



ORIGINALES

Perfil del paciente con cáncer gástrico del Instituto Nacional del Cáncer

Perfil do paciente com câncer gástrico do Instituto Nacional do Câncer

Profile of the patient with gastric cancer of the National Cancer Institute

Sonia Regina Aguiar Souza Springer¹

Maria Teresa dos Santos Guedes²

Osnir Claudiano da Silva Junior³

Mônica de Almeida Carreiro⁴

Alexandre Silva⁵

¹ Enfermera del Instituto Nacional del Cáncer. Alumna de Maestría del Programa de Postgraduación en Salud y Tecnología en el Espacio Hospitalario, de la Universidad Federal del Estado de Rio de Janeiro (UNIRIO) y Miembro de la Directoría de la Sociedad Brasileña de Enfermería Oncológica (SBEO). Brasil. sspringer@inca.gov.br.

² Enfermera del Instituto Nacional del Cáncer. Máster en Enfermería por la UNIRIO. Doctoranda del Programa de Postgraduación de Biociencias y Enfermería de la UNIRIO. Brasil.

³ Enfermero. Doctor en Enfermería. Estancia de post-doctorado en el IMS/UERJ. Profesor Titular de la Universidad Federal del Estado de Rio de Janeiro (UNIRIO). Brasil.

⁴ Doctora en Enfermería por la UFRJ/Escuela de Enfermería Anna Nery. Docente del Programa de Posgraduación en Salud y Tecnología en el Espacio Hospitalario -Maestría Profesional -UNIRIO. Brasil.

⁵ Profesor de la Universidad Federal del Estado de Rio de Janeiro (UNIRIO). Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.373021>

Recibido: 23/04/2019

Aceptado: 9/08/2019

RESUMEN:

Objetivo: Levantar y analizar el perfil de los pacientes con cáncer gástrico matriculados en el Instituto Nacional del Cáncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), y los diagnósticos de Enfermería más prevalentes.

Metodología: Estudio seccional desarrollado en el Hospital de Cáncer I - INCA aprobado por el CEP-INCA, con muestra de datos secundarios de 649 pacientes admitidos entre el 1 de octubre de 2015 al 18 de abril de 2018. Los datos fueron analizados por el software R® - versión 3.4.4. En las pruebas Chi-cuadrado, Kruskal-Wallis y Wilcoxon. Se adoptó el nivel de significancia del 5%.

Resultados: El promedio de edad fue de 62.74 años, variando de 21 años hasta 96 años. 35.29% de los pacientes presentaban enfermedad avanzada. El adenocarcinoma poco diferenciado fue el más prevalente (42.52%). Había células en anillo de sello en el 32.05% de los pacientes. Se destacó el tipo difuso (17.72%). Hubo predominio del compromiso del tercio medio del estómago (29.74%). Las pruebas de hipótesis demostraron que las variables de estadificación frente a la muerte y el color frente a la defunción mantienen una relación de dependencia. Las variables edad versus óbito y edad versus presencia de anillo de Sinete tienen distribución diferente entre sí, lo que significa que la primera variable puede influenciar la segunda. Los diagnósticos de enfermería más prevalentes estuvieron presentes en el 100% de la muestra y se encontraban en congruencia con el perfil de la clientela identificada.

Conclusión: El perfil epidemiológico de una población es de gran valor para orientar las políticas de salud de un país, para la planificación interna institucional y para orientar las acciones asistenciales de los equipos multiprofesionales.

Palabras clave: Neoplasias gástricas; Enfermería Oncológica; Asistencia ambulatoria; Estudios epidemiológicos; Diagnóstico de Enfermería; Enfermería.

RESUMO:

Objetivo: Levantar e analisar o perfil dos pacientes com câncer gástrico matriculados no Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), e os diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes.

Metodologia: Estudo seccional desenvolvido no Hospital de Câncer I – INCA aprovado pelo CEP-INCA, com amostra de dados secundários de 649 pacientes admitidos entre 01 de outubro de 2015 à 18 de abril de 2018. Os dados foram analisados pelo software R® – versão 3.4.4. Nos testes Qui-quadrado, Kruskal-Wallis e Wilcoxon. Foi adotado o nível de significância de 5%.

Resultados: A média de idade foi de 62.74 anos, variando de 21 anos até 96 anos. 35.29% dos pacientes apresentavam doença avançada. O adenocarcinoma pouco diferenciado foi o mais prevalente (42.52%). Havia células em anel de sinete em 32.05% dos pacientes. Destacou-se o tipo difuso (17.72%). Houve predomínio do comprometimento do terço médio do estômago (29.74%). Os testes de hipóteses demonstraram que as variáveis estadiamento *versus* óbito e cor *versus* óbito mantêm uma relação de dependência. As variáveis idade *versus* óbito e idade *versus* presença de anel de Sinete tem distribuição diferentes entre si, o que significa que a primeira variável pode influenciar a segunda. Os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes estiveram presentes em 100% da amostra e encontravam-se em congruência com o perfil da clientela identificada.

Conclusão: O perfil epidemiológico de uma população é de grande valia para orientar as políticas de saúde de um país, para o planejamento interno institucional e para nortear as ações assistenciais das equipes multiprofissionais.

Palavras-chave: Neoplasias gástricas; Enfermagem Oncológica; Assistência ambulatorial; Estudos epidemiológicos; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT:

Objective: Search and analyze the profile of patients with gastric cancer enrolled in the National Cancer Institute, José de Alencar Gomes da Silva (INCA), and the most prevalent nursing diagnoses.

