



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO AL ADULTO EN EL HOSPITAL  
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - 2019**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO  
BACHILLER DE ENFERMERÍA**

**Autora:**

**Flores Sánchez, Rosario Del Pilar.**

**Asesora:**

**Mg. Heredia Llatas, Flor Delicia**

**Línea de Investigación:**

**Ciencias de la vida y cuidados de la salud humana**

**Pimentel – Perú**

**2019**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO AL ADULTO EN EL HOSPITAL  
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - 2019**

**PRESENTADO POR:  
FLORES SÁNCHEZ ROSARIO DEL PILAR**

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán  
Para optar el grado académico de:

**BACHILLER EN ENFERMERÍA:**

APROBADO POR

---

Mg. Bravo Balarezo, Flor de María  
**PRESIDENTA**

---

Mg. Lizarraga de Maguiña, Isabel Graciela  
**SECRETARIA**

---

Mg. Heredia Llatas, Flor Delicia  
**VOCAL**

## **DEDICATORIA**

Mi trabajo la dedico a mis padres que me dieron la vida y fortaleza y han estado conmigo en todo momento, por darme una carrera para mi futuro, siempre creer en mí, brindándome su amor, cariño, el sacrificio en todos estos años.

A mis docentes que fueron parte de mi formación profesional, me brindaron sus conocimientos y fueron parte de mi proceso académico y me orientaron hacer una profesional con principios éticos para mi carrera profesional de enfermería.

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente, gracias a Dios y a mis padres por permitirme tener una buena destreza y brindarme su soporte en mi vida universitaria por cada día confiar y creer en mí, en mis destrezas, mis perspectivas, ya que fueron el motor y estuvieron ahí acompañándome en cada evolución larga y agotadora, por siempre desear lo mejor para mi vida profesional, en los que sus opiniones y sugerencias me fortalecían a seguir luchando, también a la USS por ser parte de mí y convertirme en un profesional.

## RESUMEN

El proceso de atención de enfermería es el método científico en la experiencia diaria y comprende cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

En el presente proceso de atención de enfermería se realizó en el Hospital Docente las Mercedes a una adulta de sexo femenino, de 32 años, con diagnóstico médico Cáncer gástrico, el modelo que sustenta es con la teoría de Jean Watson que se basa al Cuidado Humanizado, fundamentado en la taxonomía NANDA – NOC-NIC.

En la fase de recolección de datos se utilizó: la observación, la entrevista a profundidad, el examen físico y la historia clínica.

En la etapa diagnóstica se identificaron con diagnósticos principales: (00134) Náuseas, (00108) Déficit de Autocuidado: Baño, (00027) déficit de volumen de líquidos, (0002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, (00004) Riesgo de infección.

En la fase de la planificación los principales resultados NOC propuestos fueron: (2106) Náuseas y Vómitos: Efectos nocivos, (0301) Autocuidados: Baño, (0602) Hidratación, (1008) estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos, (1902) Control de Riesgo, las intervenciones NIC ejecutadas fueron: (1450) Manejo de las náuseas, (1801) ayuda con el autocuidado: baño/higiene, (4120) manejo de líquidos, (1056) alimentación enteral por sonda, (6540) Control de infecciones, las cuales se implementaron en la fase de la ejecución logrando mejorar el estado de salud de la adulta.

**PALABRAS CLAVE:** Proceso de atención de enfermería, cáncer gástrico, adulto, cuidado enfermería, Jean Watson.

## ABSTRACT

The nursing care process is the scientific method in daily experience and comprises five stages: Assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation.

In the present nursing care process, Las Mercedes was carried out at the Teaching Hospital for a 32-year-old female adult, with a gastric cancer medical diagnosis, the model that she supports is with Jean Watson's theory that is based on Humanized Care, based on the taxonomy NANDA - NOC-NIC.

In the data collection phase we used: observation, in-depth interview, physical examination and medical history.

In the diagnostic stage, the following were identified with main diagnoses: (00134) Nausea, (00108) Self-care Deficit: Bath, (00027) fluid volume deficit, (0002) Nutritional imbalance: lower intake than needed, (00004) Risk of infection.

In the planning phase the main proposed NOC results were: (2106) Nausea and Vomiting: Harmful effects, (0301) Self-care: Bath, (0602) Hydration, (1008) nutritional status: food and liquid intake, (1902) Risk Control, the NIC interventions performed were: (1450) Nausea management, (1801) help with self-care: bath / hygiene, (4120) liquid management, (1056) enteral feeding by tube, (6540) Control of infections, which were implemented in the execution phase, improving the health status of the adult.

