

**GUÍA PRÁCTICA PARA CUIDADORES DE PACIENTES
CON CÁNCER DE ESTÓMAGO**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Facultad de Ciencias de la Salud
Enfermería

Asesores: Milton Jara
John Henry Osorio

María del Pilar Bustamante Valencia
Ximena Mildrey Echeverry Enciso
María Elena Isaza López

Medellín, Colombia
2014



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE INVESTIGACIONES

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: **“Guía de Práctica Para Cuidadores de Pacientes con Cáncer de Estómago”**, elaborado por las estudiantes: MARIA DEL PILAR BUSTAMANTE VALENCIA, XIMENA MILDREI ECHEVERRY ENCISO y MARIA ELENA ISAZA LÓPEZ, del programa de Enfermería, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Dirección de Investigación y por lo tanto se declara como:

Aprobado - Bueno

Medellín, Noviembre 18 de 2014

Mg (c). Milton Andrés Jara
Presidente y Vocal

Mg (c). Olga Liliana Mejía
Secretaria

María Del Pilar Bustamante Valencia
Estudiante

Ximena Mildrei Echeverry Enciso
Estudiante

María Elena Isaza López
Estudiante

AGRADECIMIENTOS

Se agradece por su contribución para el desarrollo de este proyecto de grado a la Corporación Universitaria Adventista y su grupo de asesores los docentes John Henry Osorio y Milton Jara que hicieron posible el enfoque de este trabajo.

A la biblioteca UNAC y biblioteca de la Universidad de Antioquia por todos sus aportes bibliográficos.

DEDICACIÓN

Se dedica este trabajo a todas aquellas personas que en la actualidad sufren de la enfermedad de cáncer gástrico y a sus cuidadores, puesto que es por ellos por quienes se es posible impulsar una idea de cuidado y plasmarla en una guía con el fin de ser un apoyo tanto emocional como técnico ante el cuidado en casa.

Corporación Universitaria Adventista

Facultad: Ciencias de la salud

Programa: Enfermería

Título:

GUÍA DE PRÁCTICA PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER DE
ESTÓMAGO

Nombre de los integrantes del grupo:

Ximena Mildrey Echeverry Enciso

María del Pilar Bustamante

María Elena Isaza López

Nombre de los asesores:

Milton Jara

John Henry Osorio

Fecha de terminación del proyecto: 10 de noviembre del 2014

1. Importancia de intervención

2. En la actualidad la enfermedad de cáncer en el mundo va en aumento, esto permite corroborarlo la Agencia Internacional para la Investigación para el cáncer (IARC), donde ésta por medio de GLOBOCAN 2012 dice:
3. Se da a conocer que la carga global de cáncer se eleva a 14,1 millones de nuevos casos en todo el mundo, siendo en la actualidad los principales tipos de cáncer el de mama, próstata y útero; A nivel mundial el cáncer de estómago es el cuarto en frecuencia. En Colombia la enfermedad de cáncer es reconocida por el Ministerio de Salud y Protección Social según Resolución 1383 del 2013 como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional, dentro de lo que incluye al cáncer de estómago como causal de mortalidad tanto en hombres como mujeres s. (1)

Ante el alto índice de morbilidad de cáncer, en este caso con referencia importante al cáncer gástrico, se pretende recopilar información que solo compete a este tipo de cáncer, obtener datos bibliográficos que indiquen todo su proceso como enfermedad y de esta forma buscar los mejores cuidados, , convertir esta información en una lectura fácil y sencilla de entender para el cuidador lector; Ésta debe brindar enseñanzas sugeridas para cuidados en el hogar ante como asistir al enfermo y como cuidarse a sí mismo; de tal manera que convierta en un apoyo en pro de una mejor calidad de vida tanto para el cuidador como para el paciente

4. Método

Como primer paso se ejecutó una revisión bibliografía acerca del cáncer gástrico, sus índices de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, los procesos de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento y cuidados, para poder enfocar la elaboración de la guía, la cual tiene como interés el cuidado en casa por un cuidador. Se continúa entonces con los pasos metodológicos de formulación de preguntas pico orientadoras para la elaboración de una secuencia de cuidados de pacientes con cáncer de estómago.

La recopilación de información se elaboró en búsqueda de bases de datos EBSCO, LILACS, PUBMED, y para mayor cobertura de recomendaciones en cuidados se ejecuta una revisión bibliográfica de textos recientes que tratan de este tipo de patología y sus requerimientos de cuidados en el hogar.

5. Resultados

Se logra recopilar información que compete a un paciente que padece la enfermedad de cáncer gástrico, tomando temas desde el recibir la noticia de su enfermedad, los procesos médicos o tratamientos posibles de su enfermedad y recomendaciones de cuidados. De igual forma ante aquellos casos de no ser recuperable su enfermedad se abordan recomendaciones de cómo debe ser cuidado durante la evolución de la enfermedad, en su fase terminal y cómo debe actuar y cuidarse el cuidador durante todo el proceso evolutivo del cáncer gástrico.

6. Conclusiones

- Se hace una revisión en base de datos donde la poca existencia de investigaciones de cuidado en casa de pacientes con cáncer de estómago, dificulta los buenos resultados.
- Se obtiene apoyo de guías basadas en la evidencia de otras patologías como asesoría para creación de guía para cuidadores de pacientes con cáncer de estomago
- Se toman datos bibliográficos de textos recientes con revisión del resumen de textos para valorar su nivel de recomendación
- Se recopilan recomendaciones según las necesidades en la formación de la guía para cuidadores de pacientes con cáncer de estómago dependientes de cuidados en casa
- Se elabora entonces un ciclo de recomendaciones que abarcan parte de los temas que competen al enfermo con cáncer de estómago, cuidados de paciente y cuidador

INTRODUCCIÓN

El cáncer de estómago hace referencia a los adenocarcinomas gástricos. En las últimas décadas ha habido importantes variaciones en su epidemiología a nivel mundial, pero, desafortunadamente, a pesar de la alta incidencia que tiene esta enfermedad, el diagnóstico sigue siendo tardío.

Una vez diagnosticado, el paciente da inicio a cambios importantes en su vida, se enfrenta a tratamientos buscadores de estabilidad física y mental, se inicia un proceso de intervenciones merecedoras de atenciones que en su mayoría son ejecutadas por un cuidador.

Este documento de investigación bibliográfica es ejecutado basado en la búsqueda de bases de datos que permitan recopilar las mejores recomendaciones para cuidadores informales de pacientes con cáncer de estómago y sus cuidados en casa; Durante los procesos de búsqueda se puede encontrar información sobre esta patología, pero se debe recurrir a diversas bibliografías para obtener información ante el tema de cuidados en casa.

Se planteó como objetivo general, recopilar información bibliográfica que permita generar recomendaciones para cuidadores informales de pacientes con cáncer de estómago, para lo cual se definieron unas preguntas orientadoras para la búsqueda de información y elaboración de la guía, se consultaron estrategias de búsqueda de información para la identificación de evidencia científica actualizada, ejecutada en las principales bases de datos electrónicas, y lograr la obtención de información apropiada para ser formuladas recomendaciones que permitan orientar el cuidado domiciliario de pacientes por medio de cuidadores informales.

El interés de la guía es que sea un aporte importante ante el cuidado de una enfermedad que se mantiene en las estadísticas de morbimortalidad en el mundo como lo es el cáncer de estómago, se valora la necesidad de educar para cuidar con miras a una atención adecuada en casa.

CONTENIDO

1. Justificación.....	1
2. Descripción del problema.....	2
2.1 Pregunta Problema.....	4
3. Objetivo general	4
3.1 Objetivos específicos	5
4. Viabilidad de la investigación	5
5. Alcance de la investigación	5
6. Delimitación de la Investigación.....	6
7. Limitaciones de la investigación	7
1. Marco conceptual	8
1.1 Guía de práctica clínica:	8
1.2 Cáncer de estómago	8
1.3 Cuidado.....	8
1.4 Cuidados paliativos.....	8
1.5 Cuidador	9
1.6 Cuidador principal	9
1.7 Autocuidado (definido para el cuidador).....	9
2. Marco referencial	9
3. Marco institucional.....	15
3.1 Su Misión.....	16
3.2 Su Visión.	16
3.3 Su objetivo:.....	16
4. Marco legal.....	16
4.1 Marco disciplinar	17
5. Marco teórico	19
5.1 Tipo intestinal	21
5.2 Tipo difuso.....	21
1. Descripción de la población	28
1.1 Enfoque de la investigación.....	28
1.2 Tipo De Investigación.....	28
2. Conclusiones	30

CAPÍTULO UNO - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Justificación

El cáncer de estómago es una patología que aqueja a miles de personas en el mundo, esto es posible saberlo gracias a datos estadísticos a lo que:

La Agencia Internacional para la Investigación para el Cáncer (IARC) GLOBOCAN 2012, da a conocer que la carga global de cáncer se eleva a 14,1 millones de nuevos casos en todo el mundo, siendo en la actualidad los principales tipos de cáncer el de mama, próstata y útero. A nivel mundial el cáncer de estómago es el cuarto en frecuencia en hombres (640 mil nuevos casos) y el quinto más común en mujeres (348 mil nuevos casos). Además, siendo la enfermedad de cáncer reconocida en Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social según resolución 1383 del 2013 como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional, donde el cáncer de estómago ha sido causal de mortalidad tanto en hombres como mujeres. (2)

También, en regiones como Asia, Europa del Este, y Latinoamérica, especialmente Chile, Costa Rica y Colombia esta enfermedad sigue siendo epidémica. El pronóstico de los pacientes con cáncer de estómago es bastante pobre, con tasas de supervivencia entre el 5 y 15% a los 5 años, Se estima que se detectan seis mil casos nuevos al año, con tasas de mortalidad del 24.1 por cada 100,000 habitantes para el sexo masculino y 17.4 por cada 100,000 habitantes para el sexo femenino, cuya tendencia se ha mantenido constante en los últimos años. (3)

Cuando el cáncer de estómago ha alcanzado a propagarse sin posibilidad de mejoría llega entonces un dictamen médico que determina que éste ya no puede ser controlado, cesan los exámenes clínicos, el tratamiento y las hospitalizaciones. Sin embargo, la atención de la persona prosigue, con el propósito de mantener una buena calidad de vida. La continuidad de estas atenciones se remiten entonces del ámbito hospitalario hacia el hogar y los cuidados continuarán siendo ejercidos por un cuidador ya sea formal o informal.

