



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

Informe final de investigación previo a la obtención del título de  
Licenciada en Enfermería

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

Aplicación de la teoría de Dorothea Orem en el cuidado al paciente con  
cáncer gástrico

**Autora:**

Naula Criollo Carolina Lisbeth

**Tutora:**

Lic. Luz María Lalón Ramos Msc.

**Riobamba, Ecuador. 2022**

## ACEPTACION DEL TRIBUNAL

Mediante la presente los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación realizado por Naula Criollo Carolina Lisbeth, asesorado por: Msc. Luz María Lalón Ramos en calidad de tutora. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y constancia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH

Para constancia de lo expuesto firman:

Riobamba, 20 de mayo del 2022

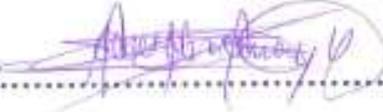
Msc. Mayra Carola León Insuasty

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

FIRMA.....

Msc. Carmen Elisa Curay Yaulema

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

FIRMA.....

Msc. Luz María Lalón Ramos

**TUTORA**

FIRMA.....

## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, con el tema: "Aplicación de la teoría de Dorothea Orem en el cuidado al paciente con cáncer gástrico" realizado por Srta. Naula Criollo Carolina Lisbeth con CI: 1004645972, y asesorado por la MsC. Luz María Lalón Ramos, en calidad de tutora se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente:

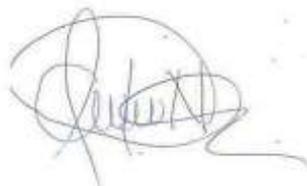
  
.....  
Lic. Luz María Lalón Ramos  
**TUTORA**  
CI: 0601742901

## **DERECHOS DE AUTORÍA**

Yo, Carolina Lisbeth Naula Criollo, con cédula de ciudadanía 100464597-2, autora del trabajo de investigación titulado: Aplicación de la teoría de Dorothea Orem en el cuidado del paciente con cáncer gástrico, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 11 de abril del 2022.



---

Carolina Lisbeth Naula Criollo

C.I: 1004645972

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser la luz que guía mi camino y me ha bendecido con salud y vida para culminar mi carrera, a mis padres por su apoyo incondicional lo cual han hecho posible uno de mis más anhelados sueños, a mis hermanos por ser mi motor lo cual me permitió avanzar con firmeza.

A la Universidad Nacional de Chimborazo, la carrera de Enfermería y su planta docente por abrirme las puertas y forjar disciplina y conocimientos para mi formación académica, gratitud a la Msc. Luz Lalón por su orientación, dirección y constancia durante este proceso de investigación.

## **DEDICATORIA**

A Dios porque es el autor de mi vida, a mis padres por alentarme a ser mejor cada día, con mucho cariño a mis hermanos por ser mi más grande motivación para seguir adelante. A mi tía quien me brindó su compañía y apoyo incondicional.

## ÍNDICE GENERAL

PORTADA .....	I
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	III
DERECHOS DE AUTORÍA .....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA .....	VI
RESUMEN .....	VIII
ABSTRACT .....	IX
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN. ....	1
CAPITULO II. MARCO TEORICO. ....	8
CAPITULO III. METODOLOGÍA.....	19
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	22
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. ....	25
CONCLUSIONES .....	25
ANEXOS .....	1

## RESUMEN

El cáncer gástrico es uno de los tipos de cáncer más comunes en el Ecuador, según los datos estadístico del INEC en el año 2018 reportó un total de 1687 casos de mortalidad equivalentes al 2.3%, respondiendo a 9.8 casos por cada 100 000 habitantes. Generalmente los pacientes cursan con una enfermedad inicial silenciosa evidenciando síntomas en estadios avanzados, lo que conlleva a un pronóstico desfavorable, alterando en los ámbitos: físico, psicológico, social, y espiritual, lo cual se se ve reflejado en la disminución de su autocuidado y en la calidad de vida. El objetivo general es describir la teoría de Dorothea Orem en el cuidado del paciente con cáncer gástrico mediante una revisión bibliográfica según el criterio de varios autores. Se revisaron 80 fuentes bibliográficas de diferentes bases de datos, que tras aplicar criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 61 fuentes bibliográficas, de los cuales 35 fueron utilizados para el proceso de triangulación. En base a los resultados se determina intervenciones de enfermería mediante los tres subsistemas de Orem: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo- educación proporcionando un alivio a los síntomas más severos y apoyo a nivel psicosocial, de esta manera se incluyeron cuidados en un sentido holístico para mejorar la calidad de vida. Se propuso etiquetas diagnósticas NANDA, que permitirá brindar un cuidado estandarizado.

**Palabras clave:** Cáncer gástrico, autocuidado, Atención de Enfermería, Dorothea Orem

## ABSTRACT

Gastric cancer is one of the most common types of cancer in Ecuador. According to statistical data from the INEC in 2018, it reported 1,687 cases of mortality, equivalent to 2.3%, responding to 9.8 cases per 100,000 inhabitants. Generally, patients present with an initial silent disease showing symptoms in advanced stages, which entails an unfavorable prognosis, altering the environments: physical, psychological, social, and spiritual, which is reflected in the decrease in their self-care and in the quality of life. The general objective is to describe Dorothea Orem's theory in the care of patients with gastric cancer through a bibliographic review according to the criteria of several authors. Eighty bibliographic sources from different databases were reviewed, and after applying inclusion and exclusion criteria, a sample of 60 bibliographic references was obtained, of which 34 were used for the triangulation process. Based on the results, nursing urgency is determined through Orem's three subsystems: totally compensatory, partially compensatory, and supportive- education necessary to relieve the most severe symptoms and support at a psychosocial level. In this way, care is included in a holistic to improving quality of life. NANDA diagnostic labels will be required, which will allow standardized care to be provided.

**Keywords:** Gastric cancer, self-care, Nursing Care, Dorothea Orem



Firmado electrónicamente por:

MARCELA PATRICIA  
GONZALEZ ROBALINO

Reviewed by:  
Mgs. Marcela González Robalino  
**English Professor**

c.c. 0603017708

## **CAPITULO I. INTRODUCCIÓN.**

En un estudio realizado por Saavedra<sup>(1)</sup> publicada en el año 2020, cuyo tema trata sobre el “Perfil epidemiológico y anatomopatológico del cáncer gástrico”, la misma que se realizó con el objetivo de determinar perfil epidemiológico y anatomopatológico en pacientes que atraviesan esta patología en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura.

Para ello se efectúa una investigación observacional, de tipo descriptiva, retrospectiva y transversal, con una población conformada por la totalidad de pacientes diagnosticados con esta neoplasia e intervenidos quirúrgicamente en este centro hospitalario durante el periodo enero del 2015 y diciembre del 2018, con una muestra constituida por 138 historias clínicas.<sup>(1)</sup>

Mediante los resultados expuestos se demuestra que la edad promedio comprende entre los 15.1 y 66.9 años, con mayor prevalencia en el sexo femenino, sin presentar antecedentes familiares con esta enfermedad, siendo estas las principales características epidemiológicas de la población. En cuanto a los tumores gástricos se identificó con frecuencia los de localización antral, de tipo IIb en estadio temprano, Borrmann III en estadio avanzado, tipo histológico adenocarcinoma, subtipo histológico células en anillo de sello y con moderado grado de diferenciación son las principales características anatomo patológicas del cáncer gástrico.<sup>(1)</sup>

Por otro lado, en investigaciones realizadas en el Ecuador, Cortez<sup>(2)</sup> presenta su estudio denominado “Factores de riesgo asociados a cáncer gástrico en pacientes atendidos en la Unidad Oncológica Peninsular – SOLCA, Santa Elena” con el objetivo identificar los factores de riesgo asociados a esta enfermedad en el período de 2016 a 2018. La cual fue de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de 37 registros médicos, para la identificación de los factores de riesgo asociados al desarrollo de la enfermedad.

Como resultados se determina que la neoplasia maligna del antro pilórico abarca un 43.2% de la población, y al menos un 89.2% se encontraron en una etapa avanzada de la enfermedad. El 64.9% de pacientes presentaron tumores malignos pobremente diferenciados y el tipo de adenocarcinoma más frecuente fue el difuso con un 67.6%. Se evidencia que la infección por H. pylori fue reportada en el 48.6% con una relación estadísticamente significativa con la neoplasia maligna del antro pilórico y en el

carcinoma gástrico de tipo intestinal y en su mayoría el sexo masculino fue el más representativo. Por ello se considera que es imperativo promover la prevención y tamizaje oportuno de cáncer gástrico en la provincia de Santa Elena.<sup>(2)</sup>

Torres et al<sup>(4)</sup> en el año 2019 publica su investigación con el tema “Relación de calidad de vida y autocuidado en pacientes adultos con cáncer” la misma fue realizada con el objetivo de establecer la relación entre estas dos determinantes en base a un estudio correlacional, analítico, no probabilístico por conveniencia con una muestra constituida por 51 pacientes adultos diagnosticados con cáncer. Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos y dos instrumentos: Calidad de Vida WHOQOL-BREF y Capacidad de Agencia de Autocuidado.

Mediante los resultados arrojados se pudo evidenciar que, la calidad de vida de los pacientes adultos con cáncer, es mala versus buena, representado con más del 70% de la muestra. Con respecto al autocuidado fue suficiente versus deficiente, esto indica que más del 80% de la muestra presenta un autocuidado suficiente de su enfermedad, lo que quiere decir que existe una correlación positiva. Se concluyó que a mayor capacidad de autocuidado se percibe una mejor calidad de vida, por lo tanto, las intervenciones de enfermería deben encaminarse en busca de un cuidado independiente.<sup>(4)</sup>

Flores<sup>(3)</sup> realizó una investigación denominada “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con cáncer gástrico en el Servicio de Oncohematología del hospital de Lima, 2018” El presente trabajo fue aplicado a individuos que presentaron esta patología mediante la guía de valoración de Marjory Gordon, permitiendo formular etiquetas diagnósticas y planes de cuidados, que fueron ejecutados y evaluados.