**KEY WORDS:** Nursing care process, gastric cancer, adult, nursing care, Jean Watson.

## INDICE

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN .....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN .....	8
1.1. Valoración de enfermería .....	9
1.1.1. Historia de salud de enfermería de la persona cuidada: .....	9
1.2. Valoración según dominios .....	10
1.2.1. Situación problema .....	11
1.2.2. Análisis y confrontación con la lectura.....	12
1.2.3. Formulación del diagnóstico según NANDA .....	14
II. MATERIAL Y METODOS .....	16
2.1. Instrumento utilizado en la recolección de datos .....	16
2.2. Aspectos éticos .....	16
2.3. Planificación del cuidado (NIC).....	17
III. RESULTADO Y DISCUSIÓN .....	25
IV. CONCLUSIONES .....	28
V. REFERENCIAS .....	29

## I. INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas actuales en el adulto que afecta a la población en todo el planeta, es el cáncer, de todos sus tipos existentes, el cáncer gástrico es el tercer origen de defunción en categoría mundial, en conclusión, de una propagación de células deficientes de los tejidos que revisten el estómago con cabida de infiltración y pérdida de otros tejidos y órganos, principalmente el esófago e intestino delgado. En el Perú el cáncer gástrico es violento y frecuentemente y representa aproximadamente un 15% de las causas de mortabilidad en varones y 13% en mujeres, observándose incremento de tasa en regiones. <sup>1</sup>

El cáncer se origina de células normal en células tumorales en una serie de múltiples etapas que suele en la progresión de un deterioro precancerosa a un tumor maligno. Estas modificaciones es el desenlace de la interacción entre los componentes hereditarios del individuo y tres escalas de agentes externos, a saber: carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes; carcinógenos químicos, como el amianto, los elementos del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los comestibles) y el arsénico y carcinógenos biológicos, como establecidos germen, microbio y parásitos. <sup>2</sup>

Es fundamental disminuir los factores de peligro y emplear tácticas protectoras de soporte científica, es trascendental abarcar asimismo la localización aventajado del pcedimiento y la medicación de los individuos. Si se revelan a termino y se manejan apropiadamente, la oportunidad de restauración para diferentes clases de cáncer es excelentes. <sup>2</sup>

Es un estudio con principio ambiental y suele surgir de una inflamación o infección subyacente asociada de hipoclorhidia, la cual provoca ser ocasionada por *Helicobacter pylori*. Las manifestaciones inespecíficas y el análisis corporal estándar al principio manifiestan el pésimo pronostico del individuo por un ataque y medicamento tardío. Es revelador entender las generalidades de cáncer por su alta prevalencia y agresividad en el pueblo. <sup>3</sup>

## **1.1. Valoración de enfermería**

### **1.1.1. Historia de salud de enfermería de la persona cuidada:**

**Nombre:** O.F.G.

**Edad:** 32 años.

**Estado civil:** soltera.

**Número de hijos:** 1 hijo.

**Lugar de nacimiento o procedencia:** Chota – Casmo.

**Religión:** católica

**Fecha de ingreso:** 06/04/18.

**Motivo de ingreso:** dolor de estómago.

**Diagnostico medico:** C a gástrico.

#### **Tratamiento médico:**

- Ambulación.
- Ejercicios respiratorios.
- Permeabilidad de la SNY
- Gastaoclisis Osmolitica 30cc x 20h.
- Dextrosa 5%+ H (1) + K (1).
- Ceftriaxona 2g C/24h E.V.
- Ketoprofeno 100g c/8h.
- Metoclopramida 1g c/8h.
- NA CL 9%/1000 20CC X SNY.

**Reacción Adversa a Medicamentos:** ninguno

**Antecedentes patológicos:** Papá y abuelo ulceras gástricas.

**Antecedentes quirúrgicos:** ulceras gástricas.

## **1.2. Valoración según dominios**

### **Dominio 2: nutrición**

#### **clase 1 ingestión**

Paciente de 32 años se alimenta por sonda yeyunal (SNY), con incapacidad para absorber los alimentos, ya que pertenece al desequilibrio nutricional por lo que es inferior a las necesidades.

#### **Clase 5: hidratación**

Paciente se encuentra en deshidratación ya que se evidencia mucosas orales secas, por lo que es un déficit de volumen de líquidos.

### **Dominio 4: Actividad y reposo**

#### **Clase 5: Autocuidado**

Paciente de 32 años en un estado de higiene inadecuado, por lo que se considera déficit de autocuidado/baño.

### **Dominio 11: Seguridad/Protección**

#### **Clase 1: Infección**

Paciente con presencia de vía endovenosa, es por ello que se de proteger para evitar invasión de microorganismos y evitar un riesgo de infección.

### **Dominio 12: Confort**

#### **Clase 1: Confort Físico**

Paciente refiere tener náuseas, diarreas y eructos ácidos es por ello se considera en confort físico.

### 1.2.1. Situación problema

Adulta joven O.F.G de 32 años, sexo femenino, se encuentra hospitalizada en la cama N° 5 del servicio de cirugía del hospital regional docente las Mercedes con diagnóstico médico: c a gástrico.

Se encuentra tranquila, despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, (LOTEP) comunicativa, en posición semifowler, vía endovenosa en miembro superior derecho perfundiendo dextrosa al 5% + H (1) + K (1) 20 gts x', con sonda yeyunal para alimentación, con catéter venoso central para perfundir líquidos.

Al examen físico se evidencia piel pálida, en mal estado de higiene, labios secos, mucosas orales secas.