Ahora bien, se podría decir que la incidencia del cáncer de estómago tendría que ver con estratos sociales, cultura de cuidados y hábitos alimenticios. “Entre los años de 2000 y 2009 En total se presentaron 17487 muertes ocasionados por el cáncer de estómago en el régimen subsidiado y 15683 en el contributivo, debido a que esta enfermedad tiende a ser más frecuente en estratos socio-económicos bajos y en poblaciones rurales” (3).

Debido a que esta enfermedad es más prevalente en estratos socio económicos bajos, los cuidados en casa son ejercidos por un cuidador informal, la reacción de estas familias ante una enfermedad potencialmente mortal son diversas a nivel emocional y conductual, que si no se enfrenta de la manera correcta se convertirá en un conflicto que durará meses o años.

Para que estos cuidados no se conviertan entonces en un conflicto, en instituciones importantes pensadoras de actos preventivos para el no actuar con errores, antes de ser dado de alta un paciente, el equipo interdisciplinario del hospital (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros profesionales) se encargan de identificar a aquella persona que ejecutará el papel de cuidador, que por lo general, son familiares o amigos y serán quienes reciban la capacitación adecuada para el cuidado en casa.

Pero a lo dicho anteriormente no se puede garantizar que todas las instituciones tengan esta cultura de educar a cuidadores para el cuidado en el hogar. De ahí que la importancia de elaborar una guía práctica para cuidadores en casa de pacientes con cáncer de estómago, dado que ésta les permita obtener de forma clara y puntual los conocimientos básicos para el cuidado de un paciente con cáncer de estómago en casa, abordando temas desde actos simples como manejo de síntomas o actos preventivos en su alimentación, así como los cuidados en los estados evolutivos de la enfermedad.

Con la guía práctica para cuidadores de pacientes con cáncer de estómago se pretende que ésta sea un punto de apoyo importante para los cuidadores y la ejecución adecuada de procedimientos que son obligados en el cuidado en casa de un paciente con cáncer de estómago.

2. Descripción del problema

Los seres humanos al pasar la historia, se han visto en la necesidad de afrontar situaciones, las cuales han sido incentivadas por ellos mismos o por la naturaleza, esto los ha llevado a generar espacios o refugios que les brinden seguridad, específicamente

cuidados. Siendo que el cuidado se ha convertido en una disciplina, específicamente abordada por la enfermería, se define como:

La solicitud y atención para hacer bien una cosa, es la acción de cuidar, asistir, guardar y conservar una buena calidad de vida en las personas. En la etapa terminal ante el cuidado de los pacientes con enfermedades graves, no se pretende alargar la vida innecesariamente ni acortarla específicamente, sino promover un bienestar humano, satisfaciendo sus necesidades básicas, teniendo como función de enfermería la humanización del cuidado. (4)

Siendo así que cuidado es guardar, asistir, conservar la calidad de vida de los individuos, la enfermería se ha apropiado de dicho saber y conocimiento para ayudar a que los seres humanos puedan satisfacer sus necesidades básicas en protección y bienestar personal, la continuidad de conservar la calidad de vida apunta a valorar el lugar ideal de estancia de esta persona enferma, este sentirse seguros y a gusto lo encuentran en la mayoría de las ocasiones en sus hogares, a lo que se define como: “lugar ideal de permanencia, que aporta reconocimiento y seguridad, considerado entonces el sitio ideal para vivir y morir, en situaciones de enfermedad para lo cual se requiere, recurso humano, actitudes, capacidades, conocimiento, disposición, voluntad para hacerlo, motivación e interés” (5).

Al hablar de enfermedad y cuidados, en este caso se refiere al cáncer de estómago, el cual en la mayoría de las ocasiones es diagnosticado de forma tardía y la probabilidad de procedimientos para prolongar la vida son pocos. Ante esto nos encontramos con que:

Entre el 90 y 95% de estos tumores malignos son adenocarcinomas, afectando principalmente a las personas de edad avanzada y presentándose con más frecuencia en hombres que en mujeres; La tasa relativa de supervivencia para quien es diagnosticado con cáncer de estómago es de 5 años, desde luego, muchas de estas personas viven mucho más, algunos se curan y los que no alcanzan ser recuperados ocasionan a largo plazo la necesidad dependiente de cuidados. (6)

Tanto quienes enfrentan un proceso de tratamientos con miras a lograr una recuperación, como aquellos que no la logran, requieren de cuidados en casa y debe ser brindado por una persona que tenga la disponibilidad asertiva y receptiva para el aprendizaje de cuidar, de igual manera quien ejerza este cargo en lo posible debe ser aquella que esté más conectada de forma sentimental con el paciente, puesto que el

amor que se tienen y se brindan hará que las etapas de la enfermedad no sean tan difíciles para ambos. Para esto entonces el cuidador se define como: “Aquella persona que forma parte del grupo familiar y colabora en la atención del paciente, en un 85% este cargo lo ejerce el sexo femenino, tarea que a pesar de su importancia es poco visible y reconocida socialmente”. (7)

El cuidador en el ámbito domiciliario se convierte en un recurso irremplazable para quien padece de cáncer de estómago y requiere de atención en casa, por ello, durante este tiempo de cuidados, es de suma importancia que quienes lo asuman, tengan conocimientos básicos de cómo cuidar, deben informarse de la patología de su paciente, sus tratamientos, reacciones y ejecución de actividades oportunas y correctas para evitar complicaciones que pueden ser prevenibles, de igual forma debe velar por su propia salud, porque : “hacerse cargo de una persona enferma causa fatiga física y emocional, así como tensión, depresión y ansiedad. Por lo tanto los cuidadores deben también aprender cómo cuidar su propio cuerpo, su mente y espíritu”. (8)

Retomado entonces el problema surge la pregunta:

¿Qué cuidados deben brindarse a los pacientes con cáncer de estómago que se encuentran en el ámbito domiciliario? y ¿Qué hábitos de autocuidado deben tener los cuidadores de pacientes con cáncer de estómago con cuidados de ámbito domiciliario?

2.1 Pregunta Problema

Por el hecho de ser una guía práctica, no se formula una pregunta problema, existen preguntas orientadoras que facilitaran la formulación de las recomendaciones para el cuidado (Ver anexo 1).

3. Objetivo general

Recopilar información bibliográfica que permita generar recomendaciones para cuidadores informales de pacientes con cáncer de estómago.

3.1 Objetivos específicos

- Identificar las mayores necesidades en casa de un paciente con cáncer de estomago
- Formular las recomendaciones para el cuidado en casa de pacientes con cáncer de estómago, ejecutadas por cuidadores informales.
- Formular recomendaciones de autocuidado para el cuidador

4. Viabilidad de la investigación

La presente investigación es viable porque cuenta con los elementos que permiten cumplir con las metas propuestas de investigación, los cuales son:

- **Recurso humanos:** del cual hacen parte los asesores del proyecto y las realizadoras de este quienes son 3 estudiantes de x semestre de enfermería, todo el personal encargado de los textos bibliográficos en las bibliotecas de la Universidad Adventista (UNAC) y biblioteca de la Universidad de Antioquia (UDEA)
- **Tecnológicos:** equipos de sistemas con acceso a textos y enlaces bibliográficos.
- **Libros:** todo texto que compete al tema de cáncer de estómago, cuidados, cuidador y cuidados del cuidador.

A saber los investigadores para la ejecución del proyecto toman todas estas ayudas para recopilación de información, la cual es posible, se retoman ideas y secuencias de cuidados, formas y viabilidad de procesos.

5. Alcance de la investigación

Es difícil que una persona esté preparada para recibir una noticia de tal magnitud como lo es el que padece de cáncer, este se enfrenta a sentimientos e incertidumbres de un futuro incierto en cuanto a estado de salud y vida, a nivel institucional se brindan recomendaciones iniciales y básicas de cuidados, sin embargo quien padece y enfrenta la evolución de la enfermedad, los cambios físicos y emocionales son el paciente y su cuidador.

Una vez estando en casa el paciente pierde el contacto continuo con los cuidados hospitalarios en donde fue atendido por personal profesional y la continuidad de cuidado ya será realizado por alguien que tiene todas las intenciones pero no la preparación adecuada.

Una vez en los hogares se tienen que enfrentar las adversidades de la enfermedad según se vayan presentando, es en este contexto donde surge la pregunta: ¿saben lo que hacen los cuidadores en casa acerca de cuidar? o solo actúan como mejor lo pueden hacer.

Con la guía se pretende ofrecer un material bibliográfico de apoyo para que no tenga que actuar por instinto, si no con la orientación de una información confiable, contextualizada, clara y sencilla de cómo debe cuidar y cuidarse de forma correcta; Muchos cuidadores por situaciones repentinas o por los quehaceres de la vida, deben enfrentar la responsabilidad de cuidar a alguien sin tener la experiencia para esto, a estos cuidadores es a quien más se deben tomar en cuenta para que sus acciones no sean temerosas y se conviertan en procedimientos seguros tanto para el paciente como para sí mismos.

Por otra parte en cuanto a su aporte social, esta guía al favorecer el aprendizaje, cultura de cuidado y autocuidado, podrá impactar de manera positiva en la disminución de los reingresos hospitalarios, debido a que estos reingresos surgen de diversas complicaciones por deficiencias en el cuidado ambulatorio llevando al paciente a complicaciones innecesarias y estancias hospitalarias prolongadas, tales como déficit nutricional, neumonías, úlceras por presión, entre otras.

6. Delimitación de la Investigación

La presente investigación tiene delimitaciones conceptuales tales como:

- Cáncer de estómago
- El cuidado de pacientes con cáncer de estómago desde la enfermería
- El cuidado en casa de pacientes con cáncer de estómago
- El cuidador informal ante el cuidado al paciente y para sí mismo

7. Limitaciones de la investigación

Durante el proceso de búsqueda fue encontrada la siguiente limitación:

- No se contó con variedad de artículos científicos calificados con altos niveles de calidad, en temas de cuidado informal para pacientes con cáncer de estómago, que pudieran ser identificados como apoyo para la investigación

CAPÍTULO DOS - MARCO TEÓRICO

1. Marco conceptual

Son tomados como base conceptos esenciales, que permiten entender la objetividad del proyecto, a esto se define:

1.1 Guía de práctica clínica:

“Conjunto de “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica” (9).

