puestos de trabajo, en gran parte de carácter sedentario. (12)

**e).- El crecimiento económico:** junto con las innovaciones tecnológicas y las modernas técnicas de marketing han traído como consecuencia modificaciones mayores en la dieta de las poblaciones a nivel mundial, en primera instancia en los países desarrollados y luego en los países en vías de desarrollo, El régimen alimenticio moderno es muy rico en grasas y azúcares y la ingesta de sal es muy superior a los 5g/día recomendados. La comida rápida así como los alimentos procesados con alto contenido en grasas, azúcares, sal y bajo contenido en nutrientes esenciales se están convirtiendo en las opciones alimentarias preferidas y más baratas en la Región. Estas modificaciones en la alimentación conllevan graves consecuencias, las más visibles de ellas son el sobrepeso y la obesidad (Ambos factores de riesgo para diversos cánceres) los cuales no sólo se observan en población adulta sino también en población en edad escolar. (10)

Además de las diferencias socioeconómicas, otra categoría que genera importantes inequidades en salud es el género, asumido este más allá de la diferencia biológica entre sexos como el significado social de esa diferencia que refleja la construcción social de la actividad masculina y femenina, cuya diferencia se traduce en asimetrías entre hombres y mujeres en el acceso a recursos y en el poder sobre ellos. Con base en este concepto, la inequidad de género en salud no se refiere a toda desigualdad entre hombres y mujeres; se refiere a las que son innecesarias, evitables e injustas. (4)

**F).- El Género, la Discriminación Racial y Étnica** fomenta desigualdades en salud entre los individuos y grupos, y dificulta el acceso a los servicios. En algunos países existe gran

desventaja entre las mujeres y hombres afrodescendientes en comparación con la población blanca. Los indígenas en Latinoamérica y el Caribe habitan generalmente en zonas rurales en las cuales no se ha generado un desarrollo equitativo en materia de infraestructura en el área de salud. Cuando estas poblaciones pueden disponer de los servicios en sus propias comunidades éstos resultan de menor calidad o no se otorgan consultas y hospitalizaciones de segundo o tercer nivel de complejidad. Por otro lado, una concepción amplia en las políticas y programas gubernamentales que incorpore los temas de empoderamiento y derechos, difícilmente alcanza a las poblaciones afrodescendientes e indígenas y cuando lo hace, no se ajusta a los contextos culturales específicos. (11)

### **1.3.- FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER**

Existe evidencia de que diversos factores sumados a la carga genética incrementan el riesgo de la aparición de cánceres. El impacto en la salud pública radica en que, una reducción en la frecuencia de los factores modificables en la población general tendría impacto en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer. Los principales factores de riesgo para cáncer son: (4)

- ✓ Consumo de tabaco: Asociado a cáncer de cavidad oral, laringe, pulmón, cérvix, mama y estómago.
- ✓ Consumo de alcohol: Asociado a cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y cáncer de mama.
- ✓ Bajo consumo de frutas y verduras: Asociado a cánceres del tracto gastrointestinal (Estómago, colon y recto).
- ✓ Dieta no saludable: El consumo excesivo de sal y comidas ahumadas se asocia a cáncer de estómago; asimismo, el consumo excesivo de azúcares, grasas animales y carnes rojas se asocia a cáncer de colon.
- ✓ Combustión de leña, carbón y bosta: Vinculado a cáncer de pulmón.
- ✓ Exposición a asbesto: Asociado a cáncer de pulmón (Mesotelioma).
- ✓ Conductas sexuales de riesgo: Como ocurre con el número de parejas sexuales e inicio temprano de relaciones sexuales que incrementan el riesgo de infección por el virus del

papiloma humano (VPH), causa principal del cáncer de cérvix.

- ✓ Uso de estrógenos exógenos: Asociados principalmente a cáncer de mama y de cérvix.
- ✓ Obesidad: Se ha documentado en obesos un incremento del riesgo de padecer cáncer de esófago, cérvix, mama, colon, recto, riñón, páncreas, tiroides y vesícula biliar. El porcentaje de cánceres atribuidos a la obesidad varía de acuerdo al tipo de cáncer llegando hasta el 40 en el caso de los cánceres de endometrio y esófago.
- ✓ Sedentarismo: Incrementa el riesgo de padecer cáncer de colon.
- ✓ Infección: Se ha encontrado asociación entre la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cérvix, del virus de la hepatitis B (VHB) con el hepatocarcinoma y del *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago.
- ✓ Exposición a radiaciones no ionizantes: Como en el caso de la exposición a la radiación solar sin fotoprotección y el cáncer de piel.

Danaei y col. encontraron que tanto a nivel mundial como en países de bajos-medianos ingresos como el nuestro, el mayor número de muertes por cáncer es explicado por factores de riesgo como el consumo de tabaco, consumo de alcohol y bajo consumo de frutas y verduras en la dieta; mientras que, en países de altos Ingresos, los factores de riesgo que explican el mayor número de muertes por cáncer son el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad. Para el caso del cáncer de cérvix, la transmisión sexual del virus del papiloma humano constituyó la principal causa de muerte en países de bajos y medianos ingresos. (17)

La prevalencia en la población peruana de algunos de los factores de riesgo para cáncer puede obtenerse de fuentes secundarias como las encuestas poblacionales realizadas por distintas instituciones como el Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), DEVIDA e investigaciones independientes.(17)



#### **1.4. EPIDEMIOLOGIA DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN EL PERÚ Y EN EL MUNDO**

De acuerdo a Globocan 2008 (1), a nivel mundial el cáncer de estómago, es el cuarto en frecuencia en hombres (640 mil nuevos casos) y el quinto más común en mujeres (348 mil nuevos casos). El 72,2% de los casos registrados se producen en los países en desarrollo (713 mil casos). Las tasas de incidencia de cáncer de estómago varían en aproximadamente 30 veces entre las regiones del mundo: las tasas más altas en hombres están en las regiones del Asia del Este, específicamente en Japón y Corea, con tasas de incidencia estandarizada por edad (TEE) que fluctúan entre 70 y 80 casos por 100,000; mientras que en las mujeres esta tasa varía entre 28 y 30 casos por 100,000. Respectivamente; la tasa más baja en hombres ocurre en Tailandia (2,7 casos por 100,000) y en mujeres, en Trivandrum, India, con una magnitud de 1.0 caso por cada 100,000 mujeres (3).

En cuanto a mortalidad tenemos un estimado de 736 mil muertes en el año 2008 a nivel mundial, convirtiendo al cáncer de estómago en la tercera causa de muerte por cáncer en ambos sexos. Las tasas de mortalidad más altas se encuentran en las mismas regiones donde las tasas de incidencia son altas; evidenciándose que la letalidad es alta en todas las regiones del mundo (4).

En América Latina y el Caribe, es la quinta neoplasia maligna más frecuente en ambos sexos, con una TEE de 11,7 casos por 100,000 habitantes; se ubica también en quinto lugar en frecuencia en mortalidad (4).