Methodology: A sectional study developed at the Cancer Hospital I - INCA, approved by CEP-INCA, with a sample of secondary data from 649 patients admitted from October 1, 2015 to April 18, 2018. Data were analyzed by R® software - version 3.4 .4. In the Chi-square, Kruskal-Wallis and Wilcoxon tests. The level of significance of 5% was adopted.

Results: The average age was 62.74 years, ranging from 21 years to 96 years. 35.29% of patients had advanced disease. Low adenocarcinoma was the most prevalent (42.52%). Signal ring cells were present in 32.05% of the patients. The diffuse type was highlighted (17.72%). There was predominance of involvement of the middle third of the stomach (29.74%). Hypothesis tests have shown that the staging versus death and color versus death variables maintain a relationship of dependence. The variables age versus death and age versus the presence of the Sinete ring present a distinct distribution among them, which means that the first variable can influence the second. The most prevalent nursing diagnoses were present in 100% of the sample and were in congruence with the profile of the clientele identified.

Conclusion: The epidemiological profile of a population is of great value to guide the health policies of a country, to the internal institutional planning and to guide the assistance actions of the multiprofessional teams.

Key words: Gastric neoplasms; Nursing Oncology; Ambulatory care; Epidemiological studies; Nursing diagnosis; Nursing.

INTRODUCCIÓN

En Brasil, el cáncer es reconocido como un problema de salud pública, dada su magnitud epidemiológica, social y económica, siendo la segunda causa principal de muerte por enfermedad en el país ⁽¹⁾. Brasil está experimentando procesos de transición demográfica y epidemiológica que han producido cambios importantes en el

perfil de enfermedades que afectan a la población ⁽²⁾. Las enfermedades infecciosas y parasitarias ya no son la principal causa de muerte, ya que son reemplazadas por enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias ⁽¹⁾.

La estimación para Brasil, en el bienio 2018-2019, apunta a la posibilidad de unos 600,000 nuevos casos de cáncer. Estos datos refuerzan la magnitud del problema en el país, especialmente cuando se estima que para 2060 la población brasileña será de 218,2 millones. En todo el mundo, en 2012, la estimación indicaba 14.1 millones de casos nuevos de cáncer y 8.2 millones de muertes ^(2,3,4).

En la mayoría de los países desarrollados, predominan los tipos de cáncer asociados con la urbanización y el desarrollo, como el de pulmón, próstata, seno femenino y recto. En los países en desarrollo medio y bajo, el cáncer asociado con infecciones como el de cuello uterino, estómago e hígado, sigue siendo alto, los cuales a pesar de una menor incidencia, la mortalidad representa casi el 80% de las muertes por cáncer en todo el mundo ^(4,5).

El cáncer gástrico, aunque las tasas de incidencia han disminuido en muchos países, sigue siendo la segunda causa más común de muerte por cáncer en todo el mundo y la cuarta en incidencia. Este cáncer en otros países como Estados Unidos e Inglaterra ha disminuido, mientras que en países latinoamericanos como Chile, Costa Rica y Colombia, las tasas de incidencia y mortalidad son más altas. El mayor número de casos se encuentra en Japón con un promedio de 780 pacientes por cada 100,000 habitantes ^(2,5-7).

El presente estudio se centra en el cáncer de estómago debido a su alta morbilidad y mortalidad. El número de brasileños diagnosticados con cáncer gástrico es alto, lo que lo convierte en el cuarto tumor maligno entre los hombres y el sexto entre las mujeres. En Brasil, para cada año del bienio 2018-2019, se estima que aparecen 13.540 nuevos casos de esta enfermedad entre los hombres y 7.750 en las mujeres⁽⁴⁾.

El cáncer gástrico tiene una etiología muy heterogénea, incluido el consumo de alimentos ricos en sodio, nitrato y nitritos que se convierten en nitrosaminas con propiedades mutagénicas directas, infección por la bacteria *Helicobacter Pylori* involucrada en el 60% de los adenocarcinomas gástricos, dieta baja en fibra, vitaminas y sales minerales provenientes de frutas y verduras frescas, consumo de alcohol en grandes cantidades y de tabaco. Además, el alto índice de masa corporal, el aumento de la grasa abdominal y la inactividad física se asocian con el desarrollo de cáncer gástrico ⁽⁸⁾.

El bajo nivel socioeconómico, medido a través de la educación y los ingresos, se ha asociado fuertemente con el doble de riesgo de desarrollar cáncer gástrico en países de alto y bajo riesgo. Los factores de esta asociación se atribuyen principalmente a la baja condición socioeconómica, lo que aumenta la probabilidad de transmisión y reinfección de *H. Pylori* en hogares de familias numerosas con saneamiento deficiente y uso menos frecuente de antibióticos. Además, el bajo nivel socioeconómico puede indicar un acceso deficiente a los servicios de salud y una dieta reducida en fibra, vitaminas y minerales ^(9,10).

La producción de conocimiento científico sobre el cáncer gástrico y la atención de enfermería para este perfil de paciente aún es escasa en la enfermería brasileña. Por lo tanto, este estudio es oportuno y relevante. En vista de lo anterior, se realizó un

estudio con el objetivo de elevar y analizar el perfil de los pacientes con cáncer gástrico inscritos en el Instituto Nacional del Cáncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), y los diagnósticos de enfermería más frecuentes identificados durante la consulta en el Hospital de Cáncer I (HCI), del 1 de octubre de 2015 al 18 de abril de 2018.

MÉTODO

Este es un estudio transversal, que se caracteriza por la observación directa de un cierto número de individuos en una sola oportunidad, obteniendo información variada para establecer relaciones de asociación o correlación entre las características investigadas. El estudio fue desarrollado en INCA/HC I, Sección de Cirugía Abdominopélvica, donde se inscriben y tratan pacientes con cáncer gástrico.