1.2 Cáncer de estómago

“Crecimiento anormal e incontrolado en las paredes del estómago de células malignas con capacidad de destrucción local o de diseminación a distancia a otros órganos” (8).

1.3 Cuidado

Se define como un proceso relacional transcultural complejo asentado en un contexto ético y espiritual. Por tanto, el cuidado es la relación entre la caridad y la acción correcta, entre el amor como compasión en respuesta al sufrimiento y la necesidad, y la justicia o la equidad en relación con lo que se debe hacer. El cuidado se produce en una cultura o en una sociedad, incluyendo la cultura personal, la cultura de los hospitales, la sociedad y la global. (9)

1.4 Cuidados paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como: «cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial». La OMS destacaba que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias. (10)

1.5 Cuidador

“Son las personas que se hacen cargo de las personas con algún nivel de dependencia, son por tanto padres, madres, hijos/as, familiares, personal contratado o voluntario, que dedican una importante actividad diaria al cuidado de sujetos con dependencias o discapacidades permanentes” (11).

1.6 Cuidador principal

“Persona que generalmente vive en el domicilio del enfermo y es el encargado de la mayor parte de su cuidado. Tienen una relación muy cercana y por eso, se encuentra al cuidado del paciente casi todo el día” (12).

1.7 Autocuidado (definido para el cuidador)

“Conjunto de actitudes y conductas que desarrolla una persona orientada a regular aspectos internos o externos que afectan o puedan comprometer su salud y bienestar físico y mental” (13).

2. Marco referencial

Como formación del marco de referencia se investiga en la base de datos OPAC, la cual es una base de datos perteneciente a la Universidad de Antioquia, esta permite obtener información de bases de datos bibliográficos, dentro de estos, se investigan en las bases de: (Access Medicine, ApaPsyc Net, Ebsco, Jama Network, Lilacs, PubMed, ScienceDirect, WileyInterScience, y oxfordjournals ,PsycINFO Record).

Indagando en estas bases de dotas, ellas arrojan información en diversos temas, sin embargo a continuación se toma material investigativo que hace referencia a temas de interés de este proyecto a lo cual se mencionan los resúmenes de las siguientes investigaciones:

Para el Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina de la Universidad de Keio, Shinjuku-ku, Tokio, los investigadores Tsunehiro Takahashi, Yoshiro Saikawa y Yuko Kitagawa, hacen una revisión acerca del Cáncer gástrico: Estado actual del diagnóstico y tratamiento.

A lo que resumen que:

El cáncer gástrico es la segunda causa de muerte por enfermedad maligna en todo el mundo y con más frecuencia descubierto en etapas avanzadas.

Debido a que la cirugía curativa es considerada como la única opción para la curación, la detección temprana del cáncer gástrico resecable es extremadamente importante para obtener buenos resultados en los pacientes. Por lo tanto, las modalidades de diagnóstico no invasivas, como endoscopia evolutiva y la tomografía por emisión de positrones se utilizan como instrumentos de evaluación para cáncer gástrico.

Hasta la fecha, el cáncer gástrico precoz está siendo tratado utilizando mínimamente invasivos métodos como el tratamiento endoscópico y la cirugía laparoscópica, mientras que en el cáncer avanzado que es necesario tener en cuenta el tratamiento multi-modalidad incluyendo la quimioterapia, la radioterapia, y cirugía.

Debido a los resultados de grandes ensayos clínicos, cirugía con linfadenectomía extendida no podía ser recomendado como un tratamiento estándar para el cáncer gástrico avanzado. Recientes ensayos clínicos habían demostrado beneficios de supervivencia de la quimioterapia adyuvante después de la resección curativa en comparación con la cirugía sola.

Además, los recientes avances de agentes moleculares dirigidas jugarían un papel importante como una de las modalidades para el cáncer gástrico avanzado. En esta revisión, se resumen el estado actual de la tecnología de diagnóstico y tratamiento para cáncer gástrico. (14)

Tienen como conclusiones:

El término amplio cáncer -gástrico incluye diferentes etapas de la enfermedad, pero los planes de tratamiento son muy diferentes dependiendo de la etapa.

Cáncer gástrico temprano está siendo tratado con métodos mínimamente invasivos tales como tratamiento endoscópico.

Para el cáncer avanzado, si la cirugía ampliada no está indicada, multidisciplinario tratamiento, incluyendo la quimioterapia, se utiliza para mejorar el resultado del tratamiento más allá de la alcanzable por cirugía sola.

Tratamiento multidisciplinario se está utilizando en los casos resecables con intención curativa. Hay muchos ensayos clínicos en curso que tratan de hacer avances, incluso en medicamentos moleculares. Hay muchas expectativas de que el conocimiento se verá reforzado con base en los nuevos datos científicos, lo que lleva al progreso en el diagnóstico y tratamiento de cáncer gástrico. (14)

En un estudio prospectivo de la actividad física y el riesgo de adenocarcinomas primarios del esófago y el estómago en el EPIC (Investigación Prospectiva Europea sobre Cáncer y nutrición) cohorte, varios autores tienen como objetivo de la investigación: “Analizar la asociación entre el tipo de actividad física (ocupacionales, recreativas y de los hogares, vigorosa y general) y el riesgo de esófago primario (OAC) o adenocarcinoma gástrico (GAC)” (15).

Utilizan como métodos:

A partir de nueve países europeos, 420.449 participantes fueron reclutados entre 1991 y 2000 y seguidos durante una media de 8,8 años para registrarse incidente GAC y OAC. Información sobre la actividad física (AF), la dieta, el estilo de vida y las variables relacionadas con la salud se obtuvo al inicio del estudio. Helicobacter pylori estado de infección se consideró en un subgrupo de 1.211 participantes. Los análisis se repitieron por sitio del tumor (cardias / no cardias) y el tipo histológico (difusa intestinal /). (15)

Obtienen como resultados:

Durante el seguimiento, 410 GAC y 80 OAC ocurrieron. Un menor riesgo de general y no cardias GAC fue encontrado para aumentar los niveles de un índice de PA que combinó PA ocupacional con el tiempo semanal dedicado a los deportes y el ciclismo. El hazard ratio (HR) de GAC fue de 0,69, IC del 95%: 0,50 a 0,94, para la comparación entre los participantes activos e inactivos de acuerdo con el índice de PA (HR = 0,44 IC del 95%: 0,26 a 0,74, para el GAC no cardias). No se encontró efecto en los tumores de cardias o subtipos histológicos de GAC. PA de cualquier tipo no se asoció con la OAC. (15)

Y concluyen que: “(No cardias), el tumor gástrico general y distal se asoció inversamente con el tiempo gastado en el ciclismo y los deportes y un índice total de PA. No se encontró asociación para cualquier tipo de PA y el riesgo de cáncer de cardias del estómago” (15).

Indian J Care Palliat, hace una investigación enfocada al Alimentar, sus complicaciones relacionadas y problemas en pacientes que reciben a largo plazo nutrición enteral domiciliaria.

A lo que menciona como objetivo de su estudio: “Evaluar las complicaciones y los problemas relacionados con la gastrostomía y yeyunostomía tubos de alimentación

utilizados para enteral domiciliaria apoyo nutricional y el efecto que éstos tienen sobre el uso de atención médica a largo plazo” (16).

Utilizo Como material y métodos:

Las historias clínicas de 31 pacientes con gastrostomía (27 pacientes) y yeyunostomía (4) Se estudiaron retrospectivamente los tubos de alimentación insertados en la sección de. Todos fueron dados de alta en el largo plazo (> 3 meses) de nutrición enteral y hacer el seguimiento a intervalos regulares por una enfermera especializada. Cualquier problema o complicación asociada con la alimentación por sonda, así como la intervención, si la hay, que se produjo, se registró. Los datos fueron recogidos y analizados. (16)

Obtuvo como resultados:

Todos los pacientes fueron seguidos durante una media de 17,5 meses (4-78). Las complicaciones relacionadas con el tubo - más frecuentes incluyen la retirada inadvertida del tubo (tubo roto , tubo enchufado ; 45,1 %) , fuga de tubo (6,4 %) , la dermatitis del estoma (6,4 %) y diarrea (6,4 %) . Había 92 no programadas contactos de atención de salud, con una tasa promedio de 2,9 dichos contactos a través de la media de tiempo de seguimiento de 17,5 meses. (16)

Y concluyo que: “En pacientes que reciben a largo plazo la nutrición enteral domiciliaria, las complicaciones y los problemas relacionados con la forma de tubo son frecuentes y resultan en un uso significativo de atención médica. Se necesitan estudios adicionales para hacer frente a sus modalidades y gestión óptimas de prevención” (16).

El aceptar la enfermedad de cáncer de estómago, para muchos es difícil y complejo; para esto Garssen B1, Uwland-Sikkema NF, Visser A. En su investigación acerca de ¿Cómo la espiritualidad ayuda a los pacientes de cáncer con el Ajuste a su enfermedad?

Dónde dice que:

Realizaron un estudio cualitativo de diez personas con cáncer, utilizando el método consensual investigación cualitativa para el análisis de las entrevistas semi-estructuradas. Apoyo se encontró para los mecanismos de provisión de significado y de la reducción de la auto-enfoque y preocupaciones. Los participantes también mencionaron papeles centrado en la emoción de la espiritualidad: sentirse apoyado por un confidente trascendental, la expresión de emociones negativas (en la oración), la aceptación, lo que permite la sensación de la miseria, y la visualización de los problemas desde la distancia. No se hizo mención de una contribución de la espiritualidad a través de un mejor ajuste de apoyo social o una mayor calidad de la relación con la pareja. (17)

Los resultados del presente estudio indicaron que: “El papel de la espiritualidad, en la regulación emocional, merece atención en la comprensión de cómo la espiritualidad ayuda a los pacientes de cáncer para adaptarse a su enfermedad” (17).