En los países desarrollados se ha observado tendencias decrecientes de la tasa de incidencia, desde mediados de los años setenta hasta la actualidad: en general, los países de Europa occidental, Norte América y Australia tienen actualmente tasas de incidencia que se sitúan alrededor de los 10 casos por 100,000 habitantes, mientras que en los países en desarrollo todavía se mantienen tasas de incidencia altas, que fluctúan entre 30 y 40 en la mayoría de ellos.(10)

En relación a la supervivencia a 5 años, en Estados Unidos el cáncer de estómago alcanza tasas de supervivencia en estadios iniciales de 60% en personas de raza blanca y 58% en la población afroamericana (3).

En el Perú, de acuerdo a los resultados de los registros de cáncer poblacionales de Lima Metropolitana, Trujillo y Arequipa, se ha estimado que en el año 2004 habían ocurrido 4,541

casos nuevos (4). En las ciudades de Trujillo y Arequipa el cáncer de estómago es la primera causa de cáncer en ambos sexos (4). En Lima Metropolitana, para el período 2004-2005, el cáncer estómago se sitúa en el primer lugar, cuando se agrupa a ambos sexos, con una tasa de incidencia estandarizada de 17.26 casos por 100 mil habitantes, un promedio de 1,450 casos por año, representando una disminución de 44% y 20%, en hombres y mujeres respectivamente, en relación al período 1968-1970 (10).

De acuerdo a Globocan 2008, en el Perú habrían ocurrido 5,215 casos en ese año, representando una tasa de incidencia estandarizada de 21,2 casos por 100,000 habitantes; del mismo modo se estima que fallecieron 4,520 pacientes por esta causa (1). Podemos deducir que la letalidad es alta en cáncer de estómago (86.7%) y que sólo el 27,8% de los casos ocurren en el área de Lima Metropolitana. (10)

Finalmente, el indicador de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) reportado en el estudio de carga de enfermedad para el Perú (8) sitúa al cáncer de estómago en primer lugar, para ambos sexos: representa 24,403 AVISAs en hombres y 24,577 AVISAs en mujeres; 48,980 AVISAs en total, sólo en un año. (3)

### **1.5. TEORIAS DE ENFERMERIA:**

La enfermería a lo largo del tiempo, se ha desarrollado como una ciencia y como profesión, sin embargo debe de ir respaldada por una teoría (que le da sentido y metodología) y por supuesto por una práctica (que le hace útil y funcional). (15)

Una teoría en la profesión de enfermería consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemáticas de los fenómenos, la utilidad de la teoría para enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de una manera sistemática una forma de trabajo, por ello vamos a describir algunos conceptos y proposiciones: (14)

#### **A).- Salud:**

Nightingale, Definió salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Contemplaba la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía debido a una falta de atención. Utilizó el término

naturaleza como sinónimo de Dios. Este empleo se veía respaldado por las creencias religiosas del unitarismo. Concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Describió la enfermería de salud pública moderna y el concepto de promoción de salud. (6)

Según DOROTHEA OREM La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. (14)

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo. (6)

### **B).- Enfermería:**

Para Nightingale, toda mujer, en algún momento de sus vidas, ejercería de enfermera de algún modo, ya que la enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otras personas. Su idea principal era que toda mujer debe recibir formación para poder cuidar un enfermo y que las enfermeras que proporcionan una atención sanitaria preventiva necesitan una formación aún más amplia. Las enfermeras debían ser excelentes observadoras de los pacientes y de su entorno. Las enfermeras con formación debían realizar una vigilancia continua. (15)

Según DOROTHEA OREM Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. (6)

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son: (7)

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

### **C).- Persona:**

Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Las enfermeras realizaban tareas para y por el paciente y controlaban el entorno de este paciente para favorecer su recuperación. Se enseñaba a las enfermeras a preguntarle sus preferencias, poniendo de manifiesto la creencia de que Nightingale veía a cada paciente como un individuo. (15)

Ella hizo especial hincapié en que la enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente, sobre las elecciones y las conductas personales. Nightingale respetaba a las personas de diversos orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social. (6).

Según DOROTHEA OREM Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. (7)

Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente. (14)

### **D).- Entorno:**

Según Fitzpatrick y Whall, describen el concepto de entorno según Nightingale como “aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas e incluyen desde la comida y las flores hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente”. No se excluye prácticamente ningún elemento del mundo del paciente. Aconsejaba a las enfermeras

a crear y mantener un entorno terapéutico que mejoraría la comodidad y recuperación. Creía que los enfermos se beneficiarían física y mentalmente de las mejoras del entorno. Las enfermeras podrían ser el instrumento para cambiar el estatus social de los pobres, al mejorar sus condiciones de vida físicas y psicológicas. (6)

Según DOROTHEA OREM Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona.

También es necesario aclarar los siguientes conceptos, abarcados en la teoría de Orem:

Necesidades de autocuidado terapéutico: El conjunto de medidas de cuidado que se requieren en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir las necesidades de autocuidado de la persona. (7)

- **Actividad de autocuidado:** Las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo.
- **Agente:** La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en él mismo.
- **Agente de cuidado dependiente:** Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él.

La relación enfermero-paciente-familia representa para Orem el elemento básico del sistema de enfermeros, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, el cual se basa en tener una relación efectiva, en la cual se deberá ponerse de acuerdo para poder realizar las cuestiones relacionadas con la salud del paciente. (14)

Esta relación se ve también en la guía de planificación de la enfermera según Orem, que dice (14)

- Información previa, se debe consultar al paciente y a la familia sobre el estado de salud del mismo y las condiciones culturales. A su vez Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
- Valoración: evaluar el desarrollo del paciente y su familia, que se analizara las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia (acerca del tratamiento).
- Planificación: Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia. La enfermera deberá apoyar la toma de decisiones del paciente y su familia.

## **APLICACIÓN EN LA RELACIÓN ENFERMERO-PACIENTE-FAMILIA**

La teoría de Nightingale incluye tres tipos de relaciones posibles (15)

- Entorno-paciente
- Enfermera-entorno
- Enfermera-paciente

Creía que el entorno era causante principal de la enfermedad en el paciente; no solo reconoció la peligrosidad del entorno, sino que también hizo hincapié en que un entorno adecuado es beneficioso para la prevención de enfermedades. (7)

La práctica enfermera incluye diferentes modos para la manipulación del entorno que sirvan para potenciar la recuperación del paciente. La higiene, la iluminación, ventilación, temperatura y ruidos son elementos a identificar para ser controlados. Además, en sus escritos describe la disposición de la habitación del enfermo en relación al resto de la vivienda, y a su vez, la relación de la vivienda con el barrio. (14)

La relación enfermera-paciente es la relación menos definida por Florence. Pero, de todos modos, propone la cooperación y la colaboración entre enfermera y paciente en sus escritos. Habla sobre los patrones alimentarios del paciente y sus preferencias, el bienestar que le puede proporcionar al paciente la presencia de un animal de compañía, evitar al paciente angustias emocionales y la conservación de la energía mientras que se permite que el paciente realice su autocuidado. (15). Otra de sus aportaciones hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia. (14).