La muestra del estudio consistió en datos secundarios de registros médicos de 649 pacientes seguidos por el Grupo de Estudio y Tratamiento del Cáncer Gástrico - INCA.

Los criterios de elegibilidad fueron: pacientes con cáncer gástrico inscritos en INCA, mayores de 18 años, con variables de estudio registradas en registros médicos físicos o electrónicos, del 1 de octubre de 2015 al 18 de abril de 2018. La elección del límite temporal se debió a la disponibilidad de información en la base de datos del Grupo de Estudio y Tratamiento del Cáncer Gástrico - INCA, que optimizó el tiempo dedicado a recopilar datos de los casos a estudiar.

Las variables de estudio se organizaron e ingresaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel® 2007, y fueron: sexo, color, edad, tipo histopatológico, tabaquismo, alcoholismo, ubicación del tumor, estadificación TNM 7th, presencia de H. Pylori, presencia de células anillo de sello, clasificación Lauren, fecha de fallecimiento, diagnóstico de enfermería de la consulta con el huésped. El software R® - versión 3.4.4 se utilizó para el análisis estadístico de los datos.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial. Los resultados se presentaron utilizando medidas descriptivas de tendencia central como media y mediana, y desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas. Para la prueba de distribución normal o no normal, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk, que dirigió la elección de las pruebas no paramétricas. Para las pruebas de hipótesis, se utilizaron la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2), la prueba de Kruskal-Wallis y la prueba de Wilcoxon. En la aplicación de pruebas estadísticas, se adoptó un nivel de significación del 5%, considerándose significativo el valor p de 0.05.

El proyecto de investigación fue analizado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación del INCA (CEP-INCA), con el número 11141412.0.0000.5274, y se permite la exención del formulario de consentimiento porque es la recopilación y el análisis de datos secundarios. Para no permitir la identificación de personas, se protegió la confidencialidad de los datos recopilados, que se analizaron de forma anónima y se presentaron en forma agregada.

RESULTADOS

La muestra del estudio consistió en datos de 649 pacientes con cáncer gástrico inscritos en INCA. La edad media del grupo fue de 62.74 años, con un rango de 21 a 96 años (mediana = 64; DE = 12.84), con 44.22% (n = 287) aún en edad productiva.

Tabla 1. Distribución de frecuencia relacionada con las características personales de los pacientes con cáncer gástrico inscritos en INCA, desde el 1 de octubre de 2015 hasta el 18 de abril de 2018 (n = 649).

VARIABLE	N	%
Sexo		
Mujeres	257	39.60
Hombre	387	59.63
No informado	5	0.77
Edad		
21 a 65 años	287	44.22
66 a 96 años	362	55.78
Color		
Blanco	185	28.51
Morena o marrón	342	52.70
Negro	104	16.02
No informado	18	2.77
Total	649	100

Fuente: Estudio de Cáncer Gástrico y Base de Datos del Grupo de Tratamiento - INCA.

En cuanto a la distribución por género, el 59,63% de los pacientes eran hombres y el 39,60% mujeres (tabla 1). La mayoría de los pacientes eran marrones (52.70%).

Tabla 2. Distribución de frecuencia de las características clínicas de los pacientes con cáncer gástrico inscritos en INCA, del 1 de octubre de 2015 al 18 de abril de 2018 (n = 649).

VARIABLE	N	%
Fumar		
Sí	365	56.24
No	248	38.21
No informado	36	5.55
Ethylism		
Sí	390	60.09
No	220	33.90
No informado	39	6.01
H. pylori		
Sí	117	18.03
No	207	31.90
No informado	325	50.08
Tipo Histopatológico		
Adenocarcinoma pobremente diferenciado	276	42.52

Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	181	27.89
Adenocarcinoma bien diferenciado	33	5.08
GIST	4	4.16
TNE	18	2.77
Linfoma	29	4.47
Melanoma	1	0.15
No informado	84	12.94
TNM Staging 7ma edición		
Tis	3	0.46
Ia	16	2.47
Ib	10	1.54
Ila	24	3.70
Ilb	15	2.00
Illa	18	2.77
IIIb	23	3.54
IIIc	35	5.39
IV	229	35.29
No aplicable	17	2.62
No informado	261	40.22
Localización del tumor		
1/3 Proximal	17	2.62
1/3 Promedio	193	29.74
1/3 Distal	147	22.65
1/3 Proximal + 1/3 Promedio	18	2.77
1/3 Proximal + 1/3 Distal		
1/3 Medio + 1/3 Distal	113	17.41
3/3 del Estómago	30	4.62
No informado	130	20.03
Clasificación de Lauren		
FuzzyType	115	17.72
Tipo Intestinal	89	13.71
Tipo Misto	13	2.00
No aplicable	58	8.94
No informado	374	57.63
Presencia de Células de anillo de sello		
Sí	208	32.05
No	14	2.16
No informado	427	65.79
Muerte		
Sí	296	45,61
No	353	54,39
Total	649	100

Fuente: Estudio de Cáncer Gástrico y Base de Datos del Grupo de Tratamiento - INCA.

Como se muestra en la tabla 2, la mayoría eran fumadores (56,24%) y alcoholicos (60,09%). H. Pylori no se informó en 325 casos (50.08%). El adenocarcinoma pobremente diferenciado fue el tipo histológico más prevalente (n = 276; 42.52%). Hubo células en anillo de sello en 208 casos (32.05%), pero en 427 casos (65.79%)

no hubo registro. En cuanto a la clasificación de Lauren por aspectos histológicos, destacamos el tipo difuso (n= 115; 17.72%), el tipo intestinal (n = 89; 13.71%) y no informado (n = 374; 57.63%). Con respecto a la estadificación TNM de la enfermedad, 305 pacientes tenían enfermedad avanzada (estadios III a IV). Con respecto a la región afectada por el tumor estomacal, hubo un predominio del tercio medio del estómago en 193 pacientes (29,74%), seguido del tercio distal en 147 pacientes (22,75%). En cuanto a la muerte, 296 pacientes (45,61%) murieron durante este período.