Para abarcar el tema de estado avanzado de la enfermedad de cáncer de estómago que requiere de cuidados paliativos, Alexander SC1 , Ladwig S , Norton SA , Gramling D , Davis JK, Metzger M , J Deluca , Gramling R., hacen referencia a:

La angustia emocional y respuestas compasivas en Cuidados Paliativos, Consultas de toma de decisiones.

Donde en su investigación toman como objetivos: “Describir los tipos y la frecuencia de la señal de socorro emocional que los pacientes y sus seres queridos expresan y cómo los proveedores responden a estas emociones durante las consultas de toma de decisiones de los cuidados paliativos con los pacientes gravemente enfermos hospitalizados” (18).

Utilizaron como método: “Un enfoque descriptivo cuantitativo para analizar 71 consultas grabadas en audio de hospitalización de toma de decisiones para el sufrimiento emocional y las respuestas de los clínicos a esas emociones mediante métodos fiables y establecidos” (18).

Obteniendo como resultados que:

Un total de 69 % de las conversaciones contenían al menos una expresión de angustia emocional. La frecuencia por conversación de las expresiones de angustia emocional fue de 1 a 10. Ansiedad / miedo eran las emociones más frecuentemente encontrados (48,4%), seguido de la tristeza (35,5 %) y la ira / frustración (16,1 %). Más de la mitad de las emociones relacionadas con los sentimientos del paciente (53,6%) y el 41,9 % estaban relacionadas con las propias emociones seres queridos. La mayoría de las emociones fueron moderadas en intensidad (65,8 %) seguido por la fuerte (20,7 %) y leve (13,5 %). Los médicos respondieron a la mayoría de las emociones con una respuesta compasiva (75,7 %) seguidos de los de contenido médico (21,9 %) y muy pocos fueron ignoradas (1,3 %). (18)

Y Concluyen que “Las expresiones de angustia emocional son comunes durante las consultas y por lo general se encuentran con respuestas compasivas por el médico” (18).

Y como tema final al referirnos al cuidador informal de pacientes con cáncer de estómago los autores Saha V, LapidMI, Kung S, Atherton PJ, Sloan JA, Clark MM, Rummans TA, en su investigación acerca de la edad y calidad de vida de pacientes con cáncer y su influencia en la calidad de vida en los cuidadores, donde su investigación define que: Hay cargas significativas asociadas con la atención a sus seres queridos con cáncer. Sin embargo, la calidad de cuidador de vida (QOL) es a menudo pasado por alto. Con el creciente número de adultos mayores con cáncer, es importante y determinar si la edad y la calidad de vida de un paciente tienen o no relación con la calidad de vida del cuidador. (19)

El objetivo de su estudio fue entonces: “Describir la calidad de vida del cuidador, explorar si la edad del paciente influye y determinar los factores psicosociales del impacto” (19).

Utilizaron como material y métodos:

La información de referencia de pacientes con cáncer que reciben radioterapia avanzada y sus cuidadores, que fueron incluidos en un ensayo clínico aleatorizado y controlado para probar la eficacia de un programa estructurado, la intervención QOL multidisciplinar, fue analizada para este estudio. Los cuidadores completaron el Quality of Life Index Cuidador - Cáncer (CQOLC) Escala. Tanto los pacientes como los cuidadores completaron el lineal analógica Autoevaluación (LASA) para medir la calidad de vida, y Perfil de Estados de Ánimo (POMS) para medir los estados de ánimo. (19)

Los resultados que obtuvieron fueron:

En total, 131 pares de paciente - cuidador participaron en el estudio. Al inicio del estudio, los cuidadores de los adultos mayores (≥ 65 años) tenían ($p = 0,01$), emocional ($p = 0,003$), espiritual ($P < 0,01$), y de apoyo social ($P = 0,03$) las puntuaciones de calidad de vida LASA mentales superiores. Los cuidadores de los adultos mayores también tuvieron mayor QOL basal (CQOLC, $P = 0,003$) y el estado de ánimo (POMS, $P = 0,04$) que los cuidadores de los adultos más jóvenes. Los cuidadores de pacientes con puntuaciones de calidad de vida más altas LASA tuvieron mayor general ($P = 0,02$), mental ($P = 0,006$), física ($P = 0,02$), emocional ($p = 0,002$), y las puntuaciones de calidad de vida espirituales LASA ($P = 0,047$). (19)

Como conclusiones definieron: Los cuidadores de adultos mayores con cáncer avanzado demostrado una mejor calidad de vida y menos trastornos del estado de ánimo en comparación con los cuidadores de los pacientes más jóvenes. Cuando los pacientes tienen una buena calidad de vida, los cuidadores también tenían buena calidad de vida. (19)

Palabras clave:

“Cuidador informal, Intervención, Bienestar Psicosocial” (19)

3. Marco institucional

En el año de 1937 inició labores en Medellín el “Colegio Industrial Coloveno,” La tarea educativa, comprendía todos los niveles de educación y buscaba preparar profesionalmente a pastores, administradores, maestros y músicos. Al comenzar el año de 1950 se adoptó el nombre “Instituto Colombo–Venezolano” y continuó trabajando en los niveles de educación primaria, secundaria y terciaria. El decreto 80 de 1980 (enero 22) emanado de la presidencia de la República define el sistema de Educación Superior y tal definición obligó al “Instituto Colombo–Venezolano” a revisar sus estatutos. El 18 de julio de 1981 se creó la Corporación Universitaria Adventista con el objetivo de impartir la educación post-secundaria en la modalidad universitaria. La UNAC recibió la personería Jurídica No. 8529 el 6 de junio de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

La UNAC ha trabajado con miras a formar profesionales muy competitivos y de altas calidades morales y espirituales, por ello dentro de su quehacer cotidiano participa en diferentes procesos que velan por la calidad institucional. Se destaca la Acreditación otorgada por la Agencia Acreditadora Adventista (AAA), que ha certificado la calidad de la educación impartida en la UNAC. De igual manera se está participando en los procesos de calidad de la Educación Superior que promueve el Ministerio de Educación Nacional; el Registro Calificado para cada uno de sus programas, se constituye en la

etapa previa antes de ingresar a los procesos de Acreditación de Alta Calidad tanto para los programas como para la institución en sí

La Corporación Universitaria Adventista pertenece al sistema mundial de educación de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, por tanto, sigue la filosofía de educación adventista.

3.1 Su Misión.

La Corporación Universitaria Adventista reconoce a Dios como Creador, Redentor y Sustentador del hombre y del universo; y en armonía con los principios filosóficos y educativos inspirados por el Espíritu Santo.

3.2 Su Visión.

La Corporación Universitaria Adventista será una universidad completamente accesible a la Iglesia Adventista del Séptimo Día en particular, y a la comunidad en general, con el propósito de preparar ciudadanos para este mundo y para la eternidad.

3.3 Su objetivo:

Formar profesionales muy competitivos y de altas calidades morales y espirituales, por ello dentro de su quehacer cotidiano participa en diferentes procesos que velan por la calidad institucional.

4. Marco legal

Al ser normatizado el cáncer por el Gobierno, son citados leyes y decretos emitidos por este para darle una vigencia y valoración legal a este escrito.

- LEY 100 de 1993

El ministerio de salud y protección social

El tratamiento del cáncer es multidisciplinario y exige modalidades terapéuticas

En la actualidad los pacientes transitan por diferentes centros de tratamiento lo que hace que impone muchos retos en la administración de tratamientos y procedimientos.

Distintos estudios han evidenciado fragmentación, falta de articulación entre servicios preventivos y atención temprana y asistencia médica.

- Dada la carga creciente de enfermedad asociada al cáncer, tal y como se indica en el análisis de la situación de salud de los Colombianos y, al constituirse el cáncer como una enfermedad con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales, se hace necesario que el Ministerio adopte en el país, un Plan Decenal para el Control del Cáncer.
Resolución 1383 de mayo de 2013 .Por el cual se adopta el plan decenal contra el control de cáncer de Colombia, para el decenio 2012 – 2021.
- Artículo 5 de la ley 1384 del 2010, “por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia” (2), declaro el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional. (20)

4.1 Marco disciplinar

Para los seres humanos pocas enfermedades provocan un temor tan grande como el cáncer. La sola mención del nombre ha inducido pensamientos referentes a una enfermedad larga e insidiosa, con cirugías, de prolongada permanencia en un hospital y el elevado riesgo de terminar en la muerte y a pesar de la avanzada tecnología la temible reputación del cáncer continua. Sin embargo y a pesar de tantas medidas preventivas hechas por las entidades de salud como mejorar la alimentación, disminuir el consumo de tabaco y de licor entre otras, aun se percibe la falta de estos hábitos saludables dando paso enfermedades malignas para su formación en el organismo y la consecuente discapacidad física y emocional, las cuales llevan al ser humano a una condición dependiente, dolorosa y angustiante.

La progresión de esta enfermedad desencadena entonces un sinnúmero de situaciones requirentes de cuidados debido a su desenlace incapacitante, labores que serán desempeñados por un ser querido o en el mejor de los casos alguien externo que es contratado para los quehaceres del cuidar.

Para tener un mejor enfoque de las necesidades a suplir según la necesidad del paciente, es importante conocer conceptos del cuidar de las grandes teóricas de la enfermería, esto para permitir tener una visión más amplia de las diferentes formas de abordar el cuidado y definir cuál de estas es la más oportuna para el desarrollo de la guía.

Para Virginia Henderson: “El cuidado está dirigido a suplir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales” (21).

Para Dorothea Orem: “El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos, donde el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado” (22).

Por su parte Callista Roy propone: “Planificar los cuidados para un proceso de solución de problemas entre los que se incluyen valorar la conducta del enfermo/usuario, valorar los factores influyentes, identificar los problemas, fijar los objetivos, seleccionar las intervenciones así como evaluar los resultados” (23).

Para Nightingale el cuidado se centra en el “El entorno; Todas las condiciones e influencias externas afectan a la vida y al desarrollo de un organismo” (24).