Al control de sus funciones vitales: T=36.2°C PA: 110/60 FC=67X' FR=13X'  
Peso: 60kg Talla: 1.56 mts IMC: 24.6 Kg/m<sup>2</sup>

Paciente refiere "Me sentía mal porque me dolía el estómago, tenía náuseas, diarrea y eructos ácidos, también me sentía aburrida".

Al recolectar datos en la Historia Clínica se Observa:

- Hemograma completo:  
Hemoglobina: 10.5 gr/dl  
Hematocritos: 30%

Actualmente está recibiendo tratamiento:

- Ambulación.
- Ejercicios respiratorios.
- Permeabilidad de la sonda yeyunal (SNY)
- Gastaoclisis Osmolítica 30cc x 20h.
- Dextrosa 5%+ H (1) + K (1).
- Ceftriaxona 2g C/24h E.V.
- Ketoprofeno 100g c/8h.
- Metoclopramida 1g c/8h.
- NA CL 9%/1000 20CC X SNY.

### 1.2.2. Análisis y confrontación con la lectura

El proceso de enfermería ha sido realizado a una adulta de iniciales O.F.G de 32 años, sexo femenino, procedente de la ciudad de Chota- Cosma, se encuentra hospitalizada en el servicio de cirugía del hospital Regional Docente las Mercedes, esta investigación trae como teoría a Jean Watson, donde el cuidado humanizado, nos hace referencia que el profesional de salud brinda cuidados personalizados, en la orientación de formas de vida saludables, respetando los derechos de los pacientes dependiendo la edad.

La vigilancia del individuo, a principio de la gran recuperación administrativa de la totalidad de las técnicas de vigilancia de sanidad en el universo, se hace obligatorio el desempeño de la perspectiva humana, sentimental y transpersonal, en el método sanitaria, administrativa, instructivo y de averiguación por parte de los capacitados en el terreno de la enfermería.<sup>4</sup>

La enfermería, como disciplina social y humanística ha asociado a un enfoque holístico con la perspectiva de integridad del individuo e interactúa con las personas a través de su objeto de análisis que es el cuidado. En esa correlación interviene de modo directa la civilización del sujeto de cuidado y de quien lo brinda. El cuidado de enfermería posee una intencionalidad dirigida a la recuperación o vigilancia de la sanidad. Es fundamental la comunicación verbal y no verbal del propósito de sustento, enmarcada en el respeto por el otro.<sup>5</sup>

Gorzon refiere a Jean Watson considera el cuidar como una acción elemental en lo sanitario y a la correlación correcta de asistir enfermera- paciente como una aproximación general. Los individuos con vigilancias holísticas que impulsen el humanismo, la sanidad y la condición de vida. La de vigilancia a individuos es un prodigio nacional mundial que exclusivamente trasciende positivo si se practica de manera interpersonal. La labor de Watson contribuye a la sensibilización de los capacitados, hacia aspectos más humanos. De acuerdo con Watson, la sanidad tiene que entrelazar con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu).<sup>6</sup>

El cáncer se obtiene por el alboroto de células normales, en células tumorales en una fase de varios periodos que suele radicar en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estos cambios son el desenlace de la interacción entre las

circunstancias hereditarias y tres esferas de agentes externos, a saber: carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes; carcinógenos químicos, como el amianto, los componentes del humo de tabaco.<sup>2</sup>

En este proceso se identificó diagnósticos de enfermero como el 00134 Náuseas r/c irritación gástrica m/p Paciente refiere tener náuseas, diarrea y eructos ácidos. La náusea es la sensación de estómago revuelto y, normalmente, son precursoras del vómito, aunque no siempre van acompañadas de ello. Es uno de los síntomas más frecuentes en cualquier persona que está enferma del estómago u otras afecciones relacionadas con el aparato digestivo, también en general a pacientes con tratamiento de cáncer.<sup>7</sup>

Es por ello que la paciente presenta náuseas ya que tiene cáncer gástrico y recibe tratamiento de acuerdo a su diagnóstico y lo cual genera náuseas.

Como segundo diagnóstico se identificó el 00108 Déficit de Autocuidado: Baño r/c dolor m/p Paciente en mal estado de higiene s/c intervención quirúrgica. El autocuidado es la práctica que los individuos inician y realizan para el sostenimiento de su propia existencia, sanidad y satisfacción, déficit del autocuidado es cuando los sujetos están expuestos a restricciones a origen de su sanidad o correlación con ella, no pueden lograr el autocuidado o cuidado autónomo, precisamente es la etapa en que el individuo provoca un daño de la destreza para efectuar o perfeccionar por sí misma las actividades de baño-higiene.<sup>8</sup>

Esta alterado por el dolor es la sensación localizada y que puede ser crecidamente o mínima, molesta o insoportable y que se siente en una parte del organismo, es el resultado de terminaciones nerviosas sensitivas.<sup>9</sup>