Tabla 3. Declaración de los resultados de la prueba de chi-cuadrado (χ^2) aplicados (valor $p < 0.05$).

Prueba χ^2 (p-valor)						
	Sexo	Color	Muerte	LHP	Fumar	Etilismo
Sexo	*	*	*	0,0803	*	*
Color	*	*	0,002494	0,528	*	*
Sítio Del Tumor	0,7919	0,06769	0,2094	*	0,3765	0,9618
Muerte	0,05605	*	*	*	*	*
Puesta en escena	0,175	0,1962	$p < 0,01$	*	0,5263	0,4384

* No relevante o duplicado

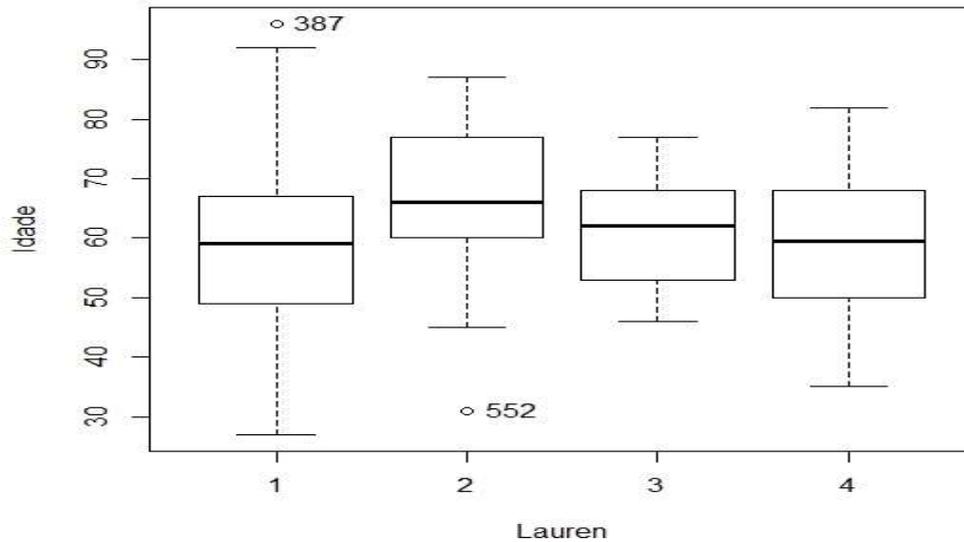
Como se muestra en la tabla 3, se realizó la prueba de χ^2 , y se observó que la estadificación del tumor es independiente del sexo, el color, el alcoholismo y el tabaquismo, y tiene una relación de dependencia con la muerte. También se descubrió que el sitio del tumor es independiente del género, el color, el alcoholismo y el tabaquismo. La muerte, sin embargo, es independiente del género, pero depende del color. Y el diagnóstico histopatológico es independiente del color y el género.

Tabla 4. Declaración de los resultados de la prueba de Wilcoxon aplicados (valor $p < 0.05$).

Prueba de Wilcoxon (p-valor)			
	Muerte	<i>H. pylori</i>	Anillo de Sello
Edad	0,0001447	0,9228	0,0384

A través de la prueba de Wilcoxon, se verifica que existe una distribución diferente entre la variable de edad y la variable de muerte (valor $p = 0,0001447$), por lo tanto, la primera influencia sobre la segunda; Entre la variable de edad y la variable de infección por *H. Pylori*, la distribución es igual (valor $p = 0.9228$), por lo que no hay influencia de una en relación con la otra. Entre la variable edad y la presencia de la variable Anillo de sello, la distribución es diferente (valor $p = 0.0384$), por lo tanto, la primera influencia sobre la segunda.

Gráfico 2. Diagrama de caja de clasificación de edad variable X Lauren.



La lectura del gráfico 2 nos permite afirmar que la edad influye directamente en el tipo de tumor de acuerdo con la Clasificación Lauren, siendo la mediana de edad ubicada entre 60 y 65 años, aproximadamente.

Tabla 5. Declaración de los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis aplicados (valor $p < 0.05$).

Prueba de Kruskal-Wallis (p-valor)				
	Sitio del TU	Estadificación	Lauren	Histopatología
Edad	0,4889	0,00335	0,00000639	0,000006922

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis que se muestra en la Tabla 2, parece que la variable de edad tiene la misma distribución que la variable local del tumor, por lo tanto, se observa que la primera variable no tiene influencia sobre la segunda. Además, la variable edad tiene una distribución diferente en relación con las otras variables, como la estadificación TNM, la clasificación de Lauren y el tipo histopatológico, por lo tanto, la variable edad influye directamente en las variables mencionadas.

Se detectaron un total de 22 diagnósticos de enfermería (ND) diferentes de acuerdo con la taxonomía NANDA (2015-2017), identificados mediante un examen físico y una entrevista en la primera consulta de enfermería. El cuadro 1 describe los 12 ND que estaban presentes en todos los pacientes de la muestra estudiada.

Gráfico 1. Diagnósticos de enfermería más frecuentes en pacientes con cáncer gástrico planteados en la primera consulta de enfermería, del 1 de octubre de 2015 al 18 de abril de 2018 (n = 649).