El cuidado para un paciente con cáncer de estómago parte entonces, desde el momento en que los médicos diagnostican y determinan un tratamiento que requerirá en los meses futuros, se habla de un tratamiento que ayudara a mantener su calidad de vida durante su recuperación o los años que le queden de vida, para esto entonces:

Los principales cuidados que requieren los pacientes con enfermedad de cáncer serian el control de síntomas, dolor, debilidad etc., atención de síntomas digestivos como anorexia, estreñimiento, nauseas, vomito, alimentación y nutrición vía oral o por los procedimientos necesarios como la gastrectomía, cuidados de higiene en general, cuidado de la piel y atención relacionada a cambios en el estado de ánimo que desencadena la evolución de la enfermedad. (25)

Para abarcar el cuidado de un paciente que requiere tantas atenciones se elige entonces en beneficio de esta investigación los cuidados planteados por Virginia Henderson, donde:

El fenómeno central que plantea la teórica: “Es Rol de suplencia, Conducido hacia una mejor satisfacción de las necesidades y un estado óptimo de salud” (20).

Define a la persona como: “Un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales de orden bio-psico-social, cada persona intenta conseguir independencia, cuando una necesidad no está satisfecha, no existe independencia” (20)

Define la Salud como: “Salud = Independencia. Habilidad de la persona para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería “Es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida” (20).

Su meta: “Suplir y/o ayudar a la persona que no puede por sí sola satisfacer sus necesidades. En los casos de estados terminales, obtener una muerte digna” (20).

Son tomadas como referentes de importancia las 14 necesidades de la teórica Virginia Henderson, ya que no solo debe tenerse presente las necesidades del paciente, sino también las del cuidador, en todo el proceso evolutivo de la enfermedad de cáncer de estómago.

5. Marco teórico

De forma inicial es importante tener el concepto de la palabra guía la cual tiene múltiples conceptos y propósitos, según el Diccionario de la Real Academia guía se define como: “aquello que dirige o encamina, con criterios de diversidad, funcionalidad e intencionalidad pedagógica” (26)

Para realizar este proyecto se toma como referente la guía de práctica clínica la cual se trata de: “documentos donde se plantean preguntas específicas y se organizan las

mejores evidencias disponibles, para que en forma de recomendaciones flexibles, sean utilizadas en la toma de decisiones.” (27)

A lo anterior el tipo de recomendaciones que se pretende recopilar en esta guía es el concerniente a un tipo de cáncer en específico el cual es el de estómago, este se origina a nivel celular en las paredes del estómago dónde: En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer, el hecho de que crezcan sin control e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa. (28)

Diversos son los factores de riesgo para el cáncer. Para el caso del cáncer de estómago se ha dicho que su origen está relacionado a factores de riesgo como:

El tabaquismo, la ingestión de sal, los alimentos ahumados, los nitritos, o el tener familiares de primer grado de consanguinidad con historia de cáncer gástrico. También se asocia con este cáncer los estratos socioeconómicos bajos, el sexo masculino, la raza negra, la presencia de adenomas gástricos, el grupo sanguíneo A, la anemia perniciosa, la gastritis atrófica, la enfermedad de Ménétrier, el síndrome de Peutz Jeghers con hamartomas¹ gástricos y el antecedente de gastrectomía parcial por lesiones benignas, practicada, por lo menos, con quince años de anterioridad. (29)

Otro de los factores posibles desencadenantes son las lesiones precursoras y las condiciones precursoras.

Para lesiones precursoras se definen como: “Alteraciones histológicas asociadas con mayor riesgo de cáncer y como condiciones precursoras, a aquellos factores que crean un ambiente favorable para la génesis del cáncer, las cuales son: gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal, adenomas gástricos, enfermedad de Ménétrier” (26).

Y de las condiciones precursoras hacen parte: “infección por *Helicobacter pylori*, úlcera péptica gástrica, antecedentes de gastrectomía parcial, anemia perniciosa” (26)

¹ patología benigna, malformación de coordinación que se asemeja a un tumor en el tejido de su origen. No es un tumor maligno, y crece al mismo ritmo que los tejidos circundantes. Se compone de elementos de tejido que normalmente se encuentran en ese sitio, pero que están creciendo en una masa desorganizada. Se producen en muchas partes diferentes del cuerpo y son más a menudo asintomática. Pueden llegar a ser detectados a menos cuando se hace algún estudio de imagen en radiología. (<http://eusalud.uninet.edu/misapuntes/index.php/Hamartoma>)

Así pues que el cáncer de estómago se define como: “Epitelio gástrico (mucosa); que progresivamente invade o compromete las diferentes capas de la pared gástrica .El tipo histológico más frecuente en 96% es el adenocarcinoma; el 4% restante, sarcoma, Linfomas, miosarcomas carcinoide entre otros” (26).

Los adenocarcinomas² se pueden clasificar de acuerdo a su tipo en tubulares (los más frecuentes), papilares, mucinosos y estos de acuerdo a su grado de diferenciación histopatológica en G1 a G4.

G1: tumor bien diferenciado.

G2: tumor moderadamente diferenciado.

G3: tumor poco diferenciado

G4: tumor indiferenciado.

Lauren estableció hace tiempo dos tipos histológicos diferentes, cada uno con características histopatológicas, clínicas y epidemiológicas propias.

5.1 Tipo intestinal

Se encuentra en general en regiones con alta incidencia de cáncer gástrico (forma epidémica), en pacientes de edad mayor y depende más de factores ambientales. Se caracteriza patológicamente por la tendencia a formar glándulas con células similares a las intestinales, en general son mejor diferenciados, mejor delimitados, más compactos, de formación papilar o tubular, asociado con gastritis crónica y su diseminación es de preferencia hematógena.

5.2 Tipo difuso

Tiene una incidencia algo más constante (forma endémica) y parece estar más determinado por factores individuales. Este tipo de tumores se ve más en pacientes

² Neoplasia maligna generalmente de origen epitelial (92 a 94%), en la que sobre la base de factores genéticos, influyen fundamentalmente factores ambientales que alteran el epitelio, el que reacciona con procesos inflamatorios, metaplásicos y displacidos, y que en un determinado momento puede resultar en cáncer. (http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap14_Adenocarcinoma_gastrico.pdf)

jóvenes, sin historia de gastritis y está formado por células poco cohesionadas, tiene límites poco definidos y su diseminación preferente es linfática.

Desde el punto de vista histológico hay que distinguir dos grupos de acuerdo al nivel de invasión de la pared. Esto tiene gran relevancia terapéutica y quirúrgica.

5.2.1 Cáncer gástrico incipiente

Aquel que infiltra mucosa y submucosa (hasta la muscular de la mucosa)

- Cáncer intramucoso: tiene un riesgo de metástasis ganglionares de 3%.
- Cáncer submucoso: el riesgo de metástasis ganglionares varía entre 15 a 20%.

5.2.2 Cáncer gástrico avanzado

“Aquel que infiltra más allá de la muscularis mucosae. (El riesgo de metástasis ganglionares es de 40% o más)” (30).

Clasificación macroscópica para la estadificación del cáncer gástrico:

- Cáncer incipiente: clasificación japonesa
- Cáncer avanzado: clasificación de Borman

Estadificación (American Joint Commission on Cancer, 1997)

(T) Tumor primario

I: Elevado

IIA: Levemente elevado

IIB: Plano

IIC: Deprimido

III: Excavado o ulcerado

En los tipos mixtos se coloca primero el que tiene mayor diámetro.

Tipo I: lesión tipo pólipo, de base ancha y bien demarcada de la mucosa alrededor.

Tipo II: similar a la anterior con ulceración central.

Tipo III: ulcerado sin límites definidos, con infiltración de la mucosa alrededor.

Tipo IV: con infiltración difusa o linitis plástica.

Tipo V: no asimilable a los anteriores.

TX: tumor primario, no se puede evaluar.

T0: sin evidencia de tumor primario

Tis: carcinoma in situ: tumor intraepitelial sin invasión de la lámina propia

T1: el tumor invade la lámina propia o la submucosa.

T2: el tumor invade la muscularis propia o la subserosa.

T2a: el tumor invade la muscularis propia.

T2b: el tumor invade la subserosa.

T3: el tumor penetra la serosa (peritoneo visceral) sin invadir las estructuras adyacentes

T4: el tumor invade las estructuras adyacentes (31).

La etapa de un cáncer o estadio es una descripción de cuán lejos se ha propagado la enfermedad. La etapa de un cáncer de estómago es un factor importante para seleccionar las opciones de tratamiento y para predecir la expectativa (pronóstico) de un paciente.

Sin embargo, se diagnostica en la mayoría de casos de forma tardía, esto es debido a:

La falta de síntomas precoces. Dado que en la mayoría de los pacientes que presentan enfermedad local avanzada o metastásica, los síntomas son vagos y es posible que hayan estado presentes durante varios meses; incluyen: indigestión y ardor epigástrico, malestar, saciedad precoz, sensación de llenura después de comer y pérdida del apetito. La hematemesis es poco común en el carcinoma gástrico pero puede indicar un miosarcoma³ estomacal. (32)

Para su diagnóstico se basa en exploraciones, como:

Exploración médica: El médico explorará el abdomen para identificar toda hinchazón o dolor anómalos. También comprobará que no haya ninguna hinchazón

³ Tumor maligno desarrollado en las fibras musculares; Cuando se da en las fibras musculares estriadas reciben el nombre de rhabdomiomas o en las fibras musculares lisas leiomiomas. Tiene características biológicas y clínicas a las de los carcinomas. Se originan del tejido mesénquima posee poco tejido conectivo. Son de aspecto carnoso. (thefreedictionary.com/**miosarcoma**)

anómala por encima de la clavícula izquierda, que podría deberse a una diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos situados allí.

Exploración endoscópica: Durante una exploración endoscópica del tubo digestivo superior o gastroscopia, el médico hace pasar un tubo delgado, flexible y emisor de luz denominado endoscopio por la garganta del paciente hasta el estómago. Esto permite al médico ver el revestimiento del esófago, el estómago y la primera parte del intestino delgado. Si se observan zonas anómalas, pueden tomarse biopsias (muestras de tejido) usando los instrumentos que se introducen por el endoscopio.