Es así que se determinó 5 diagnósticos de enfermería como: Dolor crónico relacionado a proceso de enfermedad oncológica, riesgo de infección relacionado con presencia de línea invasiva catéter venoso central, ansiedad relacionado a proceso de enfermedad y tratamiento de quimioterapia, náuseas relacionado con efectos secundarios de la quimioterapia, trastorno del patrón del sueño relacionado con molestias físicas.<sup>(3)</sup>

El propósito fue que el paciente presentará disminución: del dolor, riesgo de infección, ansiedad, de las náuseas durante el tratamiento de quimioterapia después de que se hayan administrado los antieméticos indicados y que el paciente logrará conciliar el sueño durante el turno noche. Se concluyó que, al identificar los diagnósticos de enfermería, se

consigue brindar una atención de calidad en el momento oportuno, logrando que el paciente tenga una mejor calidad de vida.<sup>(3)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer gástrico se trata de una neoplasia maligna que se produce mediante el crecimiento descontrolado de células anormales que aparecen en las capas internas del estómago formando una continua masa o ulceración, con capacidad de invasión y destrucción a diferentes estructuras y órganos adyacentes alterando su función, denominado a este proceso como metástasis.<sup>(5)</sup>

Actualmente esta neoplasia constituye la tercera causa de muerte por cáncer en el mundo con el 8.8% del total y la tasa de letalidad es del 81.6%.<sup>(6)</sup> Mientras tanto la Agencia internacional para la Investigación del Cáncer, en el año 2020 ha reportado 1,09 millones de personas con esta patología, ocupando así la segunda causa de muerte en el hombre y la tercera en las mujeres, estas cifras de afectación ocurren en más del 70% en habitantes de países en vías de desarrollo. Se estima que la mortalidad por esta patología se duplicara en la siguiente década ubicándose como primera causa de morbimortalidad en el mundo.<sup>(7)</sup>

No obstante, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha establecido que en Latinoamérica cada año se producen más de 85.000 casos nuevos y 65.000 muertes por este tipo de cáncer constituyendo la cuarta neoplasia maligna más habitual, con una tasa de incidencia que fluctúa de 11.7 casos por cada 100,000 habitantes lo que conlleva un gran impacto social con una tasa de 60% más usual en hombres que en el sexo femenino.<sup>(8)</sup>

En el Ecuador, según el registro estadístico de defunciones generales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2018 se reportó un total de 1687 casos de mortalidad de este tipo de cáncer equivalentes al 2.3%, respondiendo a 9.8 casos por cada 100 000 habitantes.<sup>(9)</sup> Actualmente en el año 2019 reportó 1705 defunciones, lo que quiere decir que las cifras anuales van aumentando. Además el Ministerio de Salud Pública en el año 2017 analiza que Chimborazo es una de las provincias de riesgo por esta patología, ya que registró 78 casos en ese mismo año.<sup>(10)(11)</sup>

De acuerdo a las investigaciones, los factores de riesgo para contraer el cáncer gástrico mayoritariamente se deben a infecciones una de ellas asociadas al virus de Epstein-Barr y de origen bacteriano como el *Helicobacter pylori* siendo el principal causante de esta enfermedad, ya que constituye más del 60% de los casos, razón por la que el paciente es susceptible a desarrollar lesiones preneoplásicas secuenciales en la mucosa gástrica

debido a la producción de la toxina CagA, de esta manera genera citoquinas inflamatorias asociadas al desarrollo de gastritis atrófica, metaplasia intestinal y displasia.<sup>(12)(13)</sup>

Del mismo modo, los pacientes que presentan patologías directamente relacionados con alteración gástrica como: úlceras, gastritis crónica, anemia perniciosa y personas que han sido sometidas a cirugía previa, son propensos a desarrollar la enfermedad. Cabe recalcar que los pacientes que han sido sometidos a procedimientos quirúrgicos son más propensos a desarrollar cáncer con un intervalo de 15 a 20 años después de su intervención.<sup>(13)(14)</sup>

Además, existen ciertas conductas no saludables que conllevan al individuo a contraer la enfermedad relacionado a los inadecuados hábitos alimenticios como es: el desconocimiento de las dietas saludables, la inadecuada conservación de alimentos, consumo excesivo de sal y conservados con el mismo, exposición a compuestos N-nitrosos, obesidad, alimentos ahumados, adicción a sustancias como el tabaco, y el alcohol de manera frecuente.<sup>(14)</sup>

En un estudio publicado por Díaz<sup>(14)</sup> resalta entre otros factores, la edad avanzada, con un mayor riesgo a contraer la enfermedad, específicamente en un promedio de 69 años en adelante. Tal envejecimiento está representado como uno de los mayores desafíos, en general para la sociedad, y en particular para los sistemas sanitarios, principalmente por la morbilidad que presenta este grupo etario.

En cuanto al género existe mayor afección en el masculino con un 80% de casos, Arias-Sosa et al<sup>(15)</sup> explican que su predominio se debe a la exposición de los diferentes factores ambientales nocivos, ya sean por estilos de vida (consumo de alcohol, tabaco, y dieta) u ocupacionales. Otro factor de riesgo es el grupo sanguíneo A, la predisposición familiar y polimorfismos genéticos. Además, las condiciones ambientales son otra de las causas que afectan directamente a los trabajadores de las industrias de carbón, metal y hule (goma).<sup>(14)</sup>

En este aspecto también es importante identificar el tipo de tumor y los subtipos histológicos más comunes que se presenta en esta enfermedad, para ello Pontillo y Rappa<sup>(16)</sup> destacan que el más grave es el adenocarcinoma gástrico representando el 95% de los tumores gástricos y de tipo intestinal asociado a metaplasia y gastritis crónica, siendo el más frecuente en las áreas de mayor incidencia.

Además, en estudios epidemiológicos se evidencian que el incremento de adenocarcinomas de localización antropilórica (distal) son las más comunes, lo cual concordó con los hallazgos de Crespo et al<sup>(15)</sup> quienes, al estudiar una muestra de 36 pacientes, atendidos en el Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital de Pinar del Río, observaron un resultado similar en un 58,3 % de estas lesiones.

Por lo tanto es importante investigar oportunamente la aparición de esta neoplasia aunque en etapas incipientes de la enfermedad no suele aparecer síntomas, a diferencia de lo que ocurre en el cáncer gástrico avanzado en donde el tumor tiende a ser más extenso y su sintomatología suele ser más florida siendo los más frecuentes las del tracto gastrointestinal superior como: el dolor epigástrico, que representa el 42 % de los casos, seguido de pirosis, disfagia, y sensación de distensión gástrica, acompañado de anorexia, a menudo con náuseas leves y sangrado digestivo menor del 20% de los casos.<sup>(17) (18) (19)</sup>

En este aspecto Palmero et al<sup>(6)</sup> resaltan que el diagnóstico en un estadio temprano muestra el 66.9% de supervivencia, mientras que un estadio avanzado se asocia apenas con el 5%. Del mismo modo Takasu<sup>(20)</sup> señala que uno de los factores que dificultan el pronóstico favorable del cáncer gástrico es la incidencia en pacientes de edad avanzada, ya que investigadores encontraron que las comorbilidades son los principales factores para un mal pronóstico con desenlace fatal.

Andrade et al<sup>(9)</sup> coincide que el diagnóstico en una etapa avanzada de la enfermedad continúa siendo uno de los casos más frecuentes, principalmente las de estadio IV. En esta etapa de la enfermedad, la tercera parte de estos pacientes ya habrán presentado metástasis, lo que quiere decir que la tasa de supervivencia es menor de un año, razón por la que se busca constantemente generar bienestar al paciente con la menor invasión posible a través de tratamientos los cuales se emplean con la finalidad de detener el crecimiento neoplásico o retirar los tumores malignos, en este campo se emplean como medios de tratamiento: la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia.<sup>(21)</sup>

Es así que una decisión multidisciplinaria sobre el adecuado abordaje terapéutico evidentemente mejora el pronóstico del paciente ya que se trata de una enfermedad maligna caracterizada por presentar un proceso degenerativo- progresivo, agravado por episodios de dolor crónico y manifestaciones de ansiedad, depresión y tristeza las cuales deterioran la calidad de vida con repercusiones sociales, económicas y emocionales, sumado esto a las elevadas y crecientes estadísticas de la enfermedad, por lo cual el

equipo de salud debe estar preparado para atender oportunamente a la población que lo padece.

De allí pues surge la necesidad de proporcionar cuidados destinados a la atención específica del paciente hasta el final de la vida gracias al avance de los nuevos tratamientos y la calidad de atención que ofrece el profesional de enfermería en el proceso de establecer el cuidado en el paciente oncológico aplicado en la práctica diaria. Esto garantiza que los usuarios reciban el nivel de atención adecuado, una favorable evolución, así como también una mejor calidad de vida, incluyendo cuidados individualizados y la educación tanto al paciente como a su entorno familiar.<sup>(22)</sup>

A pesar de que en la actualidad se ha visto impregnado el modelo biomédico y curativo, Rivera<sup>(23)</sup> menciona que esto, ha alejado el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado, cumpliendo la función de socializar a los individuos con pautas y normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema de salud, de esta forma el cuidado holístico se ve dificultado por las múltiples tareas delegadas de tipo biomédica quedando relegado acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia de forma cercana.

Es por ello que se considera importante reforzar estos aspectos esenciales en la práctica de enfermería con un enfoque en la integralidad del paciente al momento de brindar un cuidado profesional. Así pues, para emprender estas acciones es necesario comprender bases conceptuales sólidas mediante conceptos y teorías planteadas en el área de la salud y de enfermería que permiten mejorar la práctica clínica utilizando el conocimiento científico, de esta forma se asegura la calidad de servicio en pacientes con patologías incurables como el cáncer gástrico.<sup>(24)</sup>

Considerando estos aspectos, en varias ocasiones una de las capacidades más afectadas del paciente es el autocuidado por la degeneración tanto física como psicológica, esto motiva a reflexionar sobre el desarrollo de la práctica profesional, considerando que va más allá de una actuación puramente basada en la atención en salud, sino también debe abarcar aspectos de carácter interpersonal para fomentar tareas que ayuden al individuo a superar ciertas dificultades para el cuidado de sí mismo.

Precisamente el modelo teórico de Dorothea Orem constituye un marco de referencia para la práctica clínica de enfermería, ya que permite facilitar el proceso de la enfermedad y

ayudar a las personas a lograr el bienestar a través de un conjunto de acciones las cuales integran cuidados en los aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, considerando que el ser humano se distingue por su potencial de aprendizaje y desarrollo para alcanzar el autocuidado.<sup>(25)</sup>

El modelo conceptual de Orem no sólo está orientado a situaciones de final de la vida, sino que encamina al cuidado de pacientes con enfermedades graves y a largo plazo. Este modelo consiste en controlar factores internos y externos que puedan comprometer la vida y su desarrollo, además ofrecer herramientas a los profesionales de enfermería para brindar atención de calidad con el binomio salud – enfermedad.

Santos et al<sup>(26)</sup> menciona que la teoría de Dorothea Orem abarca amplios conocimientos que permiten consolidar y enriquecer el desempeño del profesional de enfermería, ya que posibilita la identificación de necesidades de autocuidado, establecer soluciones para alcanzar la salud y bienestar del individuo, además, constituye un pilar fundamental para la enseñanza, la práctica y especialmente para el desarrollo de la ciencia en el campo profesional.