Diagnóstico de enfermería	Definición de las características encontradas en la muestra
1. Nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales relacionadas con la lesión gástrica.	Ingesta de alimentos inferior a la porción diaria recomendada debido a la falta de apetito y la plenitud gástrica temprana. Pérdida de peso incluso con una ingesta adecuada de alimentos debido a una extensa lesión gástrica.
2. Náuseas relacionadas con lesiones gástricas, infusión rápida de dieta enteral o retención de alimentos en el estómago por largos períodos.	Aversión a la comida; sabor amargo en la boca; sialorrea y ansia de vómitos o sensación de desmayo.
3. Volumen de líquido deficiente o riesgo de volumen de líquido deficiente relacionado con desviaciones que afectan la ingesta de líquido, como obstrucción gástrica o náuseas / vómitos.	Alteración de la turgencia de la piel, disminución de la producción de orina, membranas mucosas secas y aumento del hematocrito.
4. Estreñimiento y / o riesgo de estreñimiento relacionado con la baja ingesta de fibra y líquidos.	Anorexia, hinchazón, esfuerzo para evacuar, heces duras y secas, quejas de indigestión, frecuencia y volumen reducidos de heces.
5. Integridad cutánea deteriorada relacionada con la baja ingesta de líquidos y la mala nutrición.	Alteración de la hidratación de la piel, que se manifiesta por disminución de la turgencia y piel seca y descamación.
6. Trastorno de la imagen corporal relacionado con cambios en la estructura corporal (pérdida de peso), miedo a la reacción de los demás y enfoque en la apariencia previa.	Enfermedad (cáncer gástrico), función psicosocial deteriorada y régimen de tratamiento.
7. Riesgo de sangrado, relacionado con lesión gástrica avanzada.	Trastornos gastrointestinales
8. Fatiga relacionada con la condición fisiológica, desnutrición, eventos negativos de la vida y privación del sueño.	Cansancio, somnolencia, apatía, energía insuficiente y capacidad deteriorada para mantener el nivel habitual de actividad física.
9. Dolor relacionado con la lesión gástrica.	Cambio en el patrón de sueño, intensidad de dolor autoinformada mediante la escala analógica visual (VAS) e informe de dolor por miembro de la familia.

10. Miedo relacionado con la enfermedad y el tratamiento.	Estímulo entendido como amenaza (cáncer gástrico) e informe de aumento de la tensión.
11. Insomnio relacionado con el dolor debido al diagnóstico de cáncer, ansiedad y miedo al tratamiento y control de la enfermedad.	Deterioro del estado de salud, cambios de humor, cambios en los patrones de sueño y reducción de la calidad de vida.
12. Poco conocimiento relacionado con los recursos institucionales para el tratamiento de enfermedades y la ubicación de los servicios en el espacio físico del hospital.	Comportamientos inapropiados (apáticos), seguimiento inadecuado de las instrucciones y falta de adherencia al tratamiento.

Fuente: Estudio de Cáncer Gástrico y Base de Datos del Grupo de Tratamiento - INCA.

DISCUSIÓN

Los datos analizados en esta investigación nos permitieron delinear el perfil de pacientes diagnosticados con cáncer gástrico, inscritos en INCA, desde el 1 de octubre de 2015 hasta el 18 de abril de 2018. El estudio del perfil epidemiológico de una población es muy útil para orientar las políticas de salud de un país, para la planificación interna institucional, y para guiar las acciones de atención de los equipos multiprofesionales.

La distribución de los casos de cáncer gástrico según el sexo y la edad, a nivel nacional, siguió la tasa de incidencia observada en el resto del mundo. Es casi dos veces mayor en hombres que en mujeres, con picos de incidencia entre 50 y 70 años, siendo una condición poco común a edades más tempranas. La mayor participación de los hombres puede explicarse por la participación de factores como el estilo de vida, donde los hombres generalmente están más expuestos al consumo de alcohol y tabaco^(11,12).

Diferentes estudios citan, en común, las interacciones entre el estilo de vida personal, como el tabaquismo y el alcoholismo, factores genéticos personales y agentes externos como la radiación ionizante, carcinógenos químicos y biológicos como las causas del desarrollo de la mayoría de los cánceres, incluido el cáncer gástrico⁽¹³⁾. En este estudio, los participantes estuvieron expuestos a factores de riesgo, tabaquismo y alcoholismo, principalmente.

La edad de los pacientes en esta investigación varió de 21 años a 90 años. Sin embargo, el 16,64% de ellos eran menores de 50 años, lo que requiere una evaluación más cuidadosa debido a la sospecha de síndrome de cáncer hereditario. Consulta a la asesoría genética y se orienta a la familia sobre los signos y síntomas de los tumores de estómago, para que busquen atención primaria. La mutación de la línea germinal en el gen e-cadherina es responsable del síndrome de cáncer gástrico dominante autosómico familiar que conduce al desarrollo de cáncer gástrico a una edad temprana. Los criterios para sospechar el síndrome incluyen un individuo diagnosticado con cáncer gástrico antes de los 50 años, o dos o más generaciones sucesivas de familias afectadas^(1,14,15).

La población marrón fue la más prevalente (52.51%), seguida por la blanca (28.51%), a diferencia de lo que se encuentra en la literatura donde hay un predominio del color blanco. El mecanismo responsable de este predominio no puede atribuirse solo a las condiciones socioeconómicas o al estilo de vida, suponiendo que los factores genéticos puedan tener relevancia, ya que determinan diferentes susceptibilidades entre los grupos étnicos^(16,17).

Desafortunadamente, solo el 34.2% de los casos analizados (n = 222) tenía un registro de la presencia o ausencia de células en anillo de sello. De estos, 208 fueron casos positivos, representando el 93.7% de aquellos con información. La presencia de células en anillo de sello está fuertemente asociada con un mal pronóstico y la recurrencia del tumor gástrico^(18,19).