Exploración radiológica: Una tomografía (TAC) muestra la extensión del cáncer, tanto a nivel local como en otras partes del cuerpo. También puede usarse para guiar una biopsia. Pueden realizarse también exámenes adicionales, como radiografías y exploraciones mediante tomografía por emisión de positrones (PET), para excluir la diseminación a distancia de la enfermedad, que se conoce como metástasis.

Examen histopatológico: Un patólogo examinará en el laboratorio la muestra de la Biopsia (la muestra de tejido extraído durante la gastroscopia), lo que se conoce como examen histopatológico. Usando un microscopio y varias otras pruebas se confirmará el diagnóstico de cáncer y proporcionará más información sobre sus características. (33)

En cuanto al tratamiento el procedimiento quirúrgico es la principal alternativa en el cáncer gástrico, en este se hace una resección completa con márgenes adecuados de 5 cm es el principio quirúrgico del cáncer gástrico. Sin embargo, el tipo de cirugía y la resección linfática son objeto de debate a nivel mundial, nombrada entonces esta cirugía como Gastrectomía, la cual consiste en: “La remoción de ciertas partes o todo el estómago y puede ser radical, parcial o total. Estos procedimientos se realizan en pacientes para remover lesiones benignas, en caso de úlcera gastroduodenal y/o cáncer gástrico” (34).

Al remover parte, o todo el estómago se pueden experimentar las siguientes alteraciones:

Reducción de la capacidad gástrica, lo que puede alterar la digestión, disminución del jugo gástrico, aceleración de las evacuaciones. Cuando se realiza una gastrectomía total, en donde se extrae el estómago, el paciente debe tener mayor cuidado en la alimentación. Porque hay mayor probabilidad de sufrir un déficit nutricional debido a que la digestión de los carbohidratos y proteínas se puede ver perturbada. (35)

Otro de los tratamientos alternativos para el cáncer de estómago es la radioterapia preoperatoria, según los estudios adelantados ésta: “mejora el control local de la enfermedad y la supervivencia; sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar estos resultados y ante el cáncer gástrico avanzado el cual es incurable, la quimioterapia ha demostrado tener efectos paliativos para mejorar los síntomas” (36).

Una vez obtenida la información de todo lo que abarca el tema de cáncer de estómago se piensa en cuáles serían las intervenciones en casa y qué hacer para atender las necesidades de cuidados que exige a lo que se plantea en un orden de importancia teniendo como primera base el recibir la noticia para lo que la American Cancer Society dice:

Se requiere de tiempo para asimilar la noticia, enfrentar los estados de negación, aceptación, lo cual consume mucha energía mental. Al superar esta etapa, se pasa a la habilidad para enfrentar el cáncer por cuanto la mayoría encuentra la manera de llevar a cabo sus labores, pasatiempos y relaciones interpersonales, encuentran un modo nuevo o distinto que les permite vivir sus vidas al máximo, aprende a expresar sus sentimientos y cuidar de sí mismo. (37)

Una vez superada el estado de auto cuestionarse del por qué padece de dicha enfermedad, el paciente se preocupa por informarse de todo lo que compete con su proceso cancerígeno al igual que su cuidador formal, indagan sobre evolución de la enfermedad, procesos a que se verá enfrentado y sus posibles resultados tanto positivos como negativos.

Al indagar el paciente y su cuidador según la etapa de la enfermedad es entonces cuando el paciente y su cuidador se familiarizaran con temas como quimioterapia, procedimiento quirúrgico de gastrectomía, nutrición, síntomas, efectos de la quimioterapia:

Este último punto en particular es importante porque tales reacciones pueden, comprender la caída del cabello y el consecuente estado depresivo. Por lo cual se deben implementar para enfrentar dichas situaciones además se debe ofrecer información sobre la gastrectomía, como alimentarse en casa para evitar una desnutrición y cuál será la sintomatología post quirúrgica. (38)

Pero cuando se trata de un estado avanzado del cáncer gástrico los médicos ya no recomiendan un tratamiento curativo si no un tratamiento paliativo para el control de una aceptable calidad de vida durante sus últimos años, es en esta circunstancia donde el cuidador informal se convierte en el protagonista de los cuidados del paciente en el hogar porque se hace partícipe de los cuidados continuos y paliativos, haciendo referencia a: “Enfermedades desencadenantes por la disminución de actividad del paciente debido a su debilidad, cuidados de higiene de mucosas y corporal, cuidado de la piel, alimentación, manutención de salud mental e identificación de síntomas importantes que indiquen alertas tales como signos de dificultad respiratoria, desnutrición y paro” (39).

Todos estos cuidados en casa son realizados por el cuidador, aquel que con educación previa al cuidado o sin ella está dispuesto a permanecer al cuidado de este paciente que lo necesita, sin embargo este es también un ser humano como todos, con la diferencia que se prepara psicológicamente para atender a su familiar enfermo pero que si no se preocupa por cuidarse a sí mismo entrara en un estado de angustia, depresión y desesperación ocasionado por el cansancio extremo, ante este sentir se encuentra:

Que el autocuidado es fundamental para mantener un cuerpo y una mente sana como cuidador, a esto también se menciona que “cuidarse a sí mismo en la mejor manera de cuidar a su familiar” y al decir cuidarse se refiere a todas aquellas actitudes y acciones que adopta el cuidador familiar que van encaminadas a valorarse a sí mismo, quererse y cuidarse, son en definitiva, acciones que tienen como objeto mantener y mejorar la propia salud física y mental. (40)

Educar es importante porque la mayoría de los cuidadores no tienen un aprendizaje de los cuidados que deben ofrecer y como realizarlos a una persona enferma, no son ejecutadas las acciones con planificaciones previas debido a estos desconocimientos que los cuidadores tienen de la evolución de la enfermedad confundiendo sin saber a veces que actitud tomar, ya que el cuidado prestado por un familiar es mucho más instintivo, cultural y natural que el técnico y científico, el desgaste y sufrimiento causados por la inseguridad y falta de preparación podrían ser minimizados potencialmente a través de la orientación y la educación de cuidados tanto para el pacientes con cáncer de estómago, como para sí mismos, con el fin de que su cuidado sea

ejecutado con éxito, que se convierta en el saber hacer y el saber usar y no en un fracaso que debilite su salud moral o física llevándolo a una deserción.

CAPÍTULO TRES - METODOLOGÍA

1. Descripción de la población

La guía está dirigida a los cuidadores informales de pacientes con cáncer de estómago, Se ha de recordar que un cuidador informal es aquel que obtiene este rol sin tener una preparación que lo habilite para tal fin y sin los conocimientos para desempeñar tareas concretas de asistencia según necesidades del paciente y donde el escenario se circunscribe al hogar es el ámbito familiar o doméstico.

1.1 Enfoque de la investigación

La recopilación de información se presenta con un enfoque de investigación cualitativa en teoría crítica (sociopolítica), donde se estudian las condiciones sociales que influyen en las situaciones de sus participantes. “Taylor y Bogdan (1992) señalan que lo que define la metodología es simultáneamente tanto la manera cómo enfocamos los problemas, como la forma en que le buscamos las respuestas a los mismos” (41)

1.2 Tipo De Investigación

Este trabajo es de tipo cualitativo, dado que se caracteriza por ser una: “Investigación bibliográfica que aporta significado y comprensión de lo específico como: valores, experiencias de vida, percepciones del cuidado, que plantear nuevas hipótesis de trabajo y teorías emergentes para engrosar el cuerpo propio de conocimientos.

Estas revisiones bibliográficas permiten un análisis de cada uno de los temas concernientes al cáncer de estómago, sus fases, cambios físicos, evolución de la enfermedad, sus cuidados y dependencias de cuidados, haciéndose a la necesidad de un cuidador y las variables a intervenir que desencadenan ambos durante el proceso de la enfermedad..

1.2.1 Pasos metodológicos

- Revisión bibliográfica sobre todo lo referente a la patología de cáncer de estómago y cuidadores informales

- Formulación de ideas relacionadas a las necesidades en casa requeridas por un paciente con cáncer de estómago y su cuidador
- Construcción, selección y priorización de 60 preguntas clínicas generadas por la formulación de ideas.
- De las 60 preguntas clínicas, son seleccionadas y priorizadas 27 preguntas orientadoras en formato PICO.
- Diseño de estrategias de búsqueda a partir de las preguntas PICO con términos MeSH, DeCS y conectores booleanos, adicionalmente se definirán unos límites y filtros metodológicos.
- Ejecución de las estrategias de búsqueda en las siguientes bases de datos electrónicas con acceso gratuito a través de la universidad: MEDLINE a través de PubMed, LILACS, Cochrane, Ovid, ProQuest, Ebsco.
- Formulación de recomendaciones según resultados de búsqueda.

1.2.1.2 Estrategia de análisis

- Revisión bibliográfica
- Valoración de información encontrada en base de datos
- Lectura
- Selección de información referente a palabras claves

CAPÍTULO CUATRO - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

2. Conclusiones

- De las 60 preguntas pico son tomadas, analizadas y reformadas 27 preguntas, como base de búsqueda de información.
- Fue dificultosa la revisión en base de datos debido a la poca obtención de investigaciones referentes al cuidado en casa de pacientes con cáncer de estómago, generada por cuidadores informales.
- Se obtiene apoyo de guías basadas en la evidencia de otras patologías como asesoría para creación de guía para cuidadores de pacientes con cáncer de estómago
- Datos bibliográficos de textos recientes se convierten en apoyo importante para las recomendaciones de la guía apoyados en la lectura de abstract y resumen de textos que ayudo a valorar su nivel de recomendación
- Se elabora entonces un ciclo de recomendaciones que abarcan parte de los temas que competen al enfermo con cáncer de estómago, cuidados de paciente y cuidado.

3. Recomendaciones

“El cáncer no debe verse como un castigo por cosas que haya o no haya hecho, evite culparse o buscar maneras de explicarse cómo podría haberlo prevenido, el cáncer no es su culpa y casi nunca es posible determinar su causa exacta, en su lugar, enfóquese en cuidar de sí ahora, tanto física como emocionalmente” (42)

“Dependiendo del tipo y la etapa del cáncer de estómago, se podría usar la cirugía para extirpar el cáncer y la parte del estómago a la que está adherido. Existen algunas pruebas de que la quimioterapia junto con la radioterapia podría demorar la recurrencia de cáncer y prolongar la vida de las personas con cáncer de estómago menos avanzado, especialmente si sus cánceres no pudieron ser extirpados completamente mediante cirugía”. (43)

Serán diversos los tratamientos y los síntomas a lo que se debe'' cuidar la piel por efecto de las quimioterapias, pero unos meses después de finalizar el tratamiento la piel estará más recuperada.''

''cuidar el cabello, este se debilitara y caerá, debe visitar a su peluquero antes de la caída y para cuando se ha perdido es importante cubrirlo del frio e hidratar bien el cuero cabelludo'' (44)

'' Comer de forma fraccionada, una dieta balanceada y evitar los alimentos poco digeribles, hará que su nutrición y digestión sean las adecuadas y evitara así los síntomas molestos de una incorrecta digestión''. (45)

'' Cuando el cáncer de estómago no es recuperable y los procesos de la enfermedad exigen más cuidados, éstos, deberán ser cuidados paliativos, ejecutados por un cuidador'' (46)

''El autocuidado es la mejor manera de cuidar a su familiar, debe aprender estrategias de cuidado para sí mismo para evitar caer en estados de deterioro físico y mental''. (47)

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Ministerio de salud. [Online].; 2013 [cited 2014 Octubre 10]. Available from: www.minsalud.gov.co.
2. Ministerio de Salud. Resolución 201383 20 de 20 2013. [Online]. [cited 2014]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/./Resolución%201383%20de%202013>.
3. Daza D. Cáncer gástrico en Colombia entre el 2000 y el 2009. 2003..
4. Grupo de cuidado facultad de Enfermería. El arte y la ciencia del cuidado colombia; 2002.
5. Gutierrez B. Cuidar en el hogar: Spring; 1999.
6. Comite de cirugia gastrica. Guia clinica cáncer gástrico. 2009.
7. Gutierrez b. Cuidar en el hogar: Springer; 1999.
8. Instituto Nacional de Cáncer. Revista informativa cáncer España; 2012.
9. Esmo. Guia practica para pacientes. [Online].; 2014 [cited 2014].
10. Cuidados plaiativos. Sanidad y Consumo. 2007.
11. J. BG. Cuidar al cuidador: Springer; 1999.
12. El cuidador. Revista Finlay. 1992.
13. Significado diccionario. [Online]. [cited 2014 Octubre. Available from: www.significado-diccionario.com/Autocuidado.
14. Tsunehito Takajasy YSyYK. Cáncer gástrico: estado actual del diagnostico y tratamiento. In Tsunehito Takajasy YSyYK. Cáncer gástrico: estado actual del diagnostico y tratamiento. Tokio; 2012. p. 11-22.
15. Palli DREGKFL. Cáncer, causas y controles. 2010 Mayo; 21(5).
16. Palliat IJC. complicaciones relacionadas y problemas en pacientes que reciben a largo plazo nutricion enteral domiciliari. In Alivizatos V GV. acionadas y problemas en pacientes que reciben a largo plazo nutricion enteral domiciliari. USA; 2012.
17. Garssen uvA. Cómo la espiritualidad ayuda a los pacientes de cáncer con el ajuste de su enfermedad; 2014.
18. Alexander SC LS,NS,GD,DJMM,JD,GR. La angustia emocional y respuestas

- compasivas en cuidados paliativos. consultas y decisiones. 2010.
19. Shahi V LM,KS,AP,SJ,CM,RT. La edad y calidad de vida de pacientes con cáncer y su influencia en la calidad de vida de los cuidadores. In Shahi V LM,KS,AP,SJ,CM,RT. Oncología geriátrica. madrid; 2014. p. 234-243.
 20. SALUD MD. www.MINSALUD.gov.co. [Online].; 2013.
 21. Revision clinica de una interpretacion del pensamiento de virginia. [Online].; 2012 [cited 2014. Available from:
https://www5.uva.es/guia_docente/uploads/2012/475/46171/1/Documento18.pdf.
 22. Olga Marina Vega DSG. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y Cuidado. 2001; 4(4).
 23. M.A. Orta Gonzalez GVH. Proceso de atencion de enfermeria: modelo de Sor Callista Roy. Sumario. 2001 Octubre;(495).
 24. Gutierrez AR. florence nighthingale, la dama de la lampara. CUIDANDOTE. 2013 CUATRIMESTRE; 3.
 25. M GZ. Control de síntomas en el enfermo de cáncer. Secpal. 1992;; p. 41-46.
 26. S.D. <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/dpd>. [Online]. [cited 2014 NOVIEMBRE. Available from: [S.D.](#)
 27. Emilio Casariego Vales EBPCC. <http://www.fisterra.com/guias2/fmc/Queson.pdf>. [Online].; S.D [cited 2014 Noviembre 19.
 28. E.Otto S. Enfermeria oncológica. In E.Otto S. Enfermeria oncologica. Wichita Kansas: océano; 2006. p. 8-19.
 29. Hector JJM. Guía clínica cáncer gástrico. In.; 2009. p. 4,5.
 30. Manual de patologia quirurgica. .
 31. Hector López JOJRMRF. Guía clínica cáncer gástrico. In.; 2009. p. 11,12.
 32. E.Otto S. Enfermeria Oncologica. In E.Otto S. Enfermeria Oncologica. kansas: Océano; 2006.
 33. European Society for Medical Oncology. Cáncer de estómago, guía para pacientes. [Online].; 2014. Available from:
<http://www.esmo.org/content/download/6632/115227/file/ESMO-ACF-Cancer-de-Estomago-Guia-para-Pacientes.pdf>.

34. Dieta para paciente post gastrectomizado. geosalud. 2008 Enero.
35. A. Alvarado. Dieta para el paciente con gastrectomia. 2008 Enero.
36. Hector López JOJRM. Guía clínica cáncer gástrico. 2009.
37. American cancer society. Después del diagnóstico: una guía para pacientes y sus familiares. last Medical Reviiew. 2014 Abril.
38. Maria Luisa de Caceres FRJRGLCCB. Manual para el paciente oncologico y su familia. 1st ed.; 2007.
39. Velazco M. Cáncer: Cuidado continuo y manejo paliativo. medicina clinica CONDES. 2013.
40. Programa de atencion a la dependencia. Apoyo al cuidador familiar. Un cuidador dos vidas. ASPACE. .
41. Bogdan TY. la investigacion cualitativa. In. España; 1992. p. 82.
42. Society CAC. Después del diagnóstico:una guía para pacientes y sus familias. 2014 14; S.D(S.D).
43. SALUD MD. GUIA CLINICA CANCER GASTRICO. 2010.
44. Maria Luisa de Caceres FRJGCC. MANUAL PARA EL PACIENTE ONCOLOGICO Y SU FAMILIA. In. Barcelona; 2007. p. 38, 39,40,4.
45. VERDU ME. GUIA PARA EL PACIENTE GASTRECTOMIZADO. In. ESPAÑA; 2012.
46. ALICIA ARBE PCNC. COMO CUIDAR EN CASA A UNA PERSONA EN SITUACION DE DEPENDENCIA. In. ESPAÑA; 2009.
47. STEFANNIE GOODMAN MRSF. ORIENTACION PARA EL CUIDADO CONTINUO. In. CALIFORNIA; 2009.
48. ANDRES FELIPE RESTREPO JR. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL CANCER GASTRICO. In. BOGOTA; 2014.
49. ANDRES FELIPE RIVERO JHR. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL CANCER GASTRICO. In. BOGOTA; 2014.
50. SALUD MD. GUIA CLINICA CANCER GASTRICO. 2010.
51. Hall EJ. Hierbas protegen a la piel de la radioterapia. International Journal of Low

- Radiation. 2001.
52. restrepo af. Guia de practica Clinica, para el cancer Gastrico. 2014.
 53. Salud Md. Guía Clínica cancer gastrico. Minsal. 2010.
 54. romero fb. apoyo nutricional en el paciente oncológico. .
 55. Ruiz fT. manejo del paciente oncológico en situación terminal. hospital clinico universitario virgen de la victoria. 2010 la Vega.
 56. mata mldeZFR. Manual para el paciente oncológico y su familia. 2007.
 57. orientacion para el cuidado continuo. Manual para los encargados de cuidado continuo de pacientes con enfermedades Graves. 2009 universidad de California.
 58. Fernandez MaV. Guia para el paciente Gastrectomizado. hospital general universitario Morales. 2012 España Murcia.
 59. Soto EJAL. Soporte Nutricional en casa. programa de educación a la familia y al paciente con cuidado en casa. 2012 Enero.
 60. Velasco M. Cancer Cuidado continuo y manejo paliativo. cancer. 2013.
 61. Madrid S. Guia de Recomendaciones: Paciente encamado y falta de Movilidad. Guia de recomendaciones Salud Madrid. 2009.
 62. L.P pp. folleto instructivo para personas a cargo del cuidado de enfermos en el hogar. Atención domiciliaria de paciente terminal. 2010.
 63. caixa osfl. programa de atención a la dependencia, apoyo al cuidador familiar. un cuidador dos vidas. 2008.
 64. Goodman s. orientacion para el cuidado continuo. manual para los encargados del cuidado continuo de pacientes con enfermedades graves. 2009.