También proporciona a los individuos una asistencia directa en el autocuidado con el fin de facilitar la autorresponsabilidad e independencia a través de una valoración holística para comprender la respuesta del ser humano e intervenir de manera oportuna con cuidados estandarizados mediante la taxonomía NANDA para el desarrollo de intervenciones que posteriormente serán planificadas y evaluadas. Todas estas actividades están encaminadas a obtener una respuesta favorable y garantizar el bienestar del cliente identificando los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales.

En efecto, los cuidados que implican ser atendidos deben emplearse desde una visión integral, para ello se busca constantemente evaluar la condición del paciente para alcanzar un estado óptimo de bienestar. Es por ello que, mediante los sistemas de enfermería planteados por Orem, se pretende atender la parte física y psicológica con cuidados que garanticen la estabilidad del paciente, es decir se trabaja con la priorización de las necesidades más urgentes, tomando en cuenta la educación para favorecer un cuidado independiente.

En este aspecto, se vislumbran nuevos retos para enfermería desde el paradigma de la salud pública, y el papel que desempeña dentro del equipo de salud, para sustentar las prácticas sobre el autocuidado, por lo tanto, es importante conocer el marco teórico

expuesto por Dorothea Orem adaptado a las personas que padecen cáncer gástrico en busca de resultados positivos y brindar el acompañamiento hasta el final de la vida.

Al analizar el complejo proceso patológico del cáncer gástrico es necesario entender la situación de vulnerabilidad que atraviesa el paciente al enfrentarse a grandes riesgos, esta dificultad se podrá evitar solo si es detectado a tiempo y si se mantienen los cuidados necesarios.

En este estudio las personas beneficiarias serán los pacientes que padecen cáncer gástrico, también la sociedad porque se prestará información acerca de la importancia del autocuidado, y un aporte para los profesionales de enfermería que se encuentran en primera línea de atención de salud para el mejoramiento de las prácticas clínicas, ya que todo estará justificado científicamente y respaldada en un marco de referencia.

Siendo así el objetivo principal del presente estudio, es describir la teoría de Dorothea Orem en el cuidado del paciente con cáncer gástrico mediante una revisión bibliográfica según el criterio de varios autores; como objetivos específicos están: analizar las principales intervenciones de enfermería desde la perspectiva de los sistemas establecidos por Orem, y proponer diagnósticos de enfermería basado en las Taxonomías NANDA.

## **CAPITULO II. MARCO TEORICO.**

El cáncer gástrico es definido como una neoplasia maligna con mayor frecuencia en el mundo contemporáneo debido a su alto índice de morbilidad considerándose como un problema de salud pública. Esta enfermedad es causada por alteraciones en el epitelio normal, esto inicia con una gastritis superficial, evoluciona a gastritis crónica atrófica, luego se convierte en metaplasia intestinal, en displasia y finaliza en adenocarcinoma gástrico.<sup>(27)</sup>

Este proceso de la enfermedad puede generar síntomas que suelen ser evolutivos, donde el paciente experimenta una sensación de malestar que inicia a nivel epigástrico acompañada por la pérdida de peso corporal importante, hasta una serie de complejos multiorgánicos que comprende la fase metastásica. A este punto se considera como cáncer avanzado y el pronóstico de supervivencia es mínimo, requiriendo de un manejo multidisciplinario y cuidados específicos.<sup>(28)</sup>

El profesional de enfermería trabaja en dirección al cuidado al paciente en cuanto a la planificación de acciones y estrategias dirigidas en satisfacer necesidades requeridas por el paciente con cáncer gástrico y de su familia ya que, al tratarse de ser una patología letal, lo que conlleva al deterioro físico y psicológico de la persona. Por ello, el servicio que se ofrece debe ser integral y humanizado, considerando al paciente como su eje principal, pero tomando en cuenta su relación con el entorno social en que vive.<sup>(29)</sup>

De tal modo, las actividades de cuidado que se empleen en este ámbito implica la participación activa en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, mediante medidas preventivas para evitar la aparición de la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.<sup>(30)</sup>

Precisamente los argumentos acreditados de estos cuidados se fundamentan en un sólido conocimiento científico y humanista, con el fin de brindar un servicio de calidad sustentado en modelos teóricos investigados en pacientes con patologías complejas como es el cáncer gástrico, donde el profesional de enfermería contempla acciones no solo en el cuidado asistencial sino también en la educación para generar la autonomía del paciente.<sup>(25)</sup>

Una de las representantes más estudiadas en este ámbito, es el modelo teórico de Dorothea Orem la cual plantea el importante rol de enfermería que consiste esencialmente en suplir o ayudar al individuo para realizar acciones que no puede llevar a cabo por sí mismo, con el fin de emprender acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, afrontar consecuencias de la enfermedad, satisfacer las necesidades y demandas de cuidado.<sup>(29)</sup>

Además, a través de esta teoría nos permite identificar el grado de incapacidad de los pacientes para ejecutar acciones de intervención como; la asistencia de cuidados y apoyo educativo, considerando al individuo como un organismo biológico, racional y pensante con capacidad para conocerse, reflexionar y llevar a cabo acciones de autocuidado independiente, con el propósito de alcanzar una mejor calidad de vida, al igual que una favorable evolución de la enfermedad.<sup>(25)</sup>

En este aspecto George<sup>(31)</sup> reconoce la importancia de este cuerpo teórico precisamente por la habilidad que desarrolla el ser humano para cuidar de sí mismo, sin embargo, esta actuación puede no ser posible porque puede estar ligada a la condición o dificultad del individuo para emprender estas actividades. Igualmente, Naranjo<sup>(29)</sup> a través de esta teoría, también resalta la capacidad que posee el profesional de enfermería, en definir el

momento en el cual el paciente puede realizar el autocuidado y cuando intervenir para que el mismo lo logre.

Es por ello que esta teoría se clasifica en tres subteorías interrelacionadas que permite intervenir según la condición del paciente, que son: del Autocuidado, del Déficit en el Autocuidado y por último de los Sistemas de Enfermería. La primera describe una serie de conductas y actividades aprendidas por los individuos que permiten regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Es decir, se trata de la responsabilidad que tiene cada persona para la conservación y cuidado de su propia salud.<sup>(29)</sup>

La segunda subteoría que es del déficit del autocuidado, comprende la relación entre la demanda terapéutica y en las aptitudes desarrolladas para el cuidado de sí mismo, no son adecuadas para conocer e identificar los componentes de la demanda existente. En efecto, los pacientes requieren de total ayuda de la enfermera para cubrir las necesidades requeridas mediante el desarrollo y ejecución de intervenciones.<sup>(25)</sup>

Por último, la tercera corresponde a los Sistemas de Enfermería en el que se desarrollarán los cuidados del paciente con cáncer gástrico, ya que es considerado como un método de ayuda secuencial de acciones que superarán o compensarán las limitaciones asociadas a la salud del individuo. Para emprender acciones regulatorias relacionadas al funcionamiento y desarrollo del paciente, Orem clasifico esta subteoría en tres subsistemas que son: plenamente compensatorio, parcialmente compensatorio, y de apoyo-educación.<sup>(29)</sup>

Mediante esta sistematización el profesional de enfermería podrá identificar el grado de discapacidad de manera oportuna y brindar los cuidados desde la complejidad de la enfermedad. Para emprender estas acciones Orem planteó cinco métodos de actuación, las cuales implican: “realizar o actuar”; “sustituirla en lo que no puede hacer”; “dar apoyo físico y/o psicológico”; “guiar y remitir”; “crear y mantener un entorno que favorezca su desarrollo y enseñanza”. Cualquiera de estos métodos puede utilizarse de forma combinada o aislada al momento de brindar el cuidado según el subsistema que se requiera.<sup>(25)</sup>

Para iniciar con el primer subsistema “totalmente compensatorio”, Orem<sup>(29)</sup> enfatiza el importante rol de enfermería en satisfacer los cuidados demandados por el paciente hasta que logre reanudar a las actividades de autocuidado. En este sentido se requiere de

cuidados específicos e individualizados para aliviar los síntomas más severos que se evidencian en las fases más avanzadas de la enfermedad. Venturelli et al<sup>(32)</sup> señala que el dolor es el predominante en pacientes que padecen esta patología, por ende, los cuidados se dirigen con el fin de recuperar la funcionabilidad física y lograr la independencia de autocuidado.<sup>(33)</sup>

Desde este punto de vista utilizaremos el primer método de actuación que es “realizar o actuar” en donde enfermería interviene en el cuidado de los síntomas mayoritariamente implicados en la funcionabilidad del paciente, siendo principalmente el dolor que trae consigo dificultades como por ejemplo conciliar el sueño, participar en actividades cotidianas, e incluso, aparecen trastornos mentales asociados, afectando a la integridad y calidad de vida.<sup>(34)</sup> Por lo cual Othman<sup>(35)</sup> agrega que el 88,90% de pacientes, son afectados por este síntoma, llevándolos a depender de cuidados para el alivio del mismo.

De modo que, para emprender las actividades de actuación de enfermería Flores<sup>(3)</sup> y León et al.<sup>(36)</sup> sugieren iniciar con la valoración mediante la escala visual analógica (EVA), que permite identificar el grado de dolor de manera oportuna con el tratamiento adecuado. De acuerdo al puntaje obtenido, la administración de analgésicos opiáceos es el más recomendado por inducir analgesia de elevada intensidad, siendo de gran utilidad específicamente en escalas de moderados a severos particularmente de origen visceral.

Igualmente, Armijos et al<sup>(37)</sup> refiere otros analgésicos pertenecientes al grupo de los opioides como: el tramadol, hidromorfona, metadona, morfina, hidrocodona, fentanilo. A su vez estos medicamentos pueden combinarse con otros fármacos adyuvantes no opioides para complementar la analgesia como: paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides, antidepresivos, anticonvulsivos y bifosfonatos. Para ello, es necesario tener un manejo minucioso de estos fármacos por su capacidad de interacción y los efectos secundarios importantes, específicamente en pacientes con uso prologado de estas medicinas.

Otra de las recomendaciones según Besen<sup>(38)</sup> es usar dos medicamentos opioides y al menos tres analgésicos no pertenecientes a este grupo, para potenciar así su efecto. Esto disminuye el riesgo de administrar dosis exageradas de opioides o de otros medicamentos que pueden ser tóxicos, ya que estos podrían ocasionar efectos adversos no deseados que compliquen la estabilidad del paciente, consiguiendo un mejor alivio para este malestar

favoreciendo al confort, disminuyendo estancias prologadas y experiencias desagradables para el individuo.

Por ejemplo, algunos autores manifiestan que, el uso de AINES de forma concomitante con el fentanilo, garantizan un adecuado alivio del dolor, mediante la disminución de las dosis del opioide, con esto se consigue evitar riesgos para el paciente. De la misma manera Quisilema afirma que se logra una disminución favorable de narcóticos opioides cuando son administrados de forma coadyuvante, otro ejemplo es el diclofenaco y el tramadol, los mismos que son usados comúnmente para aliviar el dolor leve sin necesidad del aumento de las dosis.<sup>(38)</sup>

Por otro lado, Moreira y Salgado<sup>(39)</sup> atribuye que además se pueden utilizar diferentes técnicas no farmacológicas que contribuyen al alivio de este síntoma, como por ejemplo los ejercicios de respiración controlada, que logran calmar el sistema nervioso central y controlar el estrés. También los masajes, el yoga incluso la hipnoterapia se pueden complementar a los tratamientos para el adecuado manejo. De igual modo, recalca los distintos tratamientos tradicionales como: el ejercicio, entrenamiento de relajación, terapia física y acupuntura.

No obstante, Armijos A. et al<sup>(37)</sup> corrobora que los distintos tipos de relajación son un método para la reducción favorable de este síntoma, además ayudan de manera notable a conciliar el sueño y aumentan los niveles de energía, ya que muchas veces esto es obstaculizado por el dolor y por el acumulo de estrés por varias causas o tratamientos como la quimioterapia. Un tipo de relajación es denominada “muscular progresiva” que consiste en la contracción y relajación de grupos musculares del cuerpo, el objetivo es disminuir la tensión combinada junto con la respiración alternada.

Por otra parte, Lopes et al.<sup>(40)</sup> indica que el masaje terapéutico también promueve la relajación y la sensación de bienestar, al igual que la acupuntura que favorece a la reducción del dolor de manera notable gracias al estímulo de producción de endorfinas. Desde este punto de vista Cosmina<sup>(41)</sup> resalta que, al aplicar esta técnica, existe menos dependencia a drogas farmacológicas, se comprobó mediante la evaluación con la escala visual, y notó una disminución favorable de este síntoma. Todos estos métodos se utilizan con el fin de evitar el agotamiento físico y psicológico del paciente.

Por otro lado, Gelinas<sup>(38)</sup> aporta que la reflexología es otro método que ayuda al control del dolor, esta técnica consiste en realizar toques específicos en zonas de las manos o de los pies para localizar la tensión y restablecer el equilibrio del cuerpo. Se comprobó que

estos masajes causan un efecto tranquilizante, creando un ambiente de calma y una respuesta favorable a la conciliación del sueño- descanso.

Del mismo modo Flores<sup>(42)</sup> menciona otras técnicas como: la oración, distracción, imaginación y la visualización ya que crear una imagen en la mente ayuda inconscientemente a disminuir el sufrimiento y de esta forma mantener la mente ocupada. Por último, Armijos A. et al<sup>(37)</sup> agrega que además se debe emplear la enseñanza en el entrenamiento de habilidades en cuanto a los métodos no farmacológicos antes mencionados para que se realicen de manera correcta, ya que esto ayuda a modificar la experiencia del dolor y contribuyen al alivio del mismo.

Como segundo punto se abordara sobre la desnutrición, problema mencionado por los autores Gutiérrez<sup>(43)</sup>, Miranda<sup>(44)</sup>, y Urrutia<sup>(45)</sup> coincidiendo que es una de las afecciones significativas en pacientes con cáncer gástrico, provocado por la malabsorción de macro y micronutrientes debido a los tumores originados, situación que pone en alto riesgo el estado nutricional del paciente, encaminando a diversas consecuencias como: la pérdida de peso importante, debilidad, fatiga, disminución del sistema inmunitario incluso síntomas más severos como la caquexia, disminuyendo la funcionabilidad del paciente, lo que conlleva a la dependencia de cuidados.

Desde otro punto de vista, los efectos tóxicos de terapias oncológicas como las quimioterapias también contribuyen a la desnutrición, se conoce que este tipo de tratamiento puede dar lugar a la pérdida o disminución del apetito, además provoca síntomas como náuseas, vómito, diarrea, imposibilitando una alimentación adecuada, lo que agrava aún más el cuadro clínico del paciente.<sup>(45)(46)</sup>

Es así que Molina calcula que la aparición de este trastorno de carácter nutricional representa un índice entre el 15-40% en el momento del diagnóstico y hasta un 80% en fases avanzadas del proceso patológico, siendo así un problema muy característico de esta enfermedad.<sup>(45)</sup>

En este contexto se emplea el siguiente método planteado por Orem “sustituir en lo que no puede hacer” en la cual el rol que desempeña el profesional de enfermería para suplir esta afección, es brindar cuidados mediante la sustitución de dietas específicas para no descuidar la nutrición acorde a la tolerancia y capacidad del paciente.<sup>(47)</sup>

De esta manera los autores Claudia<sup>(47)</sup> indica que el soporte nutricional, contribuye a mejorar la calidad de vida, ya sea por vía oral, enteral o parenteral según la condición clínica, conjuntamente con la valoración de tolerancia a la dieta y el control de ingesta y excreta. En este aspecto Álvaro<sup>(48)</sup> destaca que se deben realizar planificación de dietas, y horarios para cumplir las 5 ingestas diarias siempre que el individuo sea capaz de ingerir, como mínimo del 75% de los requerimientos nutricionales.

Por su parte Cáceres<sup>(49)</sup> y Mamolar<sup>(46)</sup> sostienen que es necesario considerar algunos elementos para favorecer la ingesta, las cuales implica: el crear un ambiente agradable, ofrecer tiempo suficiente para comer, colocar en una posición adecuada (sentado), brindar una concentración nutricional en pequeños volúmenes, y la disminución el estímulo nauseoso ya que este síntoma puede contribuir al abandono del régimen terapéutico. Para ello se debe considerar la temperatura ambiente de los alimentos con el fin de disminuir tanto su sabor como su aroma, evitar la exposición a diferentes olores de comidas y facilitar la deglución.

De igual modo, es importante diseñar un plan de seguimiento durante la intervención nutricional y el acompañamiento del paciente y de los familiares durante todo el proceso. Esto permite evaluar si a lo largo del tratamiento el paciente comienza a perder peso y así poder detectarlo de forma precoz.<sup>(48)</sup>

Para complementar los cuidados respecto a la nutrición del paciente, Rodríguez<sup>(50)</sup> resaltan la importancia del adecuado manejo de los diferentes dispositivos de alimentación, (en el caso de la nutrición enteral o parenteral), se debe vigilar la permeabilidad, realizar las respectivas medidas de asepsia para evitar infecciones, y la evaluación de manera constante.

Como segundo subsistema se encuentra el “parcialmente compensatorio” en el cual no se requiere de la misma amplitud de intervenciones de enfermería, a comparación del anterior descrito, debido a que el paciente se encuentra mucho más implicado en su propio cuidado para lograr el bienestar.<sup>(29)</sup>

De manera que los cuidados empleados en este contexto según Echeverri<sup>(51)</sup> se dirigen directamente en contribuir en el apoyo psicosocial. Siendo así una de las afecciones más frecuentes en pacientes con enfermedades incurables como el cáncer gástrico, debido a los diversos cambios emocionales que atraviesa el individuo durante el proceso de la enfermedad, y que afectan de manera importante en el bienestar psicosocial.

Además, trae consigo sentimientos como: la desesperanza, ira, tristeza, resentimiento, incertidumbre, miedo a los nuevos síntomas e impotencia al esperar el desenlace mortal. En varias ocasiones, los cambios en el estilo de vida y la dependencia a tratamientos los conlleva a desarrollar depresión, angustia y ansiedad.<sup>(51)</sup>

En este sentido el apoyo familiar es de gran ayuda para afrontar las diversas dificultades que se presentan a nivel emocional, junto con la enfermera que se encuentra implicada en los cuidados del paciente. De esta forma combinan una red de apoyo, para conseguir el bienestar íntegro.<sup>(51)</sup>

Conforme a lo referido, aplicaremos el método de actuación de enfermería denominado “dar apoyo físico y/o psicológico” en el cual Flores<sup>(3)</sup> destaca que el paciente presenta ansiedad como problema relevante a nivel psicológico, iniciando durante el proceso patológico. Seguidamente los niveles de intensidad pueden variar en su transcurso, acompañado de otras emociones negativas.<sup>(52)</sup>

Para realizar las intervenciones de enfermería Flores<sup>(3)</sup> menciona que es conveniente iniciar con la identificación del nivel de ansiedad mediante escalas que permiten su determinación. Por ejemplo, este autor manifiesta que el Test o Inventario de Ansiedad de Beck –BAI resulta muy eficaz porque abarcan todos los síntomas con una clasificación correspondiente a 4 niveles (mínima, leve, moderada y grave) la cual permite realizar una valoración adecuada.

Posteriormente, Flores<sup>(3)</sup> señala aspectos importantes durante la evaluación, así como la importancia de brindar tranquilidad y confort, permanecer con el paciente y permitir hablar sobre su preocupación, promover seguridad, crear un ambiente que facilite la confianza, explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que han de experimentar durante los tratamientos.

También la Asociación Americana del cáncer<sup>(53)</sup> atribuye dentro de las intervenciones expuestas, brindar la escucha activa sin forzar al paciente en discutir temas que no desee, respetando siempre los espacios personales y dirigiéndose al paciente con sutileza para crear un ambiente agradable al momento del diálogo.

Por otra parte, Almudí<sup>(54)</sup> contempla otras acciones destinadas a la reducción de los niveles de estrés y ansiedad mediante técnicas como la musicoterapia que contribuye a controlar la atención, la conducta, la emoción, y la comunicación, además aumenta la

motivación, el humor, refuerza la percepción de autocontrol y responsabilidad. De tal manera que este factor es uno de los más importantes dentro de las experiencias psicológicas.

Al mismo tiempo Segue<sup>(38)</sup> evidencia que la meditación es eficiente para la reducción de la ansiedad, mediante “el entrenamiento de la mente que persigue modificar la manera en que vemos la realidad.” A partir de esta conceptualización el autor menciona algunas estrategias para la meditación. Una de ellas es la técnica de Mindfulness que corresponde a un estado de atención o conciencia plena del momento presente, y aceptación de la realidad con amabilidad, sin juicios, con capacidad de discernir entre lo que es hábil o virtuoso. Esta terapia mejora el control de la mente y disminuye el discomfort.

El siguiente punto trata sobre las intervenciones grupales que favorece la inclusión de paciente al ámbito social junto con las relaciones interpersonales, la expresión de emociones y dificultades. Estos aspectos pueden utilizarse como estrategias de afrontamiento activo, con esto se evitará el aislamiento del paciente de modo que se sienta acompañado en todo el proceso de la enfermedad.<sup>(54)</sup>

Al considerar los anteriores aspectos implica entender la situación del ser humano frente al desafío con la enfermedad, lo que conlleva a una serie de cambios, así como una ruptura hacia todo lo anterior, provocando una difícil adaptación a un nuevo estilo de vida en el aspecto: laboral, social, familiar y espiritual.<sup>(55)</sup>

En este contexto, el paciente también presenta una baja autoestima situacional por el deterioro funcional y alteración de la imagen corporal, la ansiedad ante la muerte precisamente por la anticipación del mismo y temor a una agonía prolongada. A su vez esta situación se relaciona con la aflicción crónica por la dificultad en la gestión de la enfermedad y sentimiento negativos.<sup>(24)</sup>

En mi opinión los deterioros progresivos, la incapacidad diaria, la dependencia de cuidadores y familiares, sumado al alejamiento de las actividades cotidianas del círculo social y laboral, impone que muchos de los pacientes experimenten una serie de emociones negativas como la sensación de abandono. Por ello se requiere del apoyo de familia y del profesional de enfermería que participan en el cuidado.

Según Flores<sup>(3)</sup> y Carrillo<sup>(56)</sup> mencionan que estos periodos de crisis pueden extenderse inclusive generar un impedimento para continuar con los tratamientos y luchar contra la enfermedad. En muchos casos se puede requerir de tratamientos farmacológicos para

calmar la ansiedad, requiriendo de una evaluación contante, y en el cumplimiento del régimen terapéutico en el caso que lo requiera junto al acompañamiento y el apoyo familiar.

Finalmente se debe puntualizar el sistema de apoyo y educación, la cual se emplea en función a la capacidad del individuo para realizar el autocuidado. En este aspecto las acciones de enfermería están involucrados en la enseñanza, supervisión e implementación de actividades para conservar el bienestar. A través de la educación, el paciente comprende la necesidad de llevar a cabo las medidas requeridas para el cuidado personal, con esto se genera acciones de interdependencia y corresponsabilidad.<sup>(25)</sup>

Por consiguiente, se aplicará el método de actuación de Orem “guiar y remitir”; “crear y mantener un entorno que favorezca su desarrollo y enseñanza”. Para ello los cuidados implicados en este sistema se brindarán en función a las principales categorías abordadas en los anteriores sistemas descritos con un enfoque a la educación para lograr un cuidado independiente.<sup>(29)</sup>

Para alcanzar el aprendizaje idóneo Rodrigues et al<sup>(50)</sup> manifiestan la importancia de iniciar con una interacción efectiva entre el enfermero-paciente para favorecer una mejor toma de decisiones sobre cuestiones de salud y estrategias de abordaje. De esta forma, se consigue una mayor exigencia en cuanto al control de la salud, implicación activa y motivación para optimizar el bienestar. A su vez permite facilitar el tratamiento de la enfermedad, y aumentar la aceptación de los procedimientos, así como también conlleva a un compromiso para su propia salud.

Por otro lado, Freitas et al<sup>(57)</sup> agrega que la competencia de los profesionales de enfermería involucra la planificación e implementación de acciones educativas desde la perspectiva de la integridad y la relación dialógica para compartir pautas bajo el contexto sociocultural del paciente, además de ser el agente evaluador de este proceso educativo.

Además, Armijos et al<sup>(37)</sup> propone brindar intervenciones psicoeducativas y cognitivo-conductual como parte del plan general de cuidados para el manejo de malestares físicos, evitando creencias erróneas ya que resulta de gran utilidad. También, reduce del malestar emocional y a facilitar la adaptación del paciente y la familia, favoreciendo en gran medida la sensación de control en los pacientes y la reducción de impotencia de la familia.

De igual modo Torres et al<sup>(4)</sup> recalca que enfermería también debe brindar enseñanza y orientación sobre el autocuidado específicamente en los tratamientos oncológicos para

que aprendan a manejarse por sí mismo, así como también con los efectos adversos respectivos, despejando dudas de cualquier ámbito relacionado a la patología. De forma que el paciente pueda sobrellevar la enfermedad de manera satisfactoria en el proceso de la enfermedad.

En este aspecto autores refieren que la intervención educativa de enfermería es parte fundamental en la adaptación del paciente en mejorar no solo la condición de salud, sino también la calidad de vida, motivándolo a la participación activa en actividades que contribuyan al bienestar, constituyendo así un elemento vital para el promover la capacidad de autocuidado.<sup>(4)</sup>

Por otra parte, Rodrigues et al<sup>(50)</sup> manifiesta que la educación también ofrece el desarrollo de estrategias para tratar la condición del paciente, aumenta la capacidad de autogestionar la enfermedad y sus implicaciones. Sin embargo, si la necesidad de información no es satisfactoria, existe el riesgo de generar estrés y preocupación lo que compromete la eficacia del mismo.

En este sentido Piqueras<sup>(58)</sup> coincide con lo anteriormente mencionado, argumentando que la información brindada al paciente debe ser verídica y de calidad sobre los pormenores de la enfermedad alcanzando así beneficios como la liberación de los miedos irracionales que son producto de la falta de conocimiento.

La información debe incluir asesoramiento de hábitos y conductas que conduzcan a una forma de vida saludable, cambiando ciertos factores que representan riesgos para la salud, orientando al fomento del autocuidado.<sup>(58)</sup>

En este contexto, Combata<sup>(59)</sup> añade que la participación activa de la familia es crucial para lograr este objetivo, por lo tanto, los involucrados en el cuidado al paciente deben recibir la suficiente información y educación de manera que puedan controlar y comprender la situación que el paciente está atravesando.<sup>(60)</sup>

Por último, Prado y Remache<sup>(60)</sup> puntualizan que la educación tanto al paciente como la familia permite prevenir las exacerbaciones, por ello se insiste en que la información proporcionada al familiar/cuidador debe enfocarse sobre la enfermedad, así como el alcance y evolución de la misma, además de los cuidados que se deben llevar a cabo día a día, de tal manera que se genere comprensión y conocimiento, para conservar el autocuidado dentro del entorno familiar.

### **CAPITULO III. METODOLOGÍA.**

Se realizó un estudio tipo documental mediante una revisión sistemática de documentos publicados con base a la fecha del tema propuesto, analizando el criterio de varios autores sobre el cáncer gástrico con relación a las intervenciones de enfermería en las diferentes sistemas planteados por Orem, se obtuvo como resultado de la búsqueda 80 artículos científicos, para su selección se tomó en cuenta repositorio de tesis, páginas web, guías de práctica clínica y revistas indexadas de las bases de datos electrónicos, plataformas digitales, artículos científicos, revistas de investigación realizados en los últimos 5 años tomando en cuenta de fuentes confiables de almacenamiento y reposición de contenido científico. Para optimizar la selección de la muestra se aplicó una lectura crítica misma que al aplicar criterios de inclusión y exclusión, descartando las investigaciones duplicadas, la población de estudio quedó conformada por una totalidad de 61 fuentes bibliográficas.

La búsqueda se realizó mediante la revisión y el análisis en bases de datos nacionales e internacionales de impacto mundial, los mismos que abordan la temática ya mencionada como: Biblioteca Virtual en Salud, Google Académico, las mismas que permitieron el acceso a diferentes páginas y revistas indexadas: Scielo, Dialnet, Redalyc, ProQuest, Revistas Clínicas, igualmente en páginas web oficiales de instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Sociedad de lucha contra el Cáncer en Ecuador, Ministerio De Salud Pública. Además, para la elaboración del marco introductorio se basó en estadísticas oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos haciendo relevancia el problema de estudio.

Los criterios de inclusión fueron documentos publicados en el idioma de español, inglés, y portugués se incluyeron aquellos artículos de abordaje metodológico diverso que en su contenido posean resumen, introducción, datos estadísticos, etiología del cáncer gástrico, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, tratamiento, cuidados de enfermería, Teoría de Dorothea Orem, Teoría del Autocuidado en Enfermería, Teoría de Sistemas de Orem, Principios de en Enfermería, publicados desde el año 2016 en el caso de artículos, disponibles en el formato de texto completo.

Los criterios de exclusión constituyeron documentos que no guardaron relación con la temática desarrollada, artículos incompletos o que no disponían de acceso gratuito al texto

completo, investigaciones relacionadas a la teorizante publicados en años inferiores al 2016, y aquellos que no disponían de fecha ni autor oficial.

La estrategia utilizada para la selección de los artículos incluidos en esta revisión, se han establecido distintas cadenas de búsqueda definidas en las diferentes bases de datos ya mencionadas, utilizando los operadores booleanos “AND”, “Y”, “OR”, “O”, “NOT” mismas que al aplicarlas a la temática quedaron conformadas de la siguiente manera:

- Cáncer gástrico
- Paciente Cáncer Gástrico
- “Factores de riesgo” or “manifestaciones clínicas”
- “Cáncer gástrico” and “Dorothea Orem”
- “Necesidades” and “cáncer gástrico”
- “Nutrición” and “Cáncer gástrico”
- “Manejo del dolor” y “cáncer gástrico”
- Enfermería oncológica
- Teoría Dorothea Orem

El análisis para la elaboración de la investigación se realizó en dos etapas: la primera donde los artículos recopilados fueron leídos y analizados para seleccionar la muestra de acuerdo con aspectos como: objetivos, metodología, resultados y conclusiones. En la segunda, se desarrolló una triangulación con la información recopilada, donde se exponen las intervenciones de enfermería en el paciente con cáncer gástrico; así como el registro de cita de escritores que coinciden en las intervenciones mencionadas.

De los 80 artículos revisados, se emplearon 26 para la elaboración de la introducción, que implican: los antecedentes 4, planteamiento del problema 21, justificación 1 y autores para expresión de los principales criterios de sobre la teoría de Orem, y 35 para el desarrollo y triangulación. La información obtenida se recopiló de: Google Académico (33), ProQuest (7), Dialnet (2), Scielo (8), Medigraphic (2), Redalyc (1), Enfermería Global (1) igualmente en páginas web oficiales de instituciones como la OMS (1 página web), American Cancer Society (1), Registro estadístico de defunciones (1), INEC (1), Organización Panamericana de la Salud OPS (1), GLOBOCAN (1).

**Algoritmo de búsqueda bibliográfica**

Google Académico (38), ProQuest (10), Dialnet (5), Scielo (10), Medigraphic (5), Redalyc (4), Enfermería Global (2) OMS (1), American Cancer Society (1), Registro estadístico de defunciones (1), INEC (1), Organización Panamericana de la Salud OPS (1), GLOBOCAN (1)

**Total de artículos: 80**

TRAS APLICAR EL CRITERIO DE SELECCIÓN = 69

DESCARTADOS POSTERIOR A LECTURA CRÍTICA=8

TOTAL DE ARTÍCULOS =61

Google Académico = 34

Dialnet = 2

Redalyc = 1

Scielo = 8

ProQuest = 7

Medigraphic = 2

Enfermería Global = 1

Páginas web oficiales de instituciones = 6

## **CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El proceso del cuidado se desarrolla en base al conocimiento científico, y es fundamentada en bases teóricas como la expuesta por Dorothea Orem la cual sustenta la aplicación de un cuidado humanizado, lo que ha permitido implementar actividades en dirección a mejorar el autocuidado del paciente con cáncer gástrico, mediante la valoración de forma holística, estableciendo el compromiso del paciente que contribuye al cuidado de sí mismo y de la familia como pieza fundamental de apoyo en el proceso de la enfermedad.

Este modelo orienta específicamente a un cuidado integral, atendiendo no solamente al estado físico y fisiológico sino también a los aspectos emocionales, espirituales y sociales, ya que los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería, se dirigen a brindar el mayor bienestar posible tanto al paciente como a los familiares, a través del mantenimiento de la calidad de vida en el control del dolor y el sufrimiento hasta que culmine el proceso vital.

En este contexto Venturelli<sup>(32)</sup> y Othman<sup>(35)</sup> consideran que el dolor es uno de los síntomas que causan mayor afección a nivel físico, específicamente en la fase aguda de la enfermedad, por lo tanto, el sistema totalmente compensatorio atribuye que en estos pacientes se debe brindar cuidados según la demanda que requiera, puesto a que el paciente no puede proporcionarse por sí mismo. Es así que Flores<sup>(3)</sup> y León et al<sup>(36)</sup> proponen que la valoración exhaustiva es primordial para iniciar con un adecuado manejo del mismo. Mientras tanto Armijos<sup>(37)</sup>, Besen<sup>(38)</sup> y Quisilema<sup>(38)</sup> han propuesto que el alivio del dolor se consigue mediante los medicamentos opiáceos para obtener mayor efectividad.

Sin embargo, Moreira<sup>(39)</sup>, Salgado<sup>(39)</sup>, Armijos<sup>(37)</sup>, Lopes<sup>(40)</sup>, Cosmina<sup>(41)</sup>, Gelinas<sup>(38)</sup>, y Flores<sup>(42)</sup> mencionan que además se puede realizar una combinación con tratamientos no farmacológicos ya que proporcionan mayor beneficio no solamente en la reducción del dolor, sino también en una menor dependencia a los fármacos utilizados. Por consiguiente, el cuidado de enfermería se enfoca en la implantación de estas actividades para conseguir la estabilidad del paciente, cumpliendo de esta manera lo propuesto por Orem en el primer sistema planteado.

Es por ello que el diagnóstico de enfermería se basa en el dolor agudo R/C enfermedad catastrófica M/P trastornos del patrón sueño, expresa dolor. En vista de las principales

molestias causados por este síntoma, también se considera el insomnio R/C malestar físico (dolor) M/P disminución en la calidad de vida, estado de salud.<sup>(61)</sup>

Posteriormente Gutiérrez<sup>(43)</sup>, Miranda<sup>(44)</sup>, y Urrutia<sup>(45)</sup> coinciden que la desnutrición es el segundo problema a nivel físico y uno de los más importantes dentro del primer sistema, alterando la calidad de vida de manera notable, en este aspecto Claudia<sup>(47)</sup> establece que la valoración de la tolerancia a la dieta y el control de ingesta y excreta son actividades primordiales para iniciar con la planificación de dietas.

Para ello Cáceres<sup>(48)</sup> y Mamolar<sup>(46)</sup> también destacan que, dentro de la planificación, es importante considerar aspectos a la hora de proporcionar un soporte nutricional para garantizar los requerimientos nutricionales necesarios, que contribuirán a la alimentación adecuada, así como también a prevenir las náuseas, ya que se ha descrito que es importante trabajar en estos efectos colaterales más comunes que perjudican la nutrición del paciente.

Esto indica que al incluir todas estas actividades en el plan de cuidados de enfermería se logra solventar la parte física, aumentando la condición y capacidad funcional, para una pronta reintegración a las actividades diarias y así cumplir con la independencia y la participación del paciente para el autocuidado.

En vista de las principales afecciones analizadas, las etiquetas diagnosticas son: Desequilibrio nutricional R/C ingesta insuficiente de alimentos M/P pérdida de peso; Intolerancia a la actividad R/C mala condición física M/P fatiga, debilidad generalizada, discomfort; Náuseas R/C régimen terapéutico (quimioterapias) M/P aversión a los alimentos; Fatiga R/C estados de la enfermedad, malnutrición M/P falta de energía; Riesgo de infección R/C malnutrición, procedimientos invasivos, enfermedad crónica, defensas secundarias inadecuadas (inmunosupresión).<sup>(61)</sup>

Continuando con el segundo sistema parcialmente compensatorio, Flores<sup>(3)</sup> manifiesta que la ansiedad es otro de los problemas recurrentes a nivel psicológico, por lo que el cuidado de enfermería basado en este sistema, se enfoca en la evaluación constante mediante el diálogo, siendo lo ideal para identificar el grado de gravedad utilizando escalas de valoración que permitirán identificar la magnitud del problema e intervenir con actividades oportunas.

Por lo que, Almudí<sup>(54)</sup> y Segue<sup>(38)</sup> mencionan que ciertas terapias como la musicoterapia, la meditación y las intervenciones grupales ayudan en gran manera a disminuir los niveles de ansiedad, ya que se obtiene múltiples beneficios a nivel cognitivo proporcionando un mejor confort. Sin embargo, Almudí<sup>(54)</sup> manifiesta que el acompañamiento familiar también es lo esencial, ya que mediante ello se crea un vínculo de confianza y de esta manera se podrá prevenir sensaciones negativas como el abandono. Así pues, se logra un mayor aporte para alcanzar efectividad en la disminución de la ansiedad.

Para ello, las siguientes etiquetas diagnosticas se basan en las principales afecciones que atraviesa el paciente a nivel psicológico: Ansiedad R/C amenaza para el estado de salud M/P preocupación, irritabilidad, angustia, temor. Desesperanza R/C aislamiento social, estrés crónico M/P disminución de las emociones. Aflicción crónica R/C crisis en la gestión de la enfermedad M/P sentimientos que interfieren en el bienestar.<sup>(61)</sup>

Ansiedad ante la muerte R/C enfermedad terminal, anticipación de la propia muerte ante los demás M/P tristeza profunda, temor a una agonía prolongada. Disconfort R/C síntomas relacionados con la enfermedad M/P ansiedad. Baja autoestima situacional R/C alteración de la imagen corporal, deterioro funcional M/P verbalizaciones de negación de sí mismo. Aislamiento social R/C alteración del bienestar M/P enfermedad, finalmente Temor R/C separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante M/P.<sup>(61)</sup>

Con respecto al último sistema planteado por Orem apoyo-educación Rodrigues<sup>(50)</sup> destaca que esta es una de funciones principales de enfermería para adquirir el autocuidado de tal manera que todas las actividades mencionadas en los contextos discutidos, son aplicadas y sobre todo instruidas para obtener beneficios satisfactorios y generar conductas saludables. Para ello este autor destaca que la interacción efectiva entre enfermero-paciente es necesario para lograr el aprendizaje.

Mientras tanto, Piqueras<sup>(58)</sup> y Combata<sup>(59)</sup> mencionan que lo principal es la calidad de información que se proporciona, ya que sin ello no habría una comprensión amplia de las principales pautas para el desarrollo del autocuidado, así que todas las recomendaciones deben encaminarse en modificar hábitos que pongan en riesgo la salud y la integridad del paciente.

Es así que todas estas actividades deben trabajarse de forma conjunta para obtener mayor efectividad al momento de brindar educación y garantizar el aprendizaje, de modo que

este último sistema es fundamental para complementar el autocuidado del paciente convirtiéndolo en el principal autor de cuidado de su propia salud, encaminado a una mejor calidad de vida.

Por lo tanto, los diagnósticos empleados son: conocimientos deficientes R/C información insuficiente M/P conocimiento insuficiente y riesgo de cansancio del rol de cuidador R/C complejidad en las actividades de cuidado, conocimientos insuficientes.<sup>(61)</sup>

## **CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

### **Conclusiones**

- ✓ Al analizar los tres sistemas de Orem: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y apoyo educación, se establecieron intervenciones de enfermería mediante la revisión de distintos artículos científicos aplicado al paciente con cáncer gástrico en: el alivio del dolor con tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, manejo de la desnutrición mediante un soporte nutricional tomando en cuenta distintos aspectos para una adecuada alimentación, apoyo y acompañamiento para reducir la ansiedad, y educación a través de pautas específicas sobre el tratamiento y proceso patológico para llevar a cabo un seguimiento correcto y fomentar un estilo de vida saludable, obteniendo así un cuidado holístico y humanizado.
- ✓ Las principales etiquetas diagnósticas que se presentan son: dolor agudo; insomnio; desequilibrio nutricional; riesgo de infección; náuseas; ansiedad y conocimientos deficientes.

## BIBLIOGRAFIA

1. Saavedra C. Perfil epidemiológico y anatomopatológico del cáncer gástrico en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura, 2015-2018. 2020 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/41480>
2. Calahorrano K, Cortez A. Factores de riesgo asociados a cáncer gástrico en pacientes atendidos en la Unidad Oncológica Peninsular – SOLCA, Santa Elena, en el periodo 2016 a 2018. 2021 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/18872>
3. Flores S. Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con cáncer gástrico en el Servicio de Oncohematología del hospital de Lima. 2021 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1869/Soledad\\_Trabajo\\_Academico\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1869/Soledad_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. Torres A, Tenahua I, Garcia M, Noriega E, Cordero C, Ramos N, Morales F. Relación de calidad de vida y autocuidado en pacientes adultos con cáncer. Journal Health NPEPS. [Internet]. 2019 [citado 2022 Abr 06]; 4(1), 16–30. Disponible en: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3123>
5. Cáncer [Internet]. [cited 2021 Aug 29]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
6. Palmero J, Tron M, Tovar S. Cáncer Gástrico. Aten Fam. [Internet]. 2018 [citado 2022 Abr 06]; 25(4):169-175: Disponible en: [http://revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/view/67263/59173](http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/67263/59173)
7. Asia S, Asia S, Hdi H. Source: Globocan 2020. 2020;419:2–3. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/6-Oesophagus-fact-sheet.pdf>
8. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer de estómago en las Américas. 2016;1–2. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/ops-epidemiologia-cancer-estomago-americas-2014>
9. Acuña S, Solís P, Oñate P, Martínez E, Chaves S. Epidemiología Del Cáncer De Estómago En Un Centro De Referencia En Ecuador. Rev Med Vozandes. [Internet] 2020 [citado 2022 Abr 06]; 31 (2): 19 – 25. Disponible en: [https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2021/01/02\\_A0\\_02-1.pdf](https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2021/01/02_A0_02-1.pdf)
10. Ministerio de Salud Pública. Estrategia Nacional para el Control del Cáncer. [Internet]. 2017; [citado 2022 Abr 06]; (593 2):63. Disponible en:

[https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac\\_0059\\_2017.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0059_2017.pdf)

11. Registro estadístico de defunciones generales. Tableau Public [Internet]. [citado 2021 Ago 31]. Disponible en: [https://public.tableau.com/app/profile/instituto.nacional.de.estad.stica.y.censos.inec/viz/Registroestadsticodedefuncionesgenerales\\_15907230182570/Men](https://public.tableau.com/app/profile/instituto.nacional.de.estad.stica.y.censos.inec/viz/Registroestadsticodedefuncionesgenerales_15907230182570/Men)
12. Martínez L, Montero T, Piñol F, Palomino A, Carbajal M, Días D. Helicobacter Pylori y cáncer gástrico. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2020 [citado 2022 Abr 06]; 49(4):1-13 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572020000400026&lang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000400026&lang=es)
13. Buján S, Bolaños S, Mora K, Bolaños I. Carcinoma Gástrico. Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD [Internet]. 2020 [citado 2022 Abr 06]; 2020;37(1):62–73. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v37n1/2215-5287-mlcr-37-01-62.pdf>
14. Morales Díaz Mariuska, Corrales Alonso Sahilí, Vanterpoll Héctor Miguel, Avalos Rodríguez Roxana, Salabert Tortolo Idalmi, Hernández Diaz Omayda. Cáncer gástrico: algunas consideraciones sobre factores de riesgo y Helicobacter pylori. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2018 [citado 2022 Abr 06]; 40(2):433-444. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000200018&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200018&lng=es).
15. Guillot O, León A, Díaz J, Monier Y. Aspectos clínicoepidemiológicos, endoscópicos e histológicos, en ancianos con cáncer gástrico. MEDISAN. [Internet]. 2021 [citado 2022 abr 06]; 25(2):421. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v25n2/1029-3019-san-25-02-419.pdf>
16. Pontillo M, Rappa J. Cáncer Gástrico. Clin Quir Fac Med UdelaR [Internet]. 2018 [citado 2022 abr 06]. Disponible en: <http://hospitalmaciel.com.uy/wp-content/uploads/2019/10/C%C3%A1ncer-g%C3%A1strico.-CQFM.pdf>
17. Ladera N. Características clínico epidemiológicas del cáncer gástrico en el Hospital Carrión Huancayo. 2019 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/548/LADERA%20SO LIS%2c%20NAZDHIEL%20VILMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Ruiz E. Características clínicas y epidemiológicas en el desarrollo de Cáncer Gástrico en pacientes diagnosticado en Hospital Escuela Cesar Amador Molina- Matagalpa en el período 2012 - 2014. 2017 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/4844/1/5800.pdf>

19. Cárdenas C, Cárdenas J, Játiva J. Câncer Gástrico. Dom Cien [Internet]. 2021 [citado 2022 Abr 06]; 338-354. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8231665>
20. Santos GR de AC, Gomes J dos S, Pereira KAM, Silva B dos AT, Nogueira R de S, Santos A de S, Nascimento VAS, Oliveira CS, Borges TP, Rosa LCD. A situação do câncer gástrico em Salvador, no Brasil e no mundo. REAS [Internet].2020 [citado 2022 Abr 06]; (53):e3629. Disponible en: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3629>
21. Rojas Montoya V, Montagné N. Generalidades del cáncer gástrico. Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD [Internet]. 2019[citado 2022 Abr 06]; 9(2):22–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr192d.pdf>
22. Oliva J, Fornaris K, Lezcano M, Suarez D. Abordaje del paciente oncológico sustentados en bases teóricas en el Centro Internacional de Salud “La Pradera”. 2020 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: <http://cuidarconciencia2020.sld.cu/index.php/cuidarconciencia/2020/paper/view/85/50>
23. Rivera F. Actitud del profesional de enfermería ante los cuidados a pacientes en fase terminal. 2017 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1059/T016\\_70071674\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1059/T016_70071674_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
24. Springer SRAS, Guedes MT dos S, Júnior OC da S, Carreiro M de A, Silva A. Perfil del paciente con cáncer gástrico del Instituto Nacional del Câncer. Enf Global [Internet]. 2020 [citado 2022 Abr 06];19(2):21-67. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/373021>
25. Pina Queirós, Paulo Joaquim, dos Santos Vidinha, Telma Sofia, de Almeida Filho, António José. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Rev Enf Ref [Internet]. 2014[citado 2022 Abr 06]; IV(3):157-164. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239973007>
26. Santos K, Costa A, de Sena A, Cordeiro C, Machado D, dos Santos F, da Silva M. Autocuidado a luz da teoria de dorothea orem: panorama da produção científica brasileira. Bra Jou Dev [Internet]. 2021 [citado 2022 Abr 06]; 34043-34060. Disponible en: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/27562/21806>

27. Estigarrabia R. Cáncer gástrico - ProQuest [Internet]. 2018 [citado 2021 Ago 22]. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2104108841/A7245D8610AF4416PQ/16?accountid=36757>
28. Ruíz-Narváez CE, Martínez-Rodríguez JE, Cedeño-Burbano AA, Erazo-Tapia JM, Pabón-Fernández CD, Unigarro-Benavides LV, et al. Helicobacter pylori, úlcera péptica y cáncer gástrico Rev Fac Med [Internet]. 2018 [citado 2021 Ago 31]. p. 103–6. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2028427483/8E44304C68484094PQ/2?accountid=36757>
29. Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez LM. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 [citado 2022 Abr 06]; 19(3):89-100. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es).
30. Paiva CF, Santos T, Montenegro HRdA, da Costa R, Martins GdCS, Filho AJdA. Reconfiguration of palliative oncological nursing care: nursing contributions. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado 2022 Abr 06]; 73(6):1-7. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2437437512/D45D38E596CC44F2PQ/19?accountid=36757>
31. Germiniani, J, Medeiros, R. M. Relato de um projeto de intervenção profissional sobre cuidados à pacientes acamados à luz da teoria de Dorothea Orem. ERECHIM [Internet]. 2017 [citado 2022 Abr 06]; Disponible en: [http://uricer.edu.br/site/publicacoes/ANAIS\\_Enfermagem\\_2017.pdf#page=46](http://uricer.edu.br/site/publicacoes/ANAIS_Enfermagem_2017.pdf#page=46)
32. Venturelli A, Butte J, Venturelli F, Werner A. Cáncer gástrico. Características clínicas, histopatológicas y terapéuticas. Cuad Cir [Internet]. 2018 [citado 2022 Abr 06]; 15(1), 14-18. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/index.php/cuadcir/article/view/2077>
33. Zambrano E, Gómez N, Colorado J. Rol de enfermería en el cuidado de la persona con cáncer gástrico en américa del sur. 2020 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/52112/ROL%20DE%20ENFERMER%c3%8dA%20EN%20EL%20CUIDADO%20DE%20LA%20PERSONA%20CON%20C%3%81NCER%20G%c3%81STRICO%20EN%20AM%c3%8>

9RICA%20DEL%20SUR.%20REVISI%c3%93N%20INTEGRATIVA.pdf?sequence=1&isAllowed

34. Van-Der C, Leal C, Alonso M, Rodríguez J. Calidad de vida, emociones negativas, autoeficacia y calidad del sueño en pacientes con dolor crónico: efectos de un programa de intervención psicológica. Uni Psy [Internet]. 2017 [2022 Abr 06];16(3), 1-9. Disponible en: [https://www.proquest.com/docview/2102902509/1626F499B6684445PQ/9?account\\_id=36757](https://www.proquest.com/docview/2102902509/1626F499B6684445PQ/9?account_id=36757)
35. Othman N. Caracterización de los pacientes con cáncer gástrico atendidos en el servicio de oncología del hospital de especialidades Carlos Andrade Marín (HECAM) en el periodo enero - diciembre. 2020 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/18652/Tesis%20Nadia%20Othman%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. León M, Santa J, Martínez S, Ibatá L. Recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor oncológico. Rev Mex Ane [Internet]. 2018[2022 Abr 06]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2019/cma191f.pdf>
37. Armijos A, García M, Gómez J. Percepción del paciente oncológico en fase terminal frente a las intervenciones de enfermería no farmacológicas para el dolor. 2021 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/58133/Trabajo%20de%20Grado%20Percepciones..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Sierra M, Tangarife K. Papel del enfermero para aliviar el dolor y brindar confort al paciente que se encuentra críticamente enfermo durante el periodo 2010- 2020. 2021 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: <http://repositorio.udea.edu.co/handle/10495/25200>
39. Moreira P, Salgado A. Actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados paliativos. 2018 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: <http://201.159.223.180/handle/3317/10101>
40. Lopes L, Sylvestre G, Manhaes R, Pimentel S, Zuqui K, Costa M. Eficacia de las terapias complementarias en el manejo del dolor oncológico en los cuidados paliativos. Rev Lat-Am Enf [Internet] 2020 [2022 Abr 07]; 28: e3377. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RPtPpNcgJy37RC8mdxtVysP/?format=html&lang=es>
41. Cosmina A. ¿Son efectivas las terapias complementarias en el alivio sintomatológico de los pacientes oncológicos?. 2018 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en:

- <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/65499/acosminam.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
42. Flores J. Cuidados de enfermería en el manejo del dolor según opinión del paciente oncológico. Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. 2017 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/13029/Flores\\_MJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/13029/Flores_MJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
43. Gutiérrez C, Lares M, Sandoval J, Hernández M. Aminoácidos de cadena ramificada: implicaciones en la salud. Rev Dig Pos [Internet] 2020. [2022 Abr 07]; 9(2)2244-761X. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103542/18939-144814490410-1-sm.pdf>
44. Miranda D. Valor predictivo del índice pronóstico nutricional en pacientes con cáncer gástrico. 2021 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: [http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4759/T061\\_7225715\\_8\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4759/T061_7225715_8_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
45. Urrutia B. Abordaje nutricional del paciente con cáncer gástrico en el Área de Salud del Bierzo. 2019 Feb [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/handle/10609/92246>
46. Mamolar A. Nutrición en pacientes oncológicos: recomendaciones dietéticas. 2019 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39091/TFG-O-1741.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Maza C, Gonzalez L, Corado M. Abordaje nutricional de un paciente en cuidados paliativos. Análisis de un caso clínico. Rev Nut Cli Met [Internet]; 2020 [citado 2022 Abr 07]; Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/233/402>
48. Alvaro E. Abordaje nutricional en el paciente oncológico. 2021 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: [https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/22423/TD\\_ALVARO\\_SANZ\\_Elena.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/22423/TD_ALVARO_SANZ_Elena.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
49. Cáceres H, Neningen E, Menéndez Y, Barreto J. Intervención nutricional en el paciente con cáncer. Rev Cub Med [Internet]. 2016 Mar [citado 2022 Abr 08]; 55(1).

- Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232016000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232016000100006&lng=es).
50. Rodrigues N, Vilaça C, Maria Merícia Gouveia Rodrigues, Bettencourt deJesus, Marco António dH. Eficácia das intervenções de enfermagem na recuperação pós-operatória de pessoas com cancro gástrico. Rev Enf Ref [Internet]. 2016 [citado 2022 Abr 08]; (11):111-119. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/1898675508/635DD2B39AB7422EPQ/6?accountid=36757#center>
  51. Echeverri, María de los Ángeles Calvo, Melenje K, Miranda Y. Consciencia de sí, en una posibilidad de afrontamiento en pacientes con cáncer gástrico y su cuidador principal familiar, durante el duelo preparatorio. Rev Psic GEPU [Internet]. 2016 [citado 2022 Abr 08]; 06;7(1):72-85. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/1927144119/5FD7867AE9D14022PQ/3?accountid=36757>
  52. Cano A. Intervenciones de enfermería ante la ansiedad del paciente oncológico. 2021 [citado 2022 Abr 08]; Disponible en: <http://212.121.254.205/handle/1/700>
  53. American Cancer Society. Cambios emocionales, de salud mental y de estado de ánimo [Internet]. 2020. [citado 2022 Abr 08]. Disponible en: [https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-emocionales.html#escrito\\_por](https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-emocionales.html#escrito_por)
  54. Almudí A. Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería en el paciente con dolor. 2017. [citado 2022 Abr 08]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/23942>
  55. Gómez M, Caycedo C, Aguillón M, Álvarez RAS. Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. Pen Psic [Internet] 2018 [Citado 2022 Abr 08]; 4(10):177-192. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/214141450/D665B355D2D64184PQ/17?accountid=36757>
  56. Carrillo G. Los grupos de síntomas en personas con cáncer. Aquichan [Internet]. 2017 [Citado 2022 Abr 08]; 17(3): 257-269. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v17n3/1657-5997-aqui-17-03-00257.pdf>

57. Freitas J, Et al. Autocuidado y cuidado de las personas con cáncer y dispositivos médicos de alimentación. Sal Soc [Internet] 2020 [citado 2022 Abr 08]; 11, e3650. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7971094>
58. Piqueras A. El cáncer y el enfermo de cáncer: su representación social en el personal sanitario. 2017 [citado 2022 Abr 08]. Disponible en: <https://roderic.uv.es/handle/10550/60643>
59. Combita A, Chaparro L, Santa Marta. Vínculo de la persona con cáncer- cuidador familiar (diada) durante la hospitalización: Teoría fundamentada. Duazary [Internet] 2021 [citado 2022 Abr 08];18(1):45-56. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2476152425/30DF2D11CE294629PQ/8?accountid=36757>
60. Prado M, Remache A. Actitud del Profesional de Enfermería durante los Cuidados Paliativos en Pacientes Oncológicos. 2021 [citado 2022 Abr 08]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/58820>
61. NANDA North American Nursing Diagnosis Association 2018 - 2020 Madrid. Elsevier 2018.

ANEXOS. Tabla1. Aplicación de los sistemas de la Teoría de Dorothea Orem

Autores	criterios de varios autores	Teoría de Sistemas (Dorothea Orem)		Diagnósticos de enfermería NANDA 2018-2020	Análisis concluyente
Flores <sup>(3)</sup> y León et al <sup>(36)</sup>  Armijos <sup>(37)</sup> , Besen <sup>(38)</sup> y Quisilema <sup>(38)</sup>  Moreira y Salgado <sup>(39)</sup> , Armijos <sup>(37)</sup> , Lopes <sup>(40)</sup> , Cosmina <sup>(41)</sup> , Gelinas <sup>(38)</sup> , y Flores <sup>(42)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del grado de dolor mediante la escala visual analógica EVA</li> <li>• Administración de tratamiento farmacológico para reducir el dolor</li> <li>• Aplicación y enseñanza de tratamientos no farmacológicos.</li> </ul>	<b>Sistema totalmente compensatorio</b>	Es el tipo de sistema representa la situación en que el paciente no puede participar en acciones de autocuidado, ya sea por limitación o restricción de las actividades de la vida cotidiana. Por ello la enfermera se encarga de satisfacer los requisitos de autocuidado del paciente hasta que pueda reanudar su propio cuidado. <sup>(27)</sup>	-Dolor agudo R/C enfermedad catastrófica M/P trastornos del patrón sueño, expresa dolor. -Insomnio R/C malestar físico (dolor) M/P disminución en la calidad de vida, estado de salud. -Desequilibrio nutricional R/C ingesta insuficiente de alimentos M/P pérdida de peso. -Intolerancia a la actividad R/C mala condición física M/P fatiga, debilidad generalizada, disconfort. -Náuseas R/C régimen terapéutico (quimioterapias) M/P aversión a los alimentos. <sup>(61)</sup>	El dolor y la desnutrición representan las afecciones más importantes que presenta el paciente con cáncer gástrico, la cual afecta de manera importante en el bienestar y calidad de vida. Al ser síntomas severos reduce la funcionalidad del individuo afectando de manera importante en

Claudia <sup>(47)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar soporte nutricional, valoración de tolerancia a la dieta y control de ingesta y excreta.</li> </ul>			<p>-Fatiga R/C estados de la enfermedad, malnutrición M/P falta de energía.</p> <p>-Riesgo de infección R/C malnutrición, procedimientos invasivos, enfermedad crónica, defensas secundarias inadecuadas (inmunosupresión).<sup>(61)</sup></p>	<p>el autocuidado por lo que enfermería trabaja en función a la capacidad del paciente para conseguir estabilidad e independencia.</p>
Álvaro <sup>(48)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación de dietas y horarios para cumplir los requerimientos nutricionales</li> </ul>				
Cáceres <sup>(49)</sup> y Mamolar <sup>(46)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plantean elementos para favorecer la ingesta de alimentos</li> </ul>				
Rodríguez <sup>(50)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia del adecuado manejo de dispositivos de alimentación.</li> </ul>				

<p>Flores <sup>(3)</sup></p> <p>Asociación Americana del cáncer <sup>(53)</sup></p> <p>Almudí <sup>(54)</sup></p> <p>Segue <sup>(38)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del nivel de ansiedad mediante el Test o Inventario de Ansiedad de Beck – BAI incluyendo los diferentes aspectos para su intervención.</li> <li>• Aspectos importantes para crear un dialogo efectivo.</li> <li>• Enseñanza y aplicación de musicoterapia</li> <li>• Aplicación de la meditación con la técnica de Mindfulness</li> </ul>	<p><b>Sistema parcialmente compensatorio</b></p>	<p>En este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de cuidados debido a que en este sistema el individuo puede realizar sus actividades, pero aún necesita la ayuda de terceros para lograr el bienestar. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción. <sup>(43)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad R/C amenaza para el estado de salud M/P preocupación, irritabilidad, angustia, temor</li> <li>-Desesperanza R/C aislamiento social, estrés crónico M/P disminución de las emociones.</li> <li>-Aflicción crónica R/C crisis en la gestión de la enfermedad M/P sentimientos que interfieren en el bienestar.</li> <li>-Ansiedad ante la muerte R/C enfermedad terminal, anticipación de la propia muerte ante los demás M/P tristeza profunda, temor a una agonía prolongada.</li> <li>-Disconfort R/C síntomas relacionados con la enfermedad M/P ansiedad.</li> <li>-Baja autoestima situacional R/C alteración de la imagen corporal,</li> </ul>	<p>Al adquirir una patología incurable el paciente desarrolla temor, angustia, desesperación por el desenlace mortal, tratamientos y miedo por los nuevos síntomas venideros. Por todo esto el paciente es afectado psicológicamente razón por la cual es importante intervenir de manera continua en el acompañamiento y apoyo psicosocial incluyendo a los seres más cercanos de modo que sean partícipes en</p>
--	---	--	--	---	--

<p>Almudi <sup>(54)</sup></p> <p>Flores <sup>(3)</sup> y Carillo <sup>(56)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación de las intervenciones grupales</li> <li>• Cumplimiento del régimen terapéutico en el caso que lo amerite con el acompañamiento y apoyo familiar.</li> </ul>			<p>deterioro funcional M/P verbalizaciones de negación de sí mismo.</p> <p>-Aislamiento social R/C alteración del bienestar M/P enfermedad</p> <p>- Temor R/C separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante M/P angustia.<sup>(61)</sup></p>	<p>los cuidados, ayuda y motivación brindando seguridad y tranquilidad al usuario.</p>
<p>Rodrigues et al <sup>(50)</sup></p> <p>Freitas et al <sup>(57)</sup></p> <p>Armijos et al <sup>(37)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectuar la interacción efectiva entre enfermero-paciente.</li> <li>• Planificación de acciones educativas</li> <li>• Brindar intervenciones psicoeducativas y</li> </ul>	<p><b>Sistema de Apoyo y Educación</b></p>	<p>Este último sistema denota una relación de interdependencia y corresponsabilidad. Las acciones importantes en estas situaciones incluyen la asociación de apoyo, la orientación, la promoción de un entorno favorable al desarrollo y la enseñanza. Enfermería es capaz de realizar las acciones necesarias para</p>	<p>-Conocimientos deficientes R/C información insuficiente M/P conocimiento insuficiente.</p> <p>-Riesgo de cansancio del rol de cuidador R/C complejidad en las actividades de cuidado, conocimientos insuficientes.<sup>(61)</sup></p>	<p>Los autores consideran que la educación es un elemento vital como función principal de enfermería, de tal manera que los procedimientos y aplicación de terapias deben ser enseñadas en</p>

<p>Torres et al <sup>(4)</sup></p> <p>Rodrigues et al <sup>(50)</sup> y Piqueras <sup>(58)</sup> Combita <sup>(60)</sup></p> <p>Prado y Remache <sup>(61)</sup></p>	<p>cognitivo-conductual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar enseñanza de tratamientos y aspectos relativos a la enfermedad.</li> <li>• Otorgar información verídica y de calidad</li> <li>• Participación activa e inclusión de familiares/cuidadores en el proceso patológico del paciente.</li> <li>• Educación a los cuidadores para conservar el autocuidado</li> </ul>		<p>el autocuidado mediante la educación tanto al paciente como a su familia. <sup>(27)</sup></p>		<p>función a la orientación de conductas saludables e identificación y prevención de complicaciones con la finalidad de lograr el aprendizaje del paciente constituyendo así una intervención de importancia para lograr la independencia y responsabilidad del paciente en el autocuidado.</p>
---	---	--	--	--	---