# **CAPÍTULO II**

## **APLICACIÓN DEL PAE - EBE**

## CAPITULO II

### APLICACIÓN DE PAE – EBE

#### PROCESO DE ENFERMERIA

##### 2.1 VALORACION:

##### a).- SITUACION PROBLEMÁTICA:

Paciente de sexo femenino de 52 años, ingresa al Hospital “Víctor Ramos Guardia” de nivel de atención II-2 por el servicio de Emergencia referida del Centro de Salud de Huarupampa en compañía del ACS del caserío de Quenuayoc, por presentar MELENA y HEMATEMESIS. A la valoración se encuentra despierta, ventilando espontáneamente a FIO2 21% pero con notable esfuerzo respiratorio, en AMEG, AMEN y AMEH, LOTEPE, con fascia adolorida (EVA 7/10), quejumbrosa, piel y mucosas pálidas, reseca y frías, muy ansiosa refiriendo tener dolor abdominal intenso y que en la noche presento melena y un episodio de vomito con sangre (hematemesis) .

##### Al control de las funciones vitales:

PA 80/50 mmHg FC 100X', FR 30X', SO2 89%, T° 36, 2°C

ACS. Refiere que la señora NN NN es madre soltera, ama de casa, de bajo nivel económico, analfabeta, vive sola en compañía de sus tres menores hijas de diferentes padres en un cuarto pequeño alquilado donde cocina, duerme y cría animales (cuy, perro y gallina) porque no tiene como pagar un ambiente más grande ya que solo se dedica al reciclaje y lavado de ropa, dinero que a veces gasta tomando y fumando dejando a sus hijas en desamparo, motivo por el cual tienen muchas inasistencias a sus centro educativo.

Al realizar la entrevista, la paciente refiere que su problema inicia hace casi 12 años con ardor en la “boca del estómago” y mucha “vinagrera” por lo que acude a un médico particular quien le da el diagnóstico de Gastritis con un tratamiento de seis meses el cual abandono por falta de dinero pero como estos síntomas se incrementaban cuando dejaba de comer, tomaba licor y fumaba y se auto medicaba con omeprazol que le vendían en las farmacias porque recién se afilio al SIS, además refiere que se gana la vida reciclando botellas de plástico y lavando ropa de sus vecinos para mantener a sus tres hijas ya que es madre soltera (fue abandonada por su pareja hace año y medio), dejando a sus hijas al cuidado de su hija mayor de 11 años, quien a veces falta al colegio, por esos motivos .por eso se siente muy deprimida lo que la incita a tomar alcohol y fumar cigarrillo.



A los tres días de haber estado en observación en el servicio de Emergencia es dado de alta y citado para el viernes 7 de Abril del presente año por el consultorio de Gastroenterología del servicio de consultorios externos , el cual no acude a su cita indicada por ello se decide realizar la visita domiciliaria para su vigilancia y seguimiento de su enfermedad en donde se observa que la Comunidad de Quenuayoc es una zona rural distante del CISEA de Huarupampa con poca accesibilidad de vehículos, su domicilio de la señora NN NN se encuentra ubicado al lado de un puente que es utilizado como un botadero de basura ya que el carro recolector de basura pasa una vez a la semana, al ingreso a su vivienda se observa que esta es pequeña sin compartimientos donde duermen y cocinan además de crían animales domésticos sin jaula (cuyes, conejos, gallinas y perro), no cuenta con servicios básicos por lo que consumen agua de la sequía y hacen sus necesidades debajo del puente. Esta familia está compuesta por cuatro integrantes la señora NN NN y sus tres hijas de 11, 9 y 7 años quienes se encuentran en aparente mal estado nutricional e higiénico, además la señora NN NN se encontraba en estado de ebriedad por lo que no se pudo recopilar más datos

#### **b).- DIAGNOSTICO MEDICO**

- Hemorragia digestiva
- Anemia Moderada
- Adenoma gástrico

#### **c).- DATOS DE FILIACION**

- Apellidos y Nombres : NNN
- Sexo : femenino
- Etapa de la vida : Adulto Maduro
- Edad cronológica : 52 años
- Lugar de nacimiento : Chacas
- Lugar de residencia : Huaraz – Caserio de Quenuayoc
- Fecha de nacimiento : 20 / 02 / 1967
- Grado de instrucción : Primaria Incompleta
- Ocupación : Ama de Casa
- Estado civil : Separada
- Raza : Mestiza
- Número de hijos : 3 hijos

- Religión : católica
- Peso : 62 Kg.
- Talla : 1.50 cm.

**d).- DATOS CLINICOS**

- Servicio : Emergencia
- Fecha de ingreso : 02/ 01/ 2017
- HC : 2280-81

**e).- TRATAMIENTO MEDICO**

- NPO, lavado gástrico y dejar SNG a gravedad.
- Cl NI al 9 % XXX gotas x minuto
- Retos con Poligelina para PAM menor a 60mmHg
- Metoclopramida 10mg EV C/ 8h
- Omeprazol 40mg EV C/ 12h
- Tramal 50mg SC C/12h
- Dimihidrinato 50mg EV C/ 12h
- Ceftriaxona 2gr EV C/24h
- Vitamina K 1 amp EV C/12h
- CBN a bajo flujo
- C.F.V. y BHE

**f).- EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

Análisis de bioquímica	valor normal
Glucosa 85 mg/dl	70 – 110mg
Creatinina 0.9	menor 1,4 mg
Urea 64md/dl	
Análisis de Hemograma	
Hematies 3.770.000 mm <sup>3</sup>	4.100,000-4.620,000
Leucocitos 4,800 x mm <sup>3</sup>	500 – 10000 mm <sup>3</sup>
Hemoglobina 8.2 gr/dl	11.3- 15.2
Hematocrito 24.6 %	36.0 – 48.7 %
Abastondados 4%	0-4%

Segmentados 66%	40 – 70%
Eosinofilos 2%	0 – 4 %
Basofilos 0%	0 - 2 %
Monocitos 3 %	0 – 7 %
Linfocitos 29%	20 – 45 %
Plaquetas 223.000 mm <sup>3</sup>	150.000 – 400.000 mm <sup>3</sup>

Tiempo de protrombina 11 seg.

Endoscopia digestiva alta y biopsia: Tumor ulcerado en zona distal. Adenoma tercio distal gástrico.