ANEXOS

Anexo 1. Proceso de estudio investigativo

	PREGUNTA	DESCRIPCIÓN INICIAL	OBSERVACIÓN
1	¿Cómo se realiza el baño del paciente en la cama?	seleccionar	Modificada
2	¿Cada cuánto se debe cambiar de posición el paciente?	seleccionar	Modificada
3	¿Cómo se realiza el aseo bucal del paciente en la cama?	Descartar	No modificada
4	¿Cada cuánto se debe lubricar la piel del paciente?	Descartar	No modificada
5	¿Con que se puede lubricar la piel del paciente?	Seleccionar	Modificada
6	¿Se deben usar jabones distintos para cada área del cuerpo?	Descartar	No modificada
7	¿Qué clase de jabones se deben utilizar?	Descartar	No modificada
8	¿Cada cuánto se debe cambiar la ropa de la cama?	Descartar	No modificada
9	¿Qué tipo de ventilación debe de tener la habitación del paciente?	Seleccionar	Modificada
10	¿Qué ejercicios se le debe realizar al paciente?	Seleccionar	Modificada
11	¿Con que se deben proteger las prominencias óseas para evitar UPP?	Seleccionar	Modificada
12	¿Pueden ingresar mascotas a la habitación del paciente?	Descartar	No modificada
13	¿En qué posición se debe colocar el paciente en la cama con más frecuencia?	Descartar	No modificada
14	¿Qué posición facilita la respiración del paciente?	Descartar	No modificada
15	¿Qué tipo de nutrición se le debe de dar al paciente?	Seleccionar	Modificada
16	¿Con qué frecuencia se debe alimentar el paciente?	Descartar	No modificada
17	¿Cuándo es recomendable alimentar al paciente por medio de sonda?	Descartar	No modificada
18	¿Se debe tener una dieta ordenada por un nutricionista para el paciente?	Descartar	No modificada
19	¿Cada cuánto se debe realizar control nutricional?	Descartar	No modificada
20	¿Qué signos pueden considerarse de alarma como factor de desnutrición?	Seleccionar	Modificada
21	¿Se deben usar jabones especiales o procedimientos específicos para realizar el lavado de la ropa de cama?	Descartar	No modificada

22	¿Se debe hacer control de lo digerido y eliminado en el paciente?	Seleccionar	Modificada
23	¿Se debe controlar los líquidos digeridos y eliminados por el paciente?	Descartar	No modificada
24	¿Se debe realizar mediciones frecuentes de glicemia en el paciente?	Descartar	No modificada
25	¿Qué complicaciones puede presentar el paciente por su inactividad física?	Descartar	No modificada
26	¿Es conveniente el uso de medias anti embolicas en el paciente?	Descartar	No modificada
27	¿Se debe garantizar el confort del paciente?	Descartar	No modificada
28	¿Qué postura facilita el drenaje bronquial en el paciente?	Descartar	No modificada
29	¿Se debe vigilar el sangrado en el paciente por diferentes vías?	Descartar	No modificada
30	¿Se debe hidratar el paciente mediante la ingesta de líquidos en pequeñas cantidades?	Descartar	No modificada
31	¿Se debe de realizar aseo bucal y de prótesis después de cada comida?	Descartar	No modificada
32	¿La dieta debe ser rica en frutas y vegetales crudos?	Descartar	No modificada
33	¿En caso de placa bacteriana, costras o suciedad, son útiles algunas soluciones desbridantes?	Descartar	No modificada
34	¿Qué es lo más importante para evitar infecciones en el paciente?	Descartar	No modificada
35	¿Se debe evitar tanto la sequedad como la humedad en la piel del paciente?	Descartar	No modificada
36	¿Los masajes de drenaje linfático pueden ser efectivos para evitar el linfedema?	Descartar	No modificada
37	¿Qué cuidados se pueden proporcionar al paciente en caso de náuseas y vómito?	Seleccionar	Modificada
38	¿Cuál es la causa más frecuente del estreñimiento?	Descartar	No modificada
39	¿Qué se puede hacer para evitar el estreñimiento en este tipo de pacientes?	Seleccionar	Modificada
40	¿Es frecuente la diarrea en estos pacientes?	Descartar	No modificada
41	¿Qué tan frecuente es la anorexia y caquexia en este tipo de pacientes?	Descartar	No modificada
42	¿Cuál es el tratamiento para la caquexia en este tipo de pacientes?	Descartar	No modificada

43	¿Qué tan importante es el estado emocional del paciente con respecto a la evolución de su enfermedad?	Descartar	No modificada
44	¿Qué se debe hacer para reducir la ansiedad del paciente?	Seleccionar	Modificada
45	¿Qué se debe hacer para mejorar o mantener el estado emocional del paciente?	Seleccionar	Modificada
46	¿Qué tan importante es la valoración del dolor en el paciente?	Seleccionar	Modificada
47	¿Qué tan importante es el lavado de manos del cuidador y demás personas que ingresen al lugar donde se encuentra el paciente?	Seleccionar	Modificada
48	¿Cuáles deben ser las normas de limpieza en el hogar?	Descartar	No modificada
49	¿Qué tan importante es detenerse, escuchar y observar con frecuencia al paciente?	Descartar	No modificada
50	¿Es importante proporcionar una zona de intimidad al paciente para poder expresar abiertamente su aflicción?	Descartar	No modificada
51	¿En qué condiciones puede salir de alta de un hospital un paciente diagnosticado con cáncer de estómago?	Descartar	No modificada
52	¿Qué educación se le brinda a un cuidador al salir del hospital?	Descartar	No modificada
53	¿Qué acarrea esta condición nueva para una familia?	Descartar	No modificada
54	La familia juega un papel importante, ¿qué educación se les da para el cuidado en casa?	Descartar	No modificada
55	¿Están preparadas las familias para enfrentar el cuidado de una enfermedad de alto grado de deterioro para su ser querido?	Descartar	No modificada
56	¿El cuidador sabe exactamente qué debe hacer en cada una de las fases que presenta el paciente según la evolución de la enfermedad?	Descartar	No modificada
57	¿Qué vínculos familiares deben ocurrir para ejercer el papel de cuidadores sin ser una sola persona la encargada de esta labor?	Descartar	No modificada
58	¿Cómo debe cuidarse el cuidador?	Seleccionar	Modificada
59	¿Qué tiene que hacer el cuidador para brindar un buen cuidado al paciente?	Descartar	No modificada
60	¿Cuáles son los cuidados que se debe implementar para los cuidadores de un paciente con enfermedad terminal para evitar el agotamiento físico?	Seleccionar	Modificada

Anexo 2. Preguntas en formato Pico seleccionadas y modificadas

	Persona o Población	Intervención	Compa- ración	Resultado	Palabras clave
1	Pacientes con cáncer de estómago	Normas de bioseguridad	No hacer nada	Evitar infecciones en el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de estómago • Normas de bioseguridad • Infecciones
2	En pacientes con cáncer de estómago autónomos	Cuidados relacionados con la higiene	No hacer nada	Mantener la limpieza y el cuidado del cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente autónomos • Higiene • Limpieza • Cuidado del cuerpo
3	En pacientes con cáncer de estómago dependientes	Cuidados relacionados con la higiene	No hacer nada	Mantener la limpieza, el cuidado del cuerpo y prevenir complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes dependientes • Higiene • Limpieza • Cuidado del cuerpo • Complicaciones
4	Pacientes con cáncer de estómago dependientes y con movilidad reducida	Ejercicios	No hacer nada	Evitar el síndrome de desuso	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes dependientes y con movilidad reducida. • Ejercicios • Síndrome de desuso.
5	Pacientes con cáncer de estómago autónomos	Ejercicios	No hacer nada	Evitar el síndrome de desuso	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con cáncer de estómago • Ejercicios • Síndrome de desuso
6	Pacientes con cáncer de estómago con alimentación enteral	Cuidados	No hacer nada	Evitar desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con cáncer de estómago con alimentación enteral • Desnutrición

7	Pacientes con cáncer de estómago	Métodos	No hacer nada	Detectar los signos y síntomas de la desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de estómago. • Desnutrición
8	Pacientes con cáncer de estómago	Cuidados	No hacer nada	Evitar el estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de estómago. • Estreñimiento
9	Pacientes con cáncer de estómago	Principales componentes	No hacer nada	Valorar, prevenir complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración signos vitales
10	Pacientes con cáncer de estómago	Principales signos y síntomas de alarma	No hacer nada	Detectar complicaciones tempranas	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de estómago • Signos y síntomas • Complicaciones
11	Pacientes con cáncer de estómago con movilidad reducida	Cuidados	No hacer nada	Evitar úlceras por presión	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad reducida • Úlceras por presión
12	Pacientes con cáncer de estómago	Cuidados	No hacer nada	Evitar complicaciones respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de estómago • Complicaciones
13	Pacientes con cáncer de estómago	Cuidados no farmacológicos	No hacer nada	Mejorar el dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de estómago • Dolor
14	Pacientes con cáncer de estómago	cuidados	No hacer nada	Manejo de la traqueotomía	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de estómago • Traqueotomía
15	Pacientes con cáncer de estómago	Cuidados	No hacer nada	Manejo de la gastrostomía	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de estómago • Gastrostomía
16	Pacientes con cáncer de estómago	Cuidados	No hacer nada	Manejo de colostomía e ileostomía	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de estómago • Colostomía e ileostomía
17	Pacientes con cáncer de estómago	Cuidados	No hacer nada	Manejo de la sonda vesical	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de estómago • Sonda vesical
18	Pacientes con cáncer de estómago	Cuidados	No hacer nada	Manejo de la nefrectomía	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de estómago • Nefrectomía
19	Pacientes con cáncer de estómago	Estrategias	No hacer nada	Comunicación asertiva	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia. • Comunicación asertiva. • Beneficio.

20	Cuidador informal	Como actuar	No hacer nada	Controlar la depresión, ansiedad e irritabilidad en pacientes con cáncer de estómago.	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de estómago • Cuidador informal • Depresión • Ansiedad • Irritabilidad
21	Cuidador informal	Estrategia	No hacer nada	No caer en depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidador informal • Depresión.
22	Cuidador informal	Cuidados	No hacer nada	Evitar el agotamiento físico	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado. • Agotamiento físico.
23	Cuidador informal	Cuidados	No hacer nada	Satisfacción de necesidades en general.	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades personales.
24	Cuidador informal	Red de apoyo	No hacer nada	Obtener apoyo de personas profesionales en el cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de estómago. • Red de apoyo.
25	Cuidador informal	Posturas adecuadas	No hacer nada	Correcto manejo de carga para evitar lesiones lumbares	<ul style="list-style-type: none"> • Posición o postura. • Carga. • Lesiones lumbares.
26	Cuidador informal	Programas	No hacer nada	Obtener información para realizar mejores cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> • Programas. • Información.
27	Cuidador informal	Cuidado propio	No hacer nada	Evitar el deterioro funcional o síndrome del cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado. • Síndrome del cuidador.