Como se muestra en un estudio⁽²⁰⁾, la presencia de células en anillo de sello es el indicador más grande y más fuerte de mal pronóstico en pacientes con adenocarcinoma gástrico y, entre otras recomendaciones, indican una investigación precisa de los antecedentes familiares de cáncer en estos pacientes. porque a menudo son causadas por mutaciones en el gen CDH1. Nuestro análisis no se realizó satisfactoriamente debido al alto número de casos sin información (n = 427, 65.79%).

Algunos autores ⁽²¹⁾, señalan la utilidad de las bases de datos con registros completos para los estudios de excelencia, que no se observó en este estudio para la presencia de células en anillo de sello, clasificación microscópica Lauren, infección por H. Pylori y Etapa TNM (tabla 2). En una evaluación ⁽²²⁾, la integridad de los registros varió de pobre a muy pobre. Estos autores recomiendan una puntuación basada en el concepto de integridad de datos, que se clasifica en los siguientes grados de evaluación: excelente, cuando la variable tiene menos del 5% de llenado incompleto; bueno (5% a 10%); regular (10% a 20%); pobre (20% a 50%); muy mal (50% o más).

Con respecto a la infección por H. Pylori, no encontramos registros en 325 casos (50.08%). De los 324 casos en los que esta información estaba presente, se encontró infección en 117 pacientes, o 18.03%. Al asociar la edad con la infección por H. Pylori, se observó que no hay influencia de una sobre la otra. Los académicos exploran la importancia de la investigación de H.Pylori, que muestra que la mayoría de los casos de cáncer gástrico están relacionados con mutaciones esporádicas de células somáticas, como resultado de una larga exposición de la mucosa gástrica al proceso inflamatorio causado por la bacteria, lo que hace evidente la necesidad de alerta. para el factor de riesgo de cáncer gástrico^(23,24).

Con respecto al cáncer gástrico, y al tipo histopatológico, se encontraron 490 pacientes con adenocarcinoma, lo que corresponde al 75,49% del total de pacientes analizados. Entre los tipos histológicos de cáncer gástrico, el adenocarcinoma corresponde al 95% de los casos, seguido del linfoma, que representa aproximadamente el 3% de los casos^(4,25).

La estadificación de los tumores reveló que los tumores más frecuentes se encontraban en estadio IV (n = 222, 35,29%), lo que indica enfermedad avanzada con metástasis y tratamiento paliativo. Vale la pena señalar que el alto porcentaje de estadificación no informada (n = 261, 40.22%) se convierte en un factor limitante para el análisis del estudio.

La localización tumoral, como se describe en la literatura, es más frecuente en el tercio distal del estómago, en el antro gástrico cerca de la muesca angular. Se asocia con la ingestión de nitrato (nitrosamina) o la infección por H. Pylori. Algunos estudios han demostrado un cambio en el patrón de presentación del adenocarcinoma, de regiones distales a proximales y con características histológicas distintas. En nuestro estudio, hubo un predominio del tercio medio (n = 193, 29.74%), seguido del tercio distal, a diferencia de la literatura^(26,27).

Con respecto a la clasificación de Lauren, los hallazgos indicaron una mayor prevalencia de tipo difuso (Tabla 2), seguido del intestinal, y las pruebas realizadas sugieren que la edad influyó directamente en los tipos histológicos de la Clasificación de Lauren. La Clasificación de Lauren divide las neoplasias gástricas de acuerdo con su configuración microscópica y patrón de crecimiento en dos tipos histológicos: tipo intestinal: el tipo más común en los hombres y generalmente afecta la región distal del estómago (pequeña curvatura en el antro gástrico). Es de mejor pronóstico en comparación con el tipo difuso. El difuso tiene antecedentes familiares (hereditarios), es más común en mujeres, afecta a individuos más jóvenes en comparación con el tipo intestinal, y la localización tumoral es frecuente en la región proximal del estómago (más cercana al esófago)^(27,28).

En cuanto a la mortalidad, la frecuencia de muerte en el período de estudio fue de 296 casos (45,61%), casi la mitad de los casos, lo que coincide con la alta mortalidad reportada en estudios epidemiológicos de la enfermedad⁽¹⁸⁾. Observamos que la mayoría de los pacientes inscritos en INCA ya llegan con enfermedad avanzada, lo que prácticamente hace que el tratamiento curativo sea inviable y justifica el alto porcentaje de muerte.

Con respecto a la enfermería, específicamente, conocer el perfil del paciente de la unidad en la que trabajan es fundamental tanto para el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud, como para las acciones de atención en el espacio hospitalario, especialmente cuando se pretende trabajar con la Sistematización de la Atención de Enfermería (SAE) y el Proceso de Enfermería (PE).

La Sistematización de la Atención de Enfermería (SAE) permite la participación de las enfermeras en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de enfermería que se implementan, lo que permite una visión global de la atención⁽²⁹⁾. Es un método de operacionalización del Proceso de Enfermería (EP), siendo el EP un instrumento metodológico que guía la atención de enfermería al paciente y permite la documentación de la práctica profesional⁽³⁰⁾.

En la resolución⁽³⁰⁾, el PE está organizado en cinco etapas interrelacionadas, interdependientes y recurrentes: recopilación de datos (historial de enfermería), diagnóstico de enfermería, planificación de enfermería, implementación y evaluación de enfermería.

La práctica de enfermería sistematizada permite identificar las necesidades de atención expresadas y / o informadas por los pacientes y los miembros de la familia, y proporciona un diálogo con otros miembros del equipo de salud para dirigir la atención, componiendo una táctica apropiada para una práctica centrada en la persona y no solo en tareas o enfermedades.