Como tercer diagnóstico se identificó el (00027) déficit de volumen de líquidos r/c Pérdida importante de volumen de líquidos m/p Mucosas orales secas. El déficit de volumen de líquidos cuando el cuerpo malgasta en proporciones semejantes tanto agua como electrolitos del LEC. De este modo el resto de líquidos permanece isotónico.<sup>8</sup>

La pérdida de líquidos causa: debilidad, sed, piel seca y mucosa oral seca. La deshidratación de la mucosa se origina por la falta de líquidos. Así mismo, esta

falta se genera a una disminución de la cantidad de líquidos ingeridos o a pérdidas de líquidos que no pueden compensarse.<sup>10</sup>

Como cuarto diagnóstico se identificó el 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c Incapacidad para absorber los alimentos m/p paciente con sonda yeyunal s/a C A gástrico. La inestabilidad nutricional, ingesta inferior a las necesidades es la escasez o la abundancia de nutrientes o voluntad en el organismo provocan inestabilidad nutricional este a su vez genera diversas enfermedades que pueden ser desde leves incluso graves que comprometan la vida.<sup>8</sup>

La ineficacia para asimilar los alimentos suele verse acompañada de una mala absorción de los alimentos. Las paredes que recubren nuestro aparato digestivo suelen estar en malas condiciones, lo que nos lleva a una pésima asimilación de los alimentos.<sup>11</sup>

Como último diagnóstico se identificó el 00004 Riesgo de infección r/c Rotura de la piel (ejem: colocación de catéter intravenoso, procedimientos invasivos). Riesgo de infección.

Una infección se define como la causa por el cual ingresan gérmenes a un segmento susceptible de organismo y se multiplican, provocando un padecimiento. La infección es un asunto frecuente en las personas con cáncer, quienes, se encuentran en superior peligro de contraerla, es trastornado por procedimientos invasivos, se vale de una o varias técnicas médicas que invaden el organismo, con una conclusión diagnóstico o terapéutico, pudiendo originar infecciones por entradas de gérmenes a la piel o a la miembro infectada.<sup>12</sup>

### **1.2.3. Formulación del diagnóstico según NANDA**

#### **Diagnósticos reales:**

1. 00134 Náuseas r/c irritación gástrica m/p Paciente refiere: “tener náuseas, diarrea y eructos ácidos”.
2. (00027) déficit de volumen de líquidos r/c Pérdida importante de volumen de líquidos m/p Mucosas orales secas.
3. 00108 Déficit de Autocuidado: Baño r/c dolor m/p Paciente en mal estado de higiene s/c intervención quirúrgica.

4. (00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c Incapacidad para absorber los alimentos m/p paciente con sonda yeyunal s/a C A gástrico.

**Diagnóstico de riesgos.**

5. 00004 Riesgo de infección r/c Rotura de la piel (ejem: colocación de catéter intravenoso, procedimientos invasivos).

## **II. MATERIAL Y METODOS**

### **2.1. Instrumento utilizado en la recolección de datos**

En el siguiente proceso de enfermería desarrollado a una paciente adulta de 32 años de edad de sexo femenino, se ha utilizado por intermedio de la valoración que se clasifica por dominios, en las que se ha elaborado de acuerdo a su patología cinco diagnósticos clasificados por la NANDA que favorezca a las necesidades que padece la paciente.

Para poder recolectar los datos se ha tomado en cuenta la observación, se ha podido entrevistar a la paciente y a sus familiares, se ha realizado el examen físico y la revisión de la historia clínica de la paciente que ha formado parte de la recolección de datos.

Por intermedio de la observación se logró identificar problemas tanto objetivos como subjetivos que presentaba la paciente, ciertas cosas que referían los familiares o ella misma. Se realizó el examen físico que me ha permitido identificar problemas de su estado de salud.

A través de la entrevista se ha podido complementar mejor la información, con ciertas preguntas que la paciente respondía con más profundidad y claridad, en la que se ha tenido en cuenta antecedentes que ha podido presentar la paciente y los problemas emocionales que la acompañaban en ese momento.

### **2.2. Aspectos éticos**

En este proceso de investigación se ha empleado ciertos principios éticos del informe de Belmont en las que los clasifica en tres aspectos muy importantes para la persona humana.<sup>13</sup>

El respeto a las personas, en la que nos enseña que todos debemos ser tratados igualmente, brindándole el cuidado adecuado y apoyo que ellos mismos necesitan, todo sujeto tiene la lucidez de expresarse con respeto y aceptar un buen trato sin hacer excepción de persona. Beneficencia se fundamento en el uso de acciones de bien hacia un sujeto, que sean favorables y no causen daño.<sup>13</sup>

### 2.3. Planificación del cuidado (NIC)

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: (00134) Náuseas r/c irritación gástrica m/p</b> Paciente refiere: “tener náuseas, diarrea y eructos ácidos”.																									
<b>OBJETIVO</b>	<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFCO</b>																						
Paciente controlará las náuseas durante su hospitalización.	<p><b>NOC: (2106) Náuseas y Vómitos: Efectos nocivos. (210608) pérdida de peso.</b></p> <p><b>Puntuación diana de inicio</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Puntuación diana de resultado</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	G	S	M	L	N			3			G	S	M	L	N					5	<p><b>(1450) Manejo de las náuseas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecutar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la periodicidad, la constancia, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como un diario de autocuidado.</li> <li>• Reducir o descartar las circunstancias personales que desencadenan o incrementan las náuseas (angustia, desconfianza, agotamiento, y desconocimiento).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se valora las náuseas, duración, cada 8 horas, identificaremos los factores que contribuyen a incitar las náuseas, enseñar al enfermo a ejecutar las respiraciones profundas para limitar las náuseas.<sup>14</sup></li> <li>• Indicar al paciente que use técnicas de relajación, la meditación y la relajación profunda puede ayudar a controlar las náuseas que descansa lo suficiente trate de dormir una siesta cuando sienta náuseas.<sup>15</sup></li> </ul>		
G	S	M	L	N																					
		3																							
G	S	M	L	N																					
				5																					

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar los factores (tratamiento y procedimientos) que pueden producir o favorecer a las náuseas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La causa que le ocasiona las náuseas y vómitos al paciente es por la obstrucción intestinal.<sup>16</sup></li></ul>
--	--	--	---

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: (00108)** Déficit de Autocuidado: Baño r/c dolor m/p Paciente en mal estado de higiene s/c intervención quirúrgica.

OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO																														
<p>Paciente realizara por sí mismo su aseo personal.</p>	<p><b>NOC: (0301)</b> Autocuidados: Baño.</p> <p><b>(030101)</b> Entra y sale del cuarto del baño.</p> <p style="text-align: center;"><b>diana de inicio</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">G/ C</td> <td style="text-align: center;">S/ C</td> <td style="text-align: center;">M/ C</td> <td style="text-align: center;">L/ C</td> <td style="text-align: center;">N/ C</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>diana de resultado</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">G/ C</td> <td style="text-align: center;">S/ C</td> <td style="text-align: center;">M/ C</td> <td style="text-align: center;">L/ C</td> <td style="text-align: center;">N/ C</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <p><b>(030109)</b> Se baña en la ducha.</p> <p style="text-align: center;"><b>diana de inicio</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">G/ C</td> <td style="text-align: center;">S/ C</td> <td style="text-align: center;">M/ C</td> <td style="text-align: center;">L/ C</td> <td style="text-align: center;">N/ C</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	G/ C	S/ C	M/ C	L/ C	N/ C			3			G/ C	S/ C	M/ C	L/ C	N/ C					5	G/ C	S/ C	M/ C	L/ C	N/ C			3			<p><b>(1801)</b> ayuda con el autocuidado: baño/higiene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar apoyo hasta que el enfermo sea completamente capaz de lograr el autocuidado.</li> <li>• Determinar la número y el condición de apoyo necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La ayuda es una reacción humana tendiente a resolver necesidades de una persona.<sup>17</sup></li> <li>• Es muy importante el tipo de ayuda que va a necesitar el paciente.<sup>17</sup></li> </ul>
G/ C	S/ C	M/ C	L/ C	N/ C																													
		3																															
G/ C	S/ C	M/ C	L/ C	N/ C																													
				5																													
G/ C	S/ C	M/ C	L/ C	N/ C																													
		3																															

**diana de resultado**

G/	S/	M/	L/	N/
C	C	C	C	C
				5

(030109) Seca el cuerpo.

**diana de inicio**

G/	S/	M/	L/	N/
C	C	C	C	C
		3		

**diana de resultado**

G/	S/	M/	L/	N/
C	C	C	C	C
				5

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: (00045)** Deterioro de la mucosa oral r/c mucosas orales secas m/p Paciente con mucosas orales secas.

OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO(NOC)	INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO																																								
<p>Se mantendrá la hidratación de piel y mucosas orales.</p>	<p><b>NOC: (0602)</b> Hidratación.</p> <p><b>(060215)</b> Ingesta de líquidos.</p> <p><b>diana de inicio</b></p> <table border="1" data-bbox="555 671 904 783"> <tr> <td>G/C</td> <td>S/C</td> <td>M/C</td> <td>L/C</td> <td>N/C</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>diana de resultado</b></p> <table border="1" data-bbox="555 823 904 946"> <tr> <td>G/C</td> <td>S/C</td> <td>M/C</td> <td>L/C</td> <td>N/C</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </table> <p><b>(060205)</b> Sed.</p> <p><b>diana de inicio</b></p> <table border="1" data-bbox="555 1058 904 1169"> <tr> <td>G/C</td> <td>S/C</td> <td>M/C</td> <td>L/C</td> <td>N/C</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>diana de resultado</b></p> <table border="1" data-bbox="555 1209 904 1329"> <tr> <td>G/C</td> <td>S/C</td> <td>M/C</td> <td>L/C</td> <td>N/C</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </table>	G/C	S/C	M/C	L/C	N/C			3			G/C	S/C	M/C	L/C	N/C					5	G/C	S/C	M/C	L/C	N/C			3			G/C	S/C	M/C	L/C	N/C					5	<p><b>(4120) manejo de líquidos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar aspecto de hidratación (mucosas húmedas).</li> <li>• Administrar líquidos según corresponda.</li> </ul>	<p>La hidratación es primordial para desarrollar procesos fisiológicos como conservar la piel y mucosas orales hidratadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Su cuerpo depende del agua para sobrevivir Cada célula, tejido y órgano en su cuerpo necesita agua para funcionar correctamente.<sup>18</sup></li> </ul>
G/C	S/C	M/C	L/C	N/C																																							
		3																																									
G/C	S/C	M/C	L/C	N/C																																							
				5																																							
G/C	S/C	M/C	L/C	N/C																																							
		3																																									
G/C	S/C	M/C	L/C	N/C																																							
				5																																							

(060223) Pérdida de peso.

**diana de inicio**

G/ C	S/ C	M/ C	L/ C	N/ C
		3		

**diana de resultado**

G/ C	S/ C	M/ C	L/ C	N/ C
				5

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:(00002)** Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c Incapacidad para absorber los alimentos m/p paciente con sonda yeyunal s/a C A gástrico.

<b>OBJETIVO</b>	<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFCO</b>																														
<p>Paciente durante su estancia hospitalaria mejorará su capacidad para absorber sus alimentos.</p>	<p><b>1008)</b> estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.</p> <p><b>(100802)</b> alimentación por sonda.</p> <p><b>diana de inicio</b></p> <table border="1" data-bbox="510 799 864 920"> <tr> <td>I</td> <td>L</td> <td>M</td> <td>SA</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td></td> <td>A</td> <td>A</td> <td></td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>diana de resultado</b></p> <table border="1" data-bbox="510 995 864 1117"> <tr> <td>I</td> <td>L</td> <td>M</td> <td>S</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td></td> <td>A</td> <td>A</td> <td>A</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </table>	I	L	M	SA	C		A	A		A		2				I	L	M	S	C		A	A	A	A					5	<p><b>(1056)</b> alimentación enteral por sonda.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar o describir el procedimiento al paciente.</li> <li>• Introducir una sonda nasogástrica, naso duodenal o nasoyeyunal basándose con el protocolo del centro.</li> <li>• Irrigar la sonda cada 4 – 6 horas durante la nutrición continua y posteriormente de cada alimentación intermitente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo procedimiento causa temor en el paciente, por ellos es importante explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar para que este informado y no tenga ninguna duda.<sup>19</sup></li> <li>• La sonda nasoyeyunal es en general la más utilizada, debido a que evita los riesgos de retención gástrica y aspiración en n ancianos y enfermos.<sup>19</sup></li> <li>• Es importante lavar frecuentemente la sonda yeyunal, la irrigación de la sonda con 30 – 50 ml de agua cada 4h.<sup>19</sup></li> </ul>
I	L	M	SA	C																													
	A	A		A																													
	2																																
I	L	M	S	C																													
	A	A	A	A																													
				5																													

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: (00004) Riesgo de infección r/c Rotura de la piel (ejem: colocación de catéter intravenoso, procedimientos invasivos).</b>																											
<b>OBJETIVO</b>	<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>					<b>INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFCO</b>																				
Paciente no mostrará signos de infección durante su hospitalización.	<p><b>NOC: (1902) Control de Riesgo.</b></p> <p><b>(190220) Identifica factores de Riesgo.</b></p> <p><b>diana de inicio</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N/D</th> <th>R/D</th> <th>A/D</th> <th>F/D</th> <th>S/D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>diana de resultado</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N/D</th> <th>R/D</th> <th>A/D</th> <th>F/D</th> <th>S/D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>					N/D	R/D	A/D	F/D	S/D			3			N/D	R/D	A/D	F/D	S/D					5	<p><b>(6540) Control de infecciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar al enfermo acerca de las técnicas correctas de limpieza de manos.</li> <li>- emplear jabón antimicrobiano para que el lavado de manos sea apropiado.</li> <li>- usar guantes estériles</li> <li>- variar los sitios de las vías I.V. periféricas de acuerdo con las directrices CDC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavarse las manos evita la propagación de muchos microorganismos que causan enfermedades.<sup>20</sup></li> <li>- Lavarse las manos con agua y jabón antimicrobiano, cuando están visiblemente sucias o cuando sospeche de haber estado en contacto con patógenos.<sup>20</sup></li> <li>- Uso de guantes estériles disminuye la transmisión de microorganismos.<sup>20</sup></li> <li>- Es necesario cambiar de sitio las vías para no causar alguna infección, dolor.<sup>20</sup></li> </ul>
N/D	R/D	A/D	F/D	S/D																							
		3																									
N/D	R/D	A/D	F/D	S/D																							
				5																							

### III. RESULTADO Y DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal, brindar cuidados de enfermería a una adulta con diagnóstico de cáncer, con una interacción directa con el paciente, se sabe es una etapa con más vulnerabilidad de tener cáncer ya que es uno del tercer problema de salud. Es importante mencionar, que los cuidados ofrecidos fueron indispensables para identificar y satisfacer necesidades básicas en el sujeto de estudio, también se brindó orientación y consejería al cuidador para que este informado acerca del problema o enfermedad del paciente.