Examen Completo de Orina

Aspecto: ligeramente turbio

Color: Amarillo

Glucosa: Negativo

Cuerpos Cetónicos: Negativo

Bilirrubina: Negativo

Urobilinogeno: Negativo

Hemoglobina: Negativo

Proteinas: Negativo

Nitritos: Negativo

Examen microscópico

Leucocitos: 0-2 x campo

Hematíes: 0-2 x campo

Células Epiteliales: 3-5 x campo

Cristales: No se observa

Gérmenes: Escasos

Piocitos: No se observa

#### **g).- RECOLECCION DE DATOS**

##### **EXAMEN FISICO (Céfalo Caudal) - ASPECTO GENERAL**

- Piel y mucosa : pálida y seca, llenado capilar mayor a 3 seg.
- Cabeza : Normo Cefálico, sin presencia de cicatrices.
- Cabello : Buena implantación, corto ondulado.
- Cara : redonda

- Ojos : Ojos simétricos.
- Fosas Nasales : Permeables, ocupada por SNG
- Boca : Mucosa oral seca, dentición completa
- Oído : buena agudeza auditiva.
- Cuello : Simétrico, no adenopatías
- Tórax : Simétrico, MV pasa bien en AHT , ligero tiraje subcostal
- Cardiovascular : Ruidos cardiacos normales, no soplos
- Abdomen : Globuloso, b/d, RHA (+/-), doloroso a la palpación en hipogastrio, además se evidencia una masa en zona hipogastrica y flanco izquierdo.
- Genito Urinario : PPL (-), Vías urinarias ocupada por sonda Foley
- MM Superiores : simétricos, no edemas, fuerza muscular conservada
- MM Inferiores : simétricos, no edemas.

#### **h).- TIPOS DE DATOS (16)**

##### **VALORACION DE ENFERMERIA POR DOMINIOS**

###### **Dominio 1: Promoción de la Salud**

Antecedente de abandono de tratamiento por más de 12 años luego del diagnóstico y auto medicado con omeprazol.

- Clase 02: Gestión de la Salud
- 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos.

Entorno hacinado (vive con animales domésticos sin jaulas), entorno desordenado, alteraciones higiénicas en los niños, desnutrición en los niños, se expresa crisis económica.

- Clase 02: Gestión de la Salud
- 00098 Deterioro del mantenimiento del hogar r/c organización familiar insuficiente.

###### **Dominio 2: Nutrición**

Paciente que presenta nauseas, hematemesis y melenas continuas.

- Clase 05: Hidratación

- 00027 Déficit de volumen de líquidos r/c pérdidas excesivas a través de vómitos y diarreas.

### **Dominio 3: Eliminación e intercambio**

Paciente que presenta disnea, taquipnea y desaturación; además de anemia moderada.

- Clase 04: Función Respiratoria
- 00030 Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación/perfusión

### **Dominio 4: Actividad/ Reposo**

Paciente que presenta piel y mucosas pálidas y frías, llenado capilar lento, hipotensión, taquicardia, hipotermia y taquipnea.

- Clase 4: Respuesta cardiovascular/ pulmonar
- 00029 Disminución del gasto cardiaco r/c alteración de la precarga

### **Dominio 5: Percepción/Cognición**

Paciente Ansiosa y quejumbrosa, preocupada por situación económica parental

- Clase 4: Cognición
- 00251 Control emocional inestable r/c factor estresante

### **Dominio 6: Auto percepción**

No hay evidencia

### **Dominio 7: Rol/Relación**

Paciente Alcohólica y fumadora por más de 20 años, trastorno en el desempeño académico de los niños, duelo no resuelto (separación de su pareja)

- Clase 02: Relaciones familiares
- 00063 Procesos familiares disfuncionales r/c personalidad adictiva (alcoholismo y tabaquismo)

**Dominio 8: Sexualidad**

No hay evidencia

**Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés**

Paciente ansiosa

- Clase 2: Respuestas de afrontamiento
- 00146 ansiedad r/c cambio en el estado de salud

**Dominio 10: Principios Vitales**

No hay evidencia

**Dominio 11: Seguridad/Protección**

Paciente con hipotermia

- Clase 6: Termorregulación
- 00006 Hipotermia r/c disminución de la tasa metabólica

**Dominio 12: Confort**

Paciente con dolor abdominal intenso (EVA 7/10)

- Clase 1: confort físico
- 00132 Dolor agudo r/C agente lesivo físico

**Dominio 13: Crecimiento/Desarrollo**

No hay evidencia

## **2.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PRIORIZADOS (7,14)**

- 00030 Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación/perfusión
- 00027 Déficit de volumen de líquidos r/c pérdidas excesivas a través de vómitos y diarreas.
- 00029 Disminución del gasto cardiaco r/c alteración de la precarga
- 00132 Dolor agudo r/C agente lesivo biológico
- 00006 Hipotermia r/c disminución de la tasa metabólica
- 00251 Control emocional inestable r/c factor estresante
- 00146 ansiedad r/c cambio en el estado de salud
- 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos.
- 00063 Procesos familiares disfuncionales r/c personalidad adictiva (alcoholismo y tabaquismo)
- 00098 Deterioro del mantenimiento del hogar r/c organización familiar insuficiente.

**2.3 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CÁNCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL “VÍCTOR RAMOS GUARDIA”- HUARAZ, 2017**

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Intervenciones	Evaluación
<p>00030 Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación/perfusión</p> <p>Evidenciado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedente de Tabaquismo por más de 20 años.</li> <li>- Disnea</li> <li>- Taquipnea</li> <li>- De saturación</li> </ul>	<p>Mejorar el desequilibrio ventilación/perfusión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar al paciente en posición fowler, para maximizar el potencial de ventilación.</li> <li>- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio.</li> <li>- Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios, retracción de músculos intercostales y supraclaviculares.</li> <li>- Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apnéustica, Biot y patrones atáxicos.</li> <li>- Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos</li> <li>- Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.</li> <li>- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda; mediante el reflejo tusígeno.</li> </ul>	<p>Paciente se mantiene con respiración y saturación dentro de los parámetros normales.</p>



		<ul style="list-style-type: none"><li>- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.</li><li>- Administrar oxígeno suplementario según órdenes.</li><li>- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.</li><li>- Observar la ansiedad y dolor del paciente relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia.</li><li>- Sugerir gasometría arterial y placa de tórax.</li></ul>	
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Intervenciones	Evaluación
<p>00027 Déficit de volumen de líquidos r/c pérdidas excesivas (hematemesis, melena)</p> <p>Evidenciado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Piel pálida y fría</li> <li>- Mucosas secas</li> <li>- Hipotensión</li> <li>- Taquicardia</li> <li>- Anemia Moderada</li> </ul>	<p>Reestablecer el equilibrio de volumen de líquidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo la frecuencia cardíaca, PA, PAM, PVC, según disponibilidad.</li> <li>- Monitorizar los signos de deshidratación (p. ej., escasa turgencia cutánea, retraso del relleno capilar, pulso débil/filiforme, sed intensa, sequedad de mucosas y oliguria).</li> <li>- Canalizar vía periférica de gran calibre con avocath n° 18- 16</li> <li>- Colocar una sonda Foley</li> <li>- Vigilar las fuentes de pérdida de líquido (hemorragia, vómitos).</li> <li>- Monitorizar las entradas y salidas (BHE)</li> <li>- Monitorizar la presencia de datos laboratorio de hemorragia (p. ej., hemoglobina, hematocrito, pruebas de sangre oculta en heces), si están disponibles.</li> <li>- Monitorizar la presencia de datos de laboratorio y clínicos de insuficiencia renal aguda inminente (p.</li> </ul>	<p>Paciente mejora estado hídrico durante el turno.</p>

		<p>ej., aumento del BUN y creatinina, disminución del FG, mioglobinemia y oliguria).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar los estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina (TP), el tiempo de tromboplastina parcial (TTP), el fibrinógeno, los productos de degradación/escisión de fibrina, y recuento de plaquetas, según corresponda.</li> <li>- Monitorizar los estudios de laboratorio (p. ej., lactato sérico, equilibrio acidobásico, perfiles metabólicos y electrolitos).</li> <li>- Administrar soluciones i.v. prescritas (p. ej., suero glucosado al 5% o suero salino al 0,9%) para la rehidratación intracelular a un flujo apropiado, según corresponda.</li> <li>- Administrar los hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia, según corresponda.</li> <li>- Monitorizar la presencia de datos de reacción transfusional, según corresponda.</li> <li>- Administrar líquidos orales (o humedecer la boca con gasas) con frecuencia para mantener la</li> </ul>	
--	--	---	--

		<p>integridad de la mucosa oral, salvo contraindicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Controlar si hay signos/síntomas de shock hipovolémico (p. ej., aumento de la sed, de la frecuencia cardíaca o de las resistencias vasculares sistémicas, oliguria, disminución de los ruidos intestinales o de la perfusión periférica y alteración del estado mental o de la respiración).</li><li>- Valorar la necesidad de intervención quirúrgica de urgencia.</li></ul>	
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Intervenciones	Evaluación
<p>00029 Disminución del gasto cardiaco r/c alteración de la precarga</p> <p>Evidenciado:</p> <p>PAM menos de 60mmHg, piel y mucosas pálidas y frías, llenado capilar lento.</p>	<p>Mejorar volumen sistólico requerido para aumentar el gasto cardiaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corregir hipovolemia mediante administración de líquidos y hemoderivados según indicación médica.</li> <li>- Mantener vía venosa permeable</li> <li>- Vigilar gases arteriales para valorar si hay hipoxia o acidosis metabólica.</li> <li>- Valorar la necesidad de colocar un catéter venoso central; para la administración de inotrópicos según cifras tensionales y para monitorizar PVC.</li> <li>- Valorar perfusión cardiovascular determinada por el gasto cardiaco, la frecuencia cardiaca y el llenado capilar</li> <li>- Valorar la perfusión pulmonar evidenciada por la oxigenación.</li> <li>- Valorar la perfusión cerebral manifestada por el estado de conciencia.</li> <li>- Valorar la perfusión renal a través de la valoración de volúmenes urinarios.</li> <li>- Revisar ECG en búsqueda de arritmias derivadas de hipoperfusión miocárdica.</li> </ul>	<p>Paciente estable hemo dinámicamente, piel tibia</p> <p>normotérmica, PAM mayor a 70 mmHg Flujo urinario de 35 cc/h, PVC de 8 – 12 cc H2O, balance hídrico (+) llenado capilar 2”.</p>

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Intervenciones	Evaluación
<p>00132 Dolor agudo r/C agente lesivo biológico</p> <p>Evidenciado: En fascia de dolor y referencia de dolor intenso en la zona abdominal.</p>	<p>Controlar el dolor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración exhaustiva del dolor: localización, características, aparición, duración, frecuencia y los factores que lo desencadenan.</li> <li>- Evaluar intensidad del dolor EVA (1-10)</li> <li>- Monitorizar cambios en las funciones vitales</li> <li>- Adecuamos al paciente a una posición antalgica</li> <li>- Administrar tratamiento analgésico según prescripción médica.</li> <li>- Valoramos efectividad del tratamiento</li> <li>- Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.</li> <li>- Disminuir o eliminar los factores que precipitan o empeoran el dolor.</li> </ul>	<p>Paciente refiere disminución del dolor EVA 3/10.</p>

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Intervenciones	Evaluación
00006 Hipotermia r/c disminución de la tasa metabólica Evidenciado: T° 36,2°C Piel fría	Reestablecer temperatura corporal dentro de los parámetros normales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observación, control y registro de los signos y síntomas de la hipotermia.</li> <li>- Ingesta de alimentos y líquidos calientes.</li> <li>- Mantener temperatura ambiental por encima de 25°C</li> <li>- Propiciar ejercicios físicos moderados mediante masajes.</li> <li>- Brindar ropa de abrigo (mantas, frazadas precalentadas)</li> <li>- Aplicar calor local (bolsa de agua caliente, lámpara de infrarrojo, manta eléctrica)</li> <li>- Administrar suero intravenoso caliente según prescripción</li> <li>- Colocar alrededor de la cama calefactores o estufas.</li> </ul>	Paciente con T° 36,8 °C

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Intervenciones	Evaluación
<p>- 00251 Control emocional inestable r/c factor estresante</p> <p>- 00146 ansiedad r/c cambio en el estado de salud</p>	<p>Disminuir nivel de ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante</li> <li>- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico</li> <li>- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo</li> <li>- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos</li> <li>- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad</li> <li>- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación: Favorecer respiración lenta, profunda e intencionada, ofrecer líquidos calientes, frotar la espalda si procede</li> <li>- Identificarlos cambios en el nivel de ansiedad y reforzar el comportamiento</li> <li>- Disponer un ambiente no amenazador.</li> <li>- Mostrar calma, escuchar los miedos del paciente y permanecer con él fomentando su seguridad.</li> </ul>	<p>Paciente manifiesta calma y seguridad con el equipo de salud.</p>



		<ul style="list-style-type: none"><li>- Explicar al paciente / familia todas las pruebas y procedimientos.</li><li>- Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.</li><li>- Evitar posibles situaciones emocionalmente intensas</li><li>- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos</li></ul>	
--	--	---	--

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Intervenciones	Evaluación
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos.	Propiciar el cumplimiento del régimen terapéutico recomendado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos.</li> <li>- Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento.</li> <li>- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.</li> <li>- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento.</li> <li>- Instruir al paciente acerca de la administración / aplicación de cada medicamento.</li> </ul>	Paciente describe la medicación prescrita.

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Intervenciones	Evaluación
- 00063 Procesos familiares disfuncionales r/c personalidad adictiva (alcoholismo y tabaquismo)	Propiciar habilidades de afrontamiento adecuadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejería en prevención y control de cáncer</li> <li>- Coordinación con personal de Psicología y Asistencia Social para el apoyo a la familia, emocional, espiritual</li> <li>- Ayuda para el control del enfado y la depresión</li> <li>- Disminución de la ansiedad</li> <li>- Entrenamiento para controlar los impulsos</li> <li>- Facilitar la autorresponsabilidad</li> <li>- Ayudar a buscar grupos de apoyo (grupos parroquiales)</li> <li>- Consejería en prevención del consumo de sustancias nocivas</li> <li>- Terapia familiar con el especialista en Psiquiatría.</li> </ul>	Paciente muestra interés en desarrollar habilidades para la solución de problemas.

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Intervenciones	Evaluación
00098 Deterioro del mantenimiento del hogar r/c organización familiar insuficiente.	Mantener un ambiente seguro del hogar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar la autorresponsabilidad</li> <li>- Aumentar los sistemas de apoyo (Implicar a otros familiares u amistades en los cuidados y la planificación)</li> <li>- Educación sanitaria (Estilos de vida saludable)</li> <li>- Asistencia en el mantenimiento del hogar</li> <li>- Ayudar a la paciente a establecer métodos y rutinas para cocinar, limpiar y otras actividades del hogar)</li> <li>- Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse en beneficio de su familia.</li> </ul>	Paciente reconoce las necesidades de seguridad en su hogar.

**CAPÍTULO III**

**CONCLUSIONES Y**

**RECOMENDACIONES**

### 3.1 CONCLUSIONES:

- Los cuidados proporcionados a la paciente de 52 años de edad, se efectuaron aplicando acciones de enfermería planificadas en base a objetivos concretos y dentro de un periodo de tiempo determinado. Durante la ejecución de los cuidados se tuvo como objetivo principal: Favorecer el proceso de recuperación de la persona para la obtención de su bienestar. Para ello se generaron acciones de enfermería orientadas hacia ese objetivo.
- El Deterioro del intercambio gaseoso es una condición clínica grave que representa el déficit en la oxigenación y/o eliminación del dióxido de carbono, por lo que es identificado como diagnóstico prioritario, el cual se pudo restablecer en un 100% con la ejecución de las intervenciones básicas de enfermería, que se vio reflejada en que el paciente mantuvo su respiración y saturación de oxígeno dentro de los valores normales.
- El déficit de volumen de líquidos es una condición en la que se produce una disminución del líquido intravascular por el incremento de pérdidas (melena y hematemesis), que se debe corregir de inmediato y de forma progresiva, pudiendo evidenciado en piel y mucosas más hidratadas.
- La disminución del gasto cardíaco es una condición en la que la sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo, por lo que la valoración de los diferentes sistemas (renal, cardiovascular, cerebral y pulmonar) deben ser prioritarias para identificar alteraciones, el cual se pudo restablecer en un 50% evidenciado en mejora de la PAM, del flujo urinario y en el mantenimiento de un BH (+).
- El dolor agudo es una respuesta fisiológica frente a un estímulo nocivo que debe ser aliviada de inmediato ya que conlleva a otras alteraciones hemodinámicas, el cual se pudo disminuir el dolor con la aplicación de las intervenciones de enfermería evidenciada en una Evaluación de la Escala del dolor (EVA 3/10).
- La hipotermia es una condición en que la temperatura corporal se encuentra por debajo de a los normal (menor a 36.5°C), el cual se vio resuelta en un 100% aplicando las medidas estándares de enfermería, consiguiendo mantenerla en 36,8°C.

- El control emocional inestable está caracterizado por impulsos incontrolables de ansiedad ante una situación estresante, que no pueden ser manejados por ellos mismos, por lo que necesitan del apoyo emocional por parte de la enfermera para brindarle seguridad y aliviar sus miedos, se pudo lograr que la paciente se mantuvo calmada durante la evaluación.
- El manejo inefectivo del régimen terapéutico de un programa de tratamiento para una enfermedad puede tener complicaciones graves para el paciente, familia y entorno, por lo que es importante como personal de salud restablecerla, por ello mediante las intervenciones de enfermería se pudo lograr el objetivo en un 80% haciendo que la paciente describa la medicación prescrita (medicamento, dosis e importancia en su salud).
- Los procesos familiares disfuncionales pueden conllevar a conflictos, malas conductas y muchas veces al abuso de otros miembros de la familia ya que no se cumplen con las necesidades materiales, educativas, afectivas o psicológicas de sus miembros, poniendo en riesgo a los más vulnerables (niños menores), según el caso clínico se pudo restablecer esta disfuncionalidad evidenciado en que la madre muestra interés en desarrollar habilidades para la solución de problemas.
- El deterioro del mantenimiento del hogar se manifiesta en la incapacidad para mantener independientemente un entorno seguro y promotor de desarrollo para sus integrantes, según el caso clínico se pudo mejorar esta incapacidad evidenciado en que la madre reconoce la necesidad de un hogar seguro para el bienestar de sus hijas.

### 3.2 RECOMENDACIONES

- Los factores de inestabilidad hemodinámica (alteración de signos vitales) deben ser considerados dentro de las instituciones de salud como una prioridad para ser restablecidas lo antes posible ya que ponen en riesgo la vida del paciente, por lo que su monitorización debe ser constante para que nos brinden información sobre el funcionamiento del organismo del paciente.
- Los establecimientos de salud de la jurisdicción de Ancash mediante el PLAN ESPERANZA, deben cubrir servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico definitivo, estadiaje, tratamiento y cuidado paliativo en forma progresiva de acuerdo a la disponibilidad de recursos sobre todo a aquellos afiliados al SIS.
- Las intervenciones de enfermería planteadas deben ir en relación al plan terapéutico medico porque ambas trabajan para un mismo fin, abarcando no solo el aspecto físico sino teniendo en cuenta el aspecto biopsicosocial para lograr un completo bienestar del paciente oncológico el cual tiene implicancia en su entorno familiar y social.
- En la atención del paciente oncológico, esta debe ser integral, que incluya la participación de distintos profesionales sanitarios porque se ven vulnerados diferentes procesos como el psicológico, social, nutricional, rehabilitación, etc.
- La mejoría de esta paciente va depender tanto de los tratamientos e intervenciones por parte de todo el equipo de salud como por parte del apoyo familiar, ya que la paciente no solo se ve afectada físicamente, sino también emocionalmente.
- La relación entre las intervenciones de enfermería planteadas y el plan terapéutico médico es que ambas trabajan conjuntamente para un mismo fin; es decir satisfacer las necesidades básicas de la paciente, brindarle comodidad y apoyo emocional para que obtenga un completo bienestar mediante dure su proceso de enfermedad.
- Es importante destacar que la paciente necesita de la colaboración de la familia como del equipo de otras redes apoyo (religioso, psicológico, salud mental), ya que a pesar de



ser consciente de su enfermedad manifiesta no conectarse con la realidad de la situación al ver su estado de salud deteriorándose cada día.

- Además es muy importante destacar que como enfermero/a uno de nuestro deber es orientar tanto a la paciente como al familiar en lo que es el proceso de resolución de duelo, para que cada día se vayan adaptando a la realidad que enfrenta la paciente, ya que cuando esto ocurra sea menos conflictivo y doloroso para la familia.

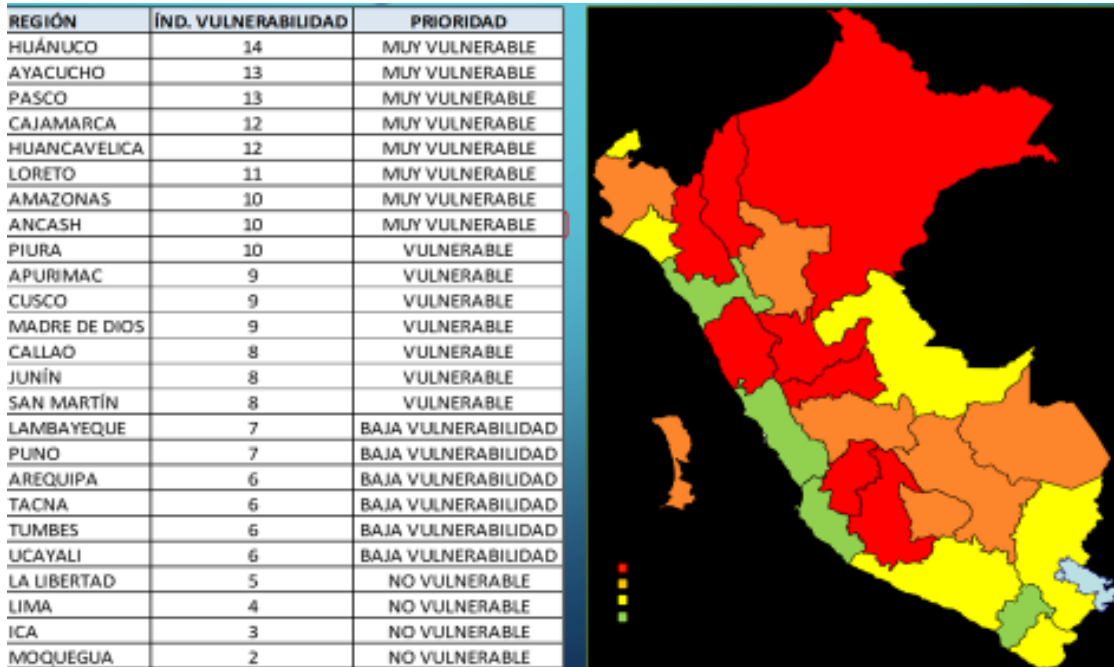
## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Salinas J. Vio F. Promoción de la Salud y Actividad física en Chile. Política prioritaria. Chile: Rev. Panamericana. Salud Pública; 2007.
2. American Cancer Society. Cancer Prevention. Early Detection Facts Atlantic G.A. Madrid: Mc Graw- Hill; 2003. P.317 -326
3. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2008. Lyon.WHO/IARC. [Internet]. 2017.[citado 11 may 2017]; 75(1):1-9 Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>.
4. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de Práctica Clínica de Cáncer Gástrico. Guía Ca Es INEN. 2013; 17(2): 1- 12.
5. Informe Ejecutivo Unidad de Estadística. Morbilidad y mortalidad por causa. Registro de Cáncer en Ancash. DIRESA A 2011; 5(1) 1 -2.
6. BARROSO ROMERO, Zoila TORRES ESPERON. Fuentes teóricas de la enfermería profesional: Su influencia en la atención al hombre como ser biopsicosocial. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2017, [citado 17 Abr. 2017]; 68(2): 5-13 Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662001000100002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002&lng=es&nrm=iso)>.
7. Marriner Tomey Ann, a Raile Alligood Marth. Modelos y teorías en enfermería, Editors. Vol 1.Chile: Servier Sciencie; 2010.
8. Organización Mundial de la Salud. Control del Cáncer Aplicación de los conocimientos Guía para desarrollar Programas Eficaces. OMS Ca.2009; 3(1):12-17.
9. Mohar A, Bargallo E, Rarnrrez MT, Lara F, Beltran Ortega A. Available, editores. Salud Pública. Vol 1. 7ma ed. México: Interamericana Mc. Graw-Hill; 2009.
10. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. INEN PERU. 2013; 3(1); 1-16.
11. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. OMS [Internet]. 2013 [11 Jun 2017]; 15(1):2-9. Disponible en: <http://www.who.int/socialdeterminants/es/>.
12. Omram AR. The Epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change. Brasil: Milbank Mem Fund Q; 2004.

13. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de Salud del Perú. DGE/MINSA. 2010; 7(3): 2-19.
14. Amaro Cano María del Carmen. Florence Nightingale la primera gran teórica de enfermería. Rev. Cubana de Enfermería. 2004; 20(2):3 – 21.
15. VELAZQUEZ AZNAR Anahy, ANDICOURT THOMAS. Caridad. Florence Nightingale La dama de la lámpara (1820-1910). Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010[19 May 2017]; 26(4): 166-169.
16. W.IYER Patricia, J.Taptich Barabara, Donna Bernocchi Losey. editores. Harrison Proceso y Diagnostico de Enfermería. Interamericana. Vol 5. 13 ed. México: Mc. Graw-Hill; 1997.
17. NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación: 2009 - 2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
18. Carpenito LJ. Manual de Diagnósticos de enfermería. 9na edición. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2003.

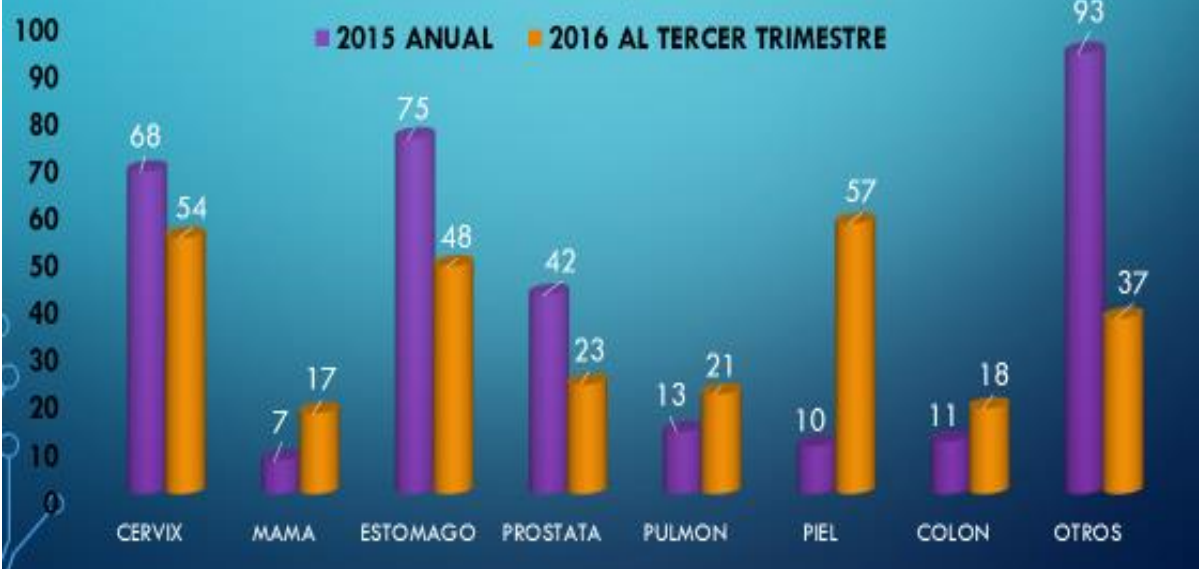
## ANEXOS

### PRIORIZACIÓN DE TERRITORIOS VULNERABLES



## CASOS DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER PRIORIZADOS 2,015-2,016. A NIVEL DE LA REGIÓN ANCASH

(HOSPITALES - VRG, CALETAY EGB)



## DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE CÁNCER SEGÚN LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA Y SEXO. PERÚ. 2,006-2,011.

LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Cérvix	0	13,392	13,392	14.7
Estómago	5,381	4,969	10,350	11.4
Mama	63	9,433	9,496	10.4
Piel	2,744	3,231	5,975	6.6
Próstata	5,376	0	5,376	5.9
Hematopoyético	2,412	1,991	4,403	4.8
Pulmón	2,224	1,940	4,164	4.6
Colon	1,360	1,675	3,035	3.3
Ganglios linfáticos	1,607	1,271	2,878	3.2
Hígado	1,253	1,239	2,492	2.7
Tiroides	425	1,490	1,915	2.1
Ovario	0	1,791	1,791	2.0
Páncreas	814	869	1,683	1.9
Encéfalo	825	747	1,572	1.7
Riñón	916	647	1,563	1.7
Otros	9,571	11,351	20,922	23.0
<b>TOTAL</b>	<b>34,971</b>	<b>56,036</b>	<b>91,007</b>	<b>100.0</b>

**CASOS DE  
CÁNCER  
SEGÚN  
LOCALIZACIÓN  
TOPOGRÁFICA.  
ANCASH 2006-  
2011.**

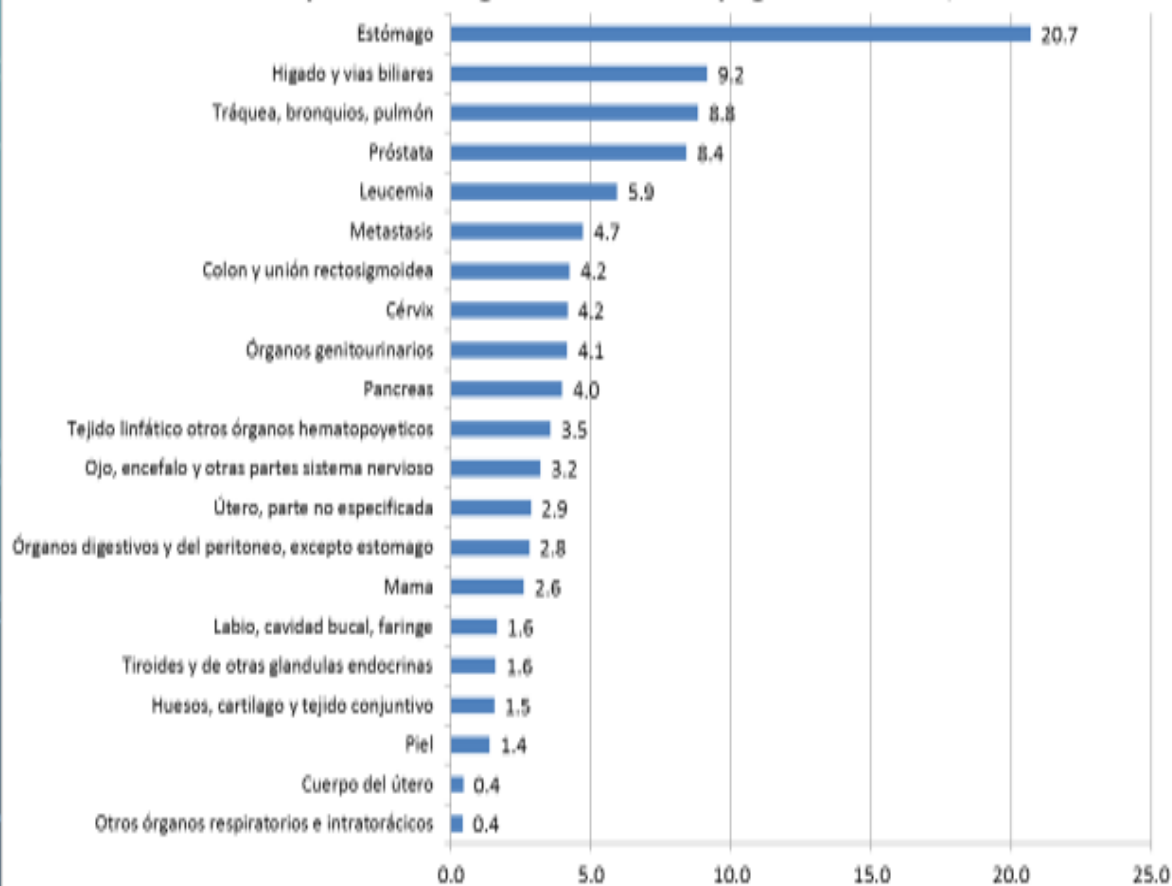
LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Cérvix	-	651	651	22.1
Estómago	166	141	307	10.4
Mama	1	273	274	9.3
Piel	79	112	191	6.5
Próstata	144	-	144	4.9
Hematológico	79	60	139	4.7
Pulmón	40	54	94	3.2
Colon	30	39	69	2.3
Otros	477	595	1072	36.5
<b>TOTAL</b>	<b>1016</b>	<b>1925</b>	<b>2941</b>	<b>100.0</b>

**TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR CÁNCERES EN  
HOMBRES Y MUJERES. PERÚ, 2011.**

TIPO DE CÁNCER	TASA AJUSTADA HOMBRES	TASA AJUSTADA MUJERES	TASA AJUSTADA TOTAL
<b>Estómago</b>	<b>20.5</b>	<b>13.4</b>	<b>16.7</b>
<b>Tráquea, bronquios, pulmón</b>	<b>11.3</b>	<b>7.6</b>	<b>9.0</b>
<b>Hígado y vías biliares</b>	<b>11.9</b>	<b>12.1</b>	<b>12.0</b>
Próstata	16.7	-	8.1
Colon y unión rectosigmoidea	5.7	5.0	5.2
Órganos genitourinarios	4.4	4.8	4.5
Tejido linfático y otros órganos hematopoyéticos	5.7	3.4	4.1
Cuello del útero	-	12.0	5.7
Órganos digestivos y peritoneo, excepto estomago	4.7	3.4	3.9
Páncreas	4.1	3.9	3.7

Fuente: Sistema de registro de Hechos Vitales-Defunciones. OGEI-MINSA

### Mortalidad por cáncer según localización topográfica. Ancash, 2011.



Fuente: Sistema de registro de Hechos Vitales-Defunciones. OGEI-MINSA

DEFUNCIONES POR 100,000

## Modelo explicación del cáncer en el Perú.

Fuente: plan Esperanza (DGSP-MINSA)