Por lo tanto, conocer el perfil de este paciente es de gran valor para el profesional de enfermería, ya que permite dirigir una mirada más profunda a los signos y síntomas presentados, verbalizados o no, derivados del proceso y / o tratamiento de la enfermedad, para proporcionar atención humanizada de enfermería y promover una mejor calidad de vida para este paciente y / o miembro de la familia.

Cabe destacar que para la implementación del PE, en su primera etapa, evaluación inicial, es esencial conocer el perfil de la clientela atendida para vincular este perfil con una teoría de enfermería que proporcionará el apoyo para la construcción del instrumento de recopilación de datos, datos que cumplan con este perfil del paciente, de modo que se pueda desarrollar el procesamiento adecuado y crítico de inferencias y juicios y, por lo tanto, la determinación precisa del diagnóstico de enfermería, el segundo paso del EP y, en consecuencia, el avance de las otras etapas del proceso. PE⁽³¹⁾.

Con respecto a los diagnósticos de enfermería identificados (ND), en la primera consulta de enfermería de los pacientes en este estudio, hubo un predominio de 12 ND en el 100% de la muestra, siendo estos diagnósticos totalmente congruentes con el perfil de la clientela investigada.

Los diagnósticos de enfermería subyacen a la prescripción de atención para abordar las necesidades afectadas de los pacientes. Abre nuevas posibilidades de atención, ya que permite a las enfermeras aplicar el conocimiento científico para identificar problemas y prescribir atención de acuerdo con su competencia profesional, utilizando un lenguaje de registro médico estándar, basado en los signos y síntomas presentados por los pacientes, lo que permite una comunicación clara entre los miembros del equipo de salud⁽³²⁾.

También es interesante resaltar la importancia de esta investigación para equipar a los profesionales de la salud para desarrollar acciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en las estrategias de salud familiar.

CONSIDERACIONES FINALES

Concluimos que se lograron los objetivos de este estudio, que el conocimiento del perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con cáncer gástrico es en su mayoría compatible con la literatura nacional e internacional y que los diagnósticos de enfermería identificados están alineados con este perfil de paciente.

Una de las debilidades de este estudio, ya que es una investigación de base de datos secundaria, fue el bajo grado de integridad observado para la presencia de células en anillo de sello, clasificación microscópica Lauren, infección por H. Pylori y estadio TNM. Por lo tanto, se recomienda la debida atención y el desarrollo de un estudio prospectivo más amplio.

La alta prevalencia de casos con enfermedad avanzada refleja la dificultad de acceso de los usuarios del Sistema Único de Salud al diagnóstico precoz. Este hallazgo nos lleva a identificar qué esfuerzos deben hacerse, universal y equitativamente, para identificar grupos y factores de riesgo para el desarrollo de cáncer gástrico a través de la capacitación de profesionales de la salud para que puedan actuar en la

planificación e implementación de programas de prevención y control del cáncer gástrico.

Creemos que el estudio puede ayudar a preparar enfermeras y estudiantes para el desarrollo y la aplicación de estrategias de control, prevención y atención en Atención primaria, secundaria y terciaria. Para la enfermera especialista en atención del cáncer, puede colaborar en el desarrollo de habilidades para ayudar a esta clientela en todas sus dimensiones y para una atención integral y humanizada para satisfacer las necesidades humanas básicas de este perfil del paciente, tan agredido por la enfermedad y el tratamiento impuesto. Conocer el perfil del paciente con cáncer gástrico y los diagnósticos de enfermería más frecuentes indica la efectividad de la Sistematización de la Atención de Enfermería con la operacionalización del Proceso de Enfermería, con el fin de ofrecer una atención de enfermería de calidad, segura y humanizada al paciente, familia y comunidad en INCA.

Enfatizando que la consulta de enfermería a pacientes en una clínica ambulatoria es un instrumento mediador de la humanización de la atención durante el proceso de trabajo de las enfermeras, a fin de establecer una relación efectiva a través del diálogo, la escucha sensible y la conversación, capaz de transformar la inseguridad y miedo al paciente en un proceso de trabajo con una actitud más colaborativa y adherencia al tratamiento y la atención ofrecidos, aunque se deben realizar otros estudios para evaluar los efectos de la consulta de enfermería sobre la respuesta clínica o la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS

- 1- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: Inca, 2011.128 p.: il.http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf.
- 2- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. [Internet]. 2015 [Access May 30, 2016];36(5):E359-86. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>.
- 3- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. (Oliveira J C, Albuquerque FRPC, Lins IB), 2004. [Internet]. [Acesso 22 mar 2018]. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – revisão 2004. www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2004/metodologia.pdf.
- 4- Instituto Nacional do Câncer - INCA. [Internet]. [Acesso 02 maio 2018]. Estimativa 2018: Incidência do Câncer no Brasil. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>.
- 5- World Health Organization (WHO). Cancer. Fact sheet N°297. February 2012. [Internet]. [Acesso 24 mar 2018]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
- 6- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin*. 2016 Jan-Feb;66(1):7-30. doi: 10.3322/caac.21332. Epub 2016 Jan 7.
- 7- Piazzuelo MB, Epplein M, Correa P. Gastric cancer: An infectious disease. *Infect Dis Clin North Am*. 2010; 24(4): 853–869.
- 8- Karimi P, Islami F, Anandasabapathy S, Freedman ND, Kamangar F. Gastric Cancer: Descriptive Epidemiology, Risk Factors, Screening, and Prevention. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014; 23(5): 700–713.