Se estableció una relación enfermero- paciente, asimismo con su entorno familiar, en el cual se interactuó con el paciente y familia de manera fluida para que las personas expresen sus emociones, necesidades que presentaban, es por ellos que se fortaleció el vínculo familiar, haciendo participar a cada uno de ellos en el cuidado del paciente y su pronta recuperación.

Guerrero refiere que JEAN WATSON: Conocer quién es el otro, cuáles son fortalezas y debilidades; lográndose a través de la comunicación terapéutica.<sup>21</sup>

Según el primer diagnóstico como objetivo fue: paciente controlara las náuseas durante su hospitalización por medio de los cuidados de enfermería. American dice que la náusea es el efecto de estómago irritado, y asimismo dice cuando tienen problemas de sanidad como obstrucción digestivo ya que es uno de los síntomas de los que tienen problemas con el aparato digestivo.<sup>7</sup>

Como se sabe que es una complicación el cual debemos concurrir rápidamente ya que se inicia con una gastritis lo cual más adelante puede obstaculizar el estómago y conlleva al cáncer gástrico. Los resultados de las intervenciones se obtuvieron un 90% del NOC, lo cual se logró controlar las náuseas durante su hospitalización.

Con el diagnóstico segundo diagnóstico el objetivo fue: paciente realizara por sí mismo su aseo personal. Según el NANDA el autocuidado es la acción lo cual pacientes o individuos inician para la ejecución de mantenerse en buen periodo su propia existencia, sanidad y satisfacción, mientras el déficit de autocuidado es aquello que los pacientes se

encuentran incapaces y se encuentran limitaciones a origen de su sanidad, así mismo el déficit de autocuidado: Baño es la etapa en que el individuo experimenta un desperfecto de la destreza para ejecutar o perfeccionar por si misma las actividades de baño- higiene.<sup>8</sup>

Concluyendo que estas actividades sean cumplidas, en la intervención del NOC se requiere llegar a un 100% pero se logró cumplir con el diagnostico en un 90%.

Ya que el paciente siente dolor por la percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo, es el resultado de terminaciones nerviosas sensitivas.<sup>9</sup>

Según el diagnóstico su objetivo fue: se mantendrá la hidratación de piel y mucosas orales, según NANDA dice que la pérdida de volumen de líquidos es cuando pierde líquidos en el cuerpo, en proporciones estrechamente similares como agua y electrolitos, lo cual el agua sobrante isotónico.<sup>8</sup>

Concluyendo que estas actividades sean cumplidas, en la intervención del NOC se requiere llegar a un 100% pero se logró cumplir con el diagnostico en un 70%, logrando mantener la piel y mucosas hidratadas del paciente.

Según Rodelgo T. dice que la pérdida de líquidos daña u ocasiona: debilitación, sequedad, piel y mucosa oral seca. La deshidratación de la mucosa se produce por la falta de líquidos. A su vez, este daño se debe a una disminución de la toma de líquidos ingeridos o a pérdidas de líquidos que no pueden compensarse.<sup>10</sup>

Se identificó el diagnostico cuyo objetivo fue: paciente mejorara su capacidad para ingerir sus alimentos. Según Delgado C. dice que la imposibilidad para asimilar los alimentos suele verse acompañada de una mala filtración de los alimentos. Las paredes que recubren nuestro aparato digestivo suelen quedar en malas circunstancias, lo que nos lleva a una pésima digestión de los alimentos.<sup>11</sup>

Concluyendo que estas actividades sean cumplidas, en la intervención del NOC se requiere llegar a un 100% pero se logró cumplir con el diagnostico en un 70%. Logrando mejorar su capacidad de ingerir los alimentos.

Como último diagnóstico su objetivo fue: paciente no mostrara signos de infección durante su hospitalización. Según Chemocare menciona que la infección se define como el desarrollo por el cual ingresan gérmenes a una miembro susceptible del organismo y se multiplican, provocando una anormalidad. La infección es una dificultad frecuente en las personas con cáncer, quienes se encuentran en superior peligro de contraerla, es alterado por procedimientos invasivos, se vale de una o varias técnicas médicas que invaden el organismo, con una conclusión diagnóstica o terapéutica, pudiendo originar infecciones por entradas de gérmenes a la piel o a la parte infectada. <sup>12</sup>

Concluyendo que estas actividades sean cumplidas, en la intervención del NOC se requiere llegar a un 100% pero se logró cumplir con el diagnóstico en un 90%. Logrando que no se mostrara signos de infección durante su estancia hospitalaria.

#### IV. CONCLUSIONES

La investigación realizada se centró en las necesidades o respuestas del paciente, en este caso CANCER GASTRICO, por lo que ha considerado 5 diagnósticos para dicha patología, lo cual ayudaran a la intervención de cuidados para la mejoría del paciente.

A la respuesta de lo referido de la paciente que hay reflejo de nauseas, diarreas y eructos ácidos, ya que son síntoma propio de un cáncer gástrico, para disminuir nauseas paciente tenia tratamiento de Metoclopramida para aliviar los síntomas referidos por el paciente lo cual fue positivo y se logró.

Paciente se evidenciaba con sonda yeyunal porque no tenía una buena absorción por cáncer gástrico es por ello que se mantuvo permeable y se irriego la sonda, ya que por medio del dispositivo paciente recibía alimentación liquida y se tenía que mantener irrigada para evitar alguna infección.

En cada Intervención se realiza al paciente según los diagnósticos NANDA los cuidados enfermeros para el cual pueda tener una buena obtención, como otro punto es la orientación.

Dentro de la institución hospitalaria se puede contraer infecciones que perjudiquen la recuperación de la paciente, como dispositivos invasivos es por ello que se toma medidas de prevención para evitar originar una infección por medio de los dispositivos que se encuentran conectados a la paciente.

## V. REFERENCIAS

1. Paredes, M. El cáncer gástrico en el Perú. [citado 12 Dec. 2019]. Disponible en: <https://www.docsity.com/es/el-cancer-gastrico-en-el-peru/5133313/>
2. OMS. Cáncer. [citado 12 Dec. 2019]. disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
3. Rojas Montoya, v. Montagne, N. Generalidades del cáncer gástrico. [citado 12 Dec. 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr192d.pdf>
4. Hernández, G. JEAN WATSON Teorías de enfermería. [citado 12 Dec. 2019]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/jean-watson.html>
5. Quintero Laverte, M. Enfermería: acciones de cuidado en la vida cotidiana. [revista Aladefe] (2019-1). [citado 12 Dec. 2019]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/235/enfermeria-acciones-de-cuidado-en-la-vida-cotidiana/>
6. Garzón, F. Contenido del modelo conceptual. [citado 12 Dec. 2019]. Disponible en: [http://jean-watson.blogspot.com/p/contenido-del-modelo-conceptual\\_30.html](http://jean-watson.blogspot.com/p/contenido-del-modelo-conceptual_30.html)
7. American Cancer society. Control de las náuseas y los vómitos en casa. [citado 12 Dec. 2019]. disponible por: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/nauseas-y-vomito/nauseas-y-vomitos.html>
8. NANDA, Diagnostico enfermeros [citado 12 Dec. 2019]. Disponible en: <https://nanda.pe/>
9. Echeverry H. Morir sin miedo y sin dolor [artículo 2019] [citado 12 December 2019]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/>
10. Rodelgo T. Xerostomía (síndrome de la boca seca) Causas [online]. onmeda.es. [citado 12 December 2019]. Disponible en: <https://www.onmeda.es/sintomas/xerostomia-causas-10060-2.html>
11. 10. Delgado C. La mala digestión, un enemigo para el organismo [citado 12 December 2019]. Disponible en: <https://www.vitonica.com/prevencion/la-mala-digestion-un-enemigo-para-el-organismo>
12. Infección [citado 12 December 2019]. Disponible en: <http://chemocare.com/es/chemotherapy/side-effects/infeccioacuten.aspx>

13. INFORME BELMONT: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos [citado 3 Diciembre 2019]. Disponible en: [http://vipri.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2018/04/Informe-de-Belmont\\_1978.pdf](http://vipri.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2018/04/Informe-de-Belmont_1978.pdf)
14. Fenton M. Valoración de enfermería [libro enfermería medico quirúrgica II]. 2019 [citado 12 December 2019]. Disponible en: [http://www4.ujaen.es/~pancorbo/ejemplo\\_pae05-06.pdf](http://www4.ujaen.es/~pancorbo/ejemplo_pae05-06.pdf)
15. Tappea J. Técnicas de relajación [Internet]. Sld.cu. 2019 [citado 11 December 2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-ejer/relajacion.pdf>
16. Lera I. Náuseas y vómitos [Online]. hospital San Jorge. 2019 [citado 10 December 2019]. Disponible en: [https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/02\\_Nauseas\\_y\\_vomitos.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/02_Nauseas_y_vomitos.pdf)
17. 15. García M. comunicación y relaciones interpersonales. 2nd ed. dialnet. 2019. [citado 10 December 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2790951.pdf>.
18. Mayo Clinic. (2019). Agua: ¿cuánto tienes que beber todos los días? [disponible 9 Dec. 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/water/art-20044256>
19. Kozier y Erb. Fundamentos de enfermería. [online 2017] [citado 4 Dec. 2019]. Disponible en: <http://biblio.upmx.mx/library/index.php/308236>
20. Minsa Salud, Conozca los 11 pasos de la técnica del lavado de manos que salva vidas. [online] 2019 [citado 11 diciembre 2019] Minsalud Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Regiones/Paginas/Conozca-los-11-pasos-de-la-t%C3%A9cnica-del-lavado-de-manos-que-salva-vidas.aspx>
21. Guerrero R, et al. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson. Servicio de Medicina. Hospital Daniel Alcides Carrión. [cited 2019 Junio 26. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>