- 9- Rezaeian S, Khazaei S, Khazaei S, Mansori K, Moghaddam AS, Ayubi E. Human Development Inequality Index and Cancer Pattern: a Global Distributive Study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17, Cancer Control in Western Asia Special Issue, 201-204. 2016.
- 10- Campelo JCL, Lima LC. Perfil Clínico epidemiológico do câncer gástrico precoce em um hospital de referência em Teresina, Piauí. *RevBrasCancerol* [Internet] 2012; 58(1):15-20. [Acesso 23 abr 2019]. http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/04. Acesso em 30/04/18.
- 11- Siegel RL, Ma J, Zou Z, Jemal A. CancerStatistics – 2014. *CA Cancer J Clin*, 2014; 64(1):9-29.
- 12- Kim Y, Ejaz A, Spolverato G, Squires MH, Poultides G, Fields RC, et al. Conditional survival after surgical resection of gastric cancer: a multi-institutional analysis of the us gastric cancer collaborative. *Ann Surg Oncol*. 2015 Feb;22(2):557-64.
- 13- Instituto Nacional do Câncer – INCA. Ações de enfermagem para o controle do câncer: umaproposta de integraçãoesinoserviço. Rio de Janeiro, 3ª Ed. 2008. *Rev. Atual. Ampl.* [Internet]. [Acesso em 06 jun 2018]. <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>.
- 14- Figueiredo T, Guedes MTS, Souza LPS, Rosa AAS, et al. Prevalence of Family History of Cancer among Gastric Cancer Patients at Brazilian National Cancer Institute. *Health*, 09:01(2017), Article ID:73245,13 pages, 10.4236/health.2017.91003. DOI: 10.4236 / health.2017.91003.
- 15- Boland CR, Yurgelun MB. Historical Perspective on Familial Gastric Cancer. *Cellular and Molecular Gastroenterology and Hepatology*, 2017, 3 (2): 192-200. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcmgh.2016.12.003>.
- 16- Guedes MTS, Jesus JP, Filho OS, Fontenele RM. Clinical and epidemiological profile of cases of deaths from stomach cancer in the National Cancer Institute, Brazil. *Ecancermedicalscience*. 2014 Jul 17; 8:445. Doi: 10.3332 / ecancer.2014.445.
- 17- Braga-Neto MB, Carneiro JG, de Castro Barbosa AM, et al. Clinical characteristics of distal gastric cancer in young adults from Northeastern Brazil. *BMC Cancer*. 2018 Feb 5; 18(1):131. Epub 2018 Feb 5.
- 18- Bamboat ZM, Tang LH, Vinuela E, Kuk D, et al. Stage-stratified prognosis of signet ring cell histology in patients undergoing curative resection for gastric adenocarcinoma. *Ann Surg Oncol*. 2014 May;21(5):1678-85. DOI: 10.1245 / s10434-013-3466-8.
- 19- Kim BS, Oh ST, Yook JH. Signet ring cell type and other histologic types: differing clinical course and prognosis in T1 gastric cancer. *Surgery*. 2014;155(6):1030–35.
- 20- Piessen G, Messager M, Lefevre JH, Goéré D, Mabrut JY. et al. *Eur J Surg Oncol*. 2014 Dec;40(12):1746-55. doi: 10.1016/j.ejso.2014.04.019.
- 21- Lagergren J, Andersson G, Talbäck M, Drefahl S, et al. Marital status, education, and income in relation to the risk of esophageal and gastric cancer by histological type and site. *Cancer*, v. 122, n. 2, p. 207-12, 2016. doi: 10.1002 / cncr.29731.
- 22- Romero DE, Cunha AB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *CadSaúde Pública*, v. [Acesso 11 ago 2017]. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300028.
- 23- Ishaq S, Nunn L. Helicobacter pylori and gastric cancer: a state of the art review. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2015;8(Suppl.1): S6-S14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4495426/>
- 24- Doorackers E et al. Helicobacter pylori eradication treatment and the risk of gastric adenocarcinoma in a Western population. *Gut* 2018 Jan 30; [e-pub]. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2017-315363>.

- 25- Cutsem EV, Sagaert X, Topal B, Haustermans K, Prenen H. Gastric cancer. The Lancet, v. 388, 2016, p. 2654-64. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30354-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30354-3).
- 26- Lucchese IC, Ferreira DK, Copetti FVS, Carvalho FG, Tonento MG. Câncer Gástrico precoce: umadoençacurável no Brasil. Rev AMRIGS [Internet]. [Acesso 23 abr 2019]. 2008;52(4):309-14. http://www.amrigs.com.br/revista/52-04/14-288-c%E2ncer_g%E1strico_precoce.pdf
- 27- Campelo JCL, Lima LC. Perfil Clínico epidemiológico do câncer gástrico precoce em um hospital de referência em Teresina, Piauí. Rev Bras Cancerol [Internet] 2012; 58(1):15-20. [Acesso 23 abr 2019]. http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/04.Acessoem30/04/18.
- 28- American Cancer Society - ACS. What is stomach cancer? 2017. <https://www.cancer.org/cancer/stomach-cancer/about/what-is-stomach-cancer.html>.
- 29- Tannure MC, Gonçalves AMP. SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: guiaprático. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan; 2.ed. 2013.
- 30- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n.358 de 15 out 2009. [Acesso 19 mar 2018]. <http://www.coren.rj.org/resolucao>.
- 31- NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA, definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre. 10ª Ed. 2015. Artmed.
- 32- Guedes MTS, Valente LM, Porto MA, Lanes M, et al. Diagnoses and Nursing Care for Patients with Gastric Tumors Treated at the Outpatient Clinic of the Group for Research and Treatment of Gastric Cancer. IOSR Journal of Nursing and Health Science, 6(1), Ver. I, 2017, p. 86-93.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia