

23

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.**

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTE CON CARCINOMA DE

PANCREAS TRATADO CON CIRUGIA DE WHIPPLE.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

CARLOS CADENA EUMAÑA.


DIRECTORA DE TRABAJO

283626

LIC. ENF. MARIA DEL PILAR SOSA ROSAS.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

*A MI MAESTRA MA. DEL PILAR,
POR SU GRAN APOYO PARA LA
REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO,
Y EN MI VIDA PERSONAL.*

*A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO, POR
DARME EL HONOR DE SER MI
ALMA MATER.*

*AL INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGÍA, POR HABERME
ABIERTO SUS PUERTAS EN LOS
MOMENTOS MÁS DIFÍCILES DE
MI VIDA.*

*A LOS PACIENTES QUE PRESTARON
SUS CUERPOS Y A VECES SUS VIDAS
PARA QUE PUDIERA ADQUIRIR EL
CONOCIMIENTO Y CON ELLO
LOGRAR MIS METAS.*

DEDICATORIAS

*A DIOS POR SER MI GUILA
CONSTANTE.*

*A MI ESPOSA ARELI Y MI HIJA KARLA NAHOMI,
POR EL TIEMPO ROBADO A ELLAS PARA LA
REALIZACION DE ESTE TRABAJO Y POR SER MI
FUENTE DE INSPIRACION Y MOTIVACION CONS-
TANTE, CON MUCHO AMOR.*

*A MIS AMADOS PADRES POR SU
ESFUERZO, SUS DESVELOS Y APOYO
INCONDICIONAL, PARA LA REALIZACIÓN
DE MIS METAS, CON MUCHO CARÍÑO.*

*A MIS HERMANOS LULU, CHUCHO Y A
JOSE MANUEL POR ESTAR SIEMPRE
CONMIGO APOYANDOME EN TODO.
LALA POR HABER REGRESADO CON
NOSOTROS.*

*A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS
POR LOS MOMENTOS AGRADABLES
QUE PASAMOS JUNTOS EN EL CAMINO
DE LA CARRERA.*

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	1
1. <u>FUNDAMENTACION DEL CASO CLINICO EN ESTUDIO</u>	4
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.....	4
1.2 JERARQUIZACION DE PROBLEMAS Y NECESIDADES.....	6
1.3 UBICACION DELCASO CLINICO EN AREAS DE ESPECIALI- DAD.....	7
1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO CLINICO.....	7
1.5 OBJETIVOS DEL ESTUDIO CLINICO.....	8
1.5.1 GENERAL.....	8
1.5.2 ESPECIFICOS.....	8
1.5.2.1 Biológicos.....	8
1.5.2.2 Sociales.....	8
1.5.2.3 Psicológicos.....	9
2. <u>BASE TEORICA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA</u>	10
2.1 MODELO TEORICO DE VIRGINIA HENDERSON.....	10
3. <u>MARCO TEORICO</u>	12

3.1 ANTECEDENTES CLINICOS DE LA ENFERMEDAD.....	12
3.1.1 Anatomía del páncreas.....	12
3.1.2 Fisiología del páncreas.....	20
3.1.3 Histología del páncreas.....	22
3.1.4 Enzimas pancreáticas.....	23
3.1.5 Hormonas pancreáticas.....	23
3.1.6 Carcinoma de páncreas.....	25
3.1.6.1 Incidencia y epidemiología.....	25
3.1.6.2 Etiología.....	26
3.1.6.3 Manifestaciones clínicas.....	27
3.1.6.4 Diagnóstico.....	29
3.1.6.5 Tratamiento.....	31
3.1.6.5.1 Cirugía de Whipple.....	31
3.1.6.5.2 Quimioterapia.....	33
3.1.6.5.3 Radioterapia.....	34
3.1.6.6 Pronóstico.....	34
3.1.6.7 Complicaciones.....	35
3.1.7 Colostomía, ileostomía y drenaje de Pen rose.....	36
3.1.7.1 Definiciones.....	36

3.1.7.2 Indicaciones.....	36
3.1.7.3 Cuidados de enfermería.....	38
3.1.8 Fiebre.....	41
3.1.8.1 Definición.....	41
3.1.8.2 Fisiopatología.....	42
3.1.9 Dolor.....	43
3.1.9.1 Concepto.....	43
3.1.9.2 Fisiopatología.....	43
3.1.10 Edema.....	45
3.1.10.1 Concepto.....	45
3.1.10.2 Fisiopatología.....	45
3.2 PROBLEMAS PSICOLOGICOS.....	46
3.2.1 Angustia.....	46
3.2.1.1 Definición.....	46
3.2.2 Depresión.....	48
3.2.2.1 Definición.....	48
3.2.2.2 Tipos de depresión.....	50
3.2.3 Miedo.....	51
3.2.4 Ansiedad.....	52

4. <u>METODOLOGIA DE TRABAJO</u>	54
4.1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	54
4.2 TIPO Y DISEÑO DEL PLAN DE ATENCION.....	54
4.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.....	54
4.3.1 La observación.....	54
4.3.2 Las fichas de trabajo.....	55
4.3.3 La historia clínica de enfermería.....	55
4.4 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	56
4.4.1 Ficha de identificación.....	56
4.4.2 Diagnóstico médico.....	56
4.4.3 Diagnóstico de enfermería.....	56
4.4.4 Objetivos del plan.....	58
4.4.4.1 Objetivo general.....	58
4.4.4.2 Objetivos específicos.....	58
4.4.4.3 Acciones de enfermería.....	60
5. <u>VALORACION DE LA METODOLOGIA DE TRABAJO</u>	77
5.1 DIAGNOSTICO.....	77
5.2 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	77
6. <u>CUIDADOS EN EL HOGAR</u>	80
6.1 PROMOCION A LA SALUD.....	81

6.2 MEDIDAS DE PREVENCION ESPECIFICA AL PUBLICO, AL PACIENTE Y A LA FAMILIA.....	82
7. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	83
8. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	85
9. <u>ANEXOS Y APENDICES</u>	93
10. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	113

INTRODUCCION.

El proceso de atención de enfermería, es un instrumento que apoya las actividades de la profesión y, en él se vierten las bases científicas de los procedimientos a realizar en algún paciente; en éste, se integran los conocimientos teórico-prácticos del profesional de enfermería, para analizar el estado de salud y enfermedad de un ser humano al cual se le otorga un servicio.

Para esto se han utilizado los conocimientos y experiencias adquiridos durante la vida académica y hospitalaria.

El caso que aquí se presenta es relacionado a un paciente con carcinoma de páncreas tratado con cirugía de Whipple (pancreatoduodenectomía); del señor F.A.R., el cual es originario y residente de Zihuatanejo, Estado de Guerrero, y se encuentra hospitalizado en el Instituto Nacional de Cancerología.

La selección del presente caso obedece a la inquietud surgida del conocimiento de que el cáncer pancreático es predominante en la población masculina en edades entre 30 a 50 años, lo cual llama la atención por ser edades en las que son económicamente más activos, lo cual tiene relevancia social. Además, sus signos y síntomas de presentación son escasos y mal

definidos, por lo que se llega a diagnosticar en estadios muy avanzados y difíciles de controlar con métodos conservadores, dejando como única opción la cirugía de Whipple.

Este proceso de atención de enfermería se considera interesante por los datos señalados y conociendo la historia natural de la enfermedad se podrá:

- instrumentar medidas a seguir, para delimitar el daño del cáncer pancreático
- ofrecer al paciente una calidad de vida favorable
- un promedio de sobrevida mayor.

En el presente trabajo se tratan los siguientes apartados: en primer lugar la fundamentación del caso clínico en estudio, que incluye la descripción de la situación problema, jerarquización de problemas y necesidades, ubicación del caso, justificación del mismo y objetivos a lograr. En el segundo capítulo se presenta la base teórica de este proceso, a partir del modelo teórico de enfermería de Virginia Henderson.

En el tercer capítulo se presentan los antecedentes clínicos de la enfermedad, desglosándolos y especificando los aspectos anatómicos, fisiológicos y patológicos necesarios para la mejor comprensión de la situación problema.

En el cuarto capítulo se incluyen la metodología de trabajo, la cual comprende la elaboración del diagnóstico de enfermería y las técnicas e instrumentos a utilizar y, el proceso de atención de enfermería, propiamente dichos.

En el quinto capítulo se realiza una valoración de la metodología de trabajo mencionada.

El capítulo sexto es referente a los niveles de prevención, y a los cuidados en el hogar que deberá llevar el paciente al ser egresado del hospital, así como la rehabilitación.

En el séptimo capítulo se inscriben las conclusiones de los problemas detectados en el paciente estudiado, evolución del caso, el logro de objetivos, la comprobación del diagnóstico de enfermería y las recomendaciones a seguir posteriormente.

El octavo, noveno y décimo capítulos incluirán, el glosario de términos, anexos y apéndices, así como referencias bibliográficas consultadas, respectivamente.

1. FUNDAMENTACION DEL CASO CLINICO EN ESTUDIO.

En este capítulo se tratan los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del problema.

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.

Se trata de un paciente masculino de 45 años de edad, con diagnóstico de carcinoma de páncreas tratado con cirugía de Whipple (pancreatoduodenectomía), proveniente de medio socioeconómico bajo y hábitos higiénico dietéticos deficientes.

El problema por el cual se presenta es el siguiente: hace aproximadamente tres meses presentó fiebre en varias ocasiones no cuantificadas, ataque al estado general, astenia y adinamia, náusea, vómitos de contenido gastroalimenticio en varias ocasiones, posteriormente de contenido biliar; acude con médico particular quien diagnostica una gastroenteritis probablemente infecciosa, prescribiéndole medicamentos los cuales el paciente no recuerda el nombre, sin obtener mejoría.

Tres semanas después, presenta ictericia generalizada, acolia, coluria y prurito generalizado, así como pérdida de peso de aproximadamente 6 kilos en dos meses, por lo que regresa con el mismo médico, el cual realiza estudios de laboratorio y gabinete (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento hepático, amilasa, lipasa, Rx placa simple de abdomen y colangiografía retrógrada endoscópica) con lo cual obtiene el diagnóstico presuncional de carcinoma de páncreas, por lo cual lo refiere al Instituto Nacional de Cancerología.

Actualmente el único tratamiento recibido es la cirugía, en donde se realizó estudio histopatológico y se corroboró el diagnóstico antes mencionado, lo cual da un sustento para pronosticarle una sobrevida de 3 a 5 años.

En el aspecto psicológico el paciente refiere sentirse mejor aunque le preocupa la cantidad de drenajes que le dejaron, y la alimentación especial que llevará después, así como su reincorporación al trabajo.

Por otra parte, en su esfera social, el paciente está rodeado por una numerosa familia, que aunque no todos viven cerca, están al pendiente del seguimiento y de su evolución por lo que están dispuestos a cooperar.

Además, en su entorno extrafamiliar es una persona bien aceptada por sus compañeros de trabajo.

1.2 JERARQUIZACION DE PROBLEMAS Y NECESIDADES DEL PACIENTE.

BIOLOGICOS:

- ⇒ Dolor
- ⇒ Fiebre
- ⇒ Herida quirúrgica abierta e infectada

- ⇒ Colostomía, ileostomía, y drenaje de Penrose
- ⇒ Edema de extremidades superiores e inferiores
- ⇒ Carcinoma de páncreas.

PSICOLOGICOS:

- ⇒ Angustia por el manejo de los drenajes
- ⇒ Miedo a los tratamientos y a la muerte
- ⇒ Depresión por la estancia intrahospitalaria prolongada
- ⇒ Ansiedad por reincorporarse a su vida cotidiana.

SOCIALES:

- ⇒ Incapacidad para reincorporarse al trabajo
- ⇒ Problemas económicos como consecuencia de todos los gastos por la enfermedad.

1.3 UBICACION DEL CASO CLINICO EN AREAS DE ESPECIALIDAD.

El caso clínico se ubica en las especialidades de gastroenterología, cirugía y oncología, ya que el páncreas es un órgano accesorio del sistema digestivo, el cual, con su porción exócrina proporciona algunas enzimas que degradan polisacáridos, polipéptidos y lípidos que son importantes para la nutrición.

Se ubica en la cirugía, porque el carcinoma localizado en la cabeza del páncreas se debe extirpar para evitar la proliferación hacia otros órganos vecinos y eliminar la obstrucción de las vías biliares.

Se ubica en la oncología por ser la especialidad encargada de los problemas neoplásicos.

1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO CLINICO.

Este proceso de atención de enfermería es realizado con el propósito de valorar los problemas biológicos, psicológicos y sociales, que causa el carcinoma pancreático, así como las implicaciones familiares de un paciente con este tipo de tumor. Como segundo propósito, se realiza porque de esta forma se podrá conocer a fondo el cuidado de enfermería, para integrar a un

individuo a una vida lo más normal posible junto con el apoyo familiar, con el fin de favorecer al paciente y a su familia.

1.5 OBJETIVOS DEL ESTUDIO CLINICO.

1.5.1 GENERAL.

Dar calidad de atención a la salud del individuo con carcinoma pancreático postoperado de cirugía de Whipple, junto con su familia, para ofrecerle una calidad de vida lo más óptima posible.

1.5.2 ESPECIFICOS:

1.5.2.1 Biológicos:

Proporcionar al paciente con carcinoma pancreático, postoperado de cirugía de Whipple, los cuidados específicos de enfermería, con su respectiva fundamentación científica que se requieran para su tratamiento y rehabilitación.

1.5.2.2 Sociales:

Lograr que el enfermo se reincorpore a su medio familiar y social en las mejores condiciones posibles.

2. BASE TEORICA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA.

2.1 MODELO TEORICO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson una gran personalidad dentro de la investigación y academia en la enfermería, incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería, la cual define en términos funcionales:

"La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".¹

Partiendo de esto Virginia Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería, estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición deseada.
5. Dormir y descansar.

¹Marriner, Ann. Modelos y teorías en enfermería. Ed. Mosby/Doyma. 3ª. ed. Madrid, España, 1995. p. 104.

6. Elegir las prendas de vestir, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.²

Tomando como base dicha definición de la enfermería y las 14 necesidades identificadas por Virginia Henderson, se parte como sustento teórico para la realización de este trabajo, ya que el tipo de cuidado planeado para el paciente, motivo de este proceso, se apega a las características de este modelo teórico.

² Ibidem. p. 105.

3. MARCO TEORICO.

3.1 ANTECEDENTES CLINICOS DE LA ENFERMEDAD.

3.1.1 Anatomía del páncreas.

El páncreas es una glándula anexa al duodeno, en el cual vierte el producto de su secreción, el jugo pancreático.

En cuanto a su situación, el páncreas se halla situado en la porción superior del abdomen, delante de la columna vertebral lumbar, detrás del estómago, entre el bazo, y el asa duodenal, que engloba en su concavidad todo su extremo derecho. Se halla en relación con la primera y segunda vértebras lumbares.³

Su dirección no es exactamente rectilínea, ni exactamente transversal; su mitad derecha es horizontal, en cambio, su extremidad izquierda es ligeramente oblicua de dentro afuera y de abajo arriba, de manera que las dos porciones se unen formando un ángulo obtuso.⁴

Su longitud media desde su extremidad izquierda a la derecha, varía de 16 a 20 cm; su altura por término medio es de 4 a 5 cm; su grosor es de 2 a 3 cm.⁵

Su volumen aumenta gradualmente hasta la edad de los cuarenta años y

³ Testud L. y Latarjet A. Tratado de anatomía humana Ed. Salvat. 9ª. ed. México, D.F., 1979. Tomo IV, p.705

⁴ Id.

⁵ Id

disminuye enseguida a partir de los cincuenta, sufriendo entonces más o menos la atrofia senil.⁶

Su peso es de 70 gramos en el hombre y 66 gramos en la mujer. Su color y consistencia, en el estado de reposo, es de coloración blanco grisácea.

Durante el trabajo digestivo, lo mismo que las glándulas salivales, se congestionan, tomando más o menos un tinte rosado. Desde el punto de vista de su consistencia, el páncreas es relativamente duro, aunque muy friable.

La conformación del páncreas presenta una forma muy irregular, se le ha comparado con un gancho, con un martillo, con una lengua de perro y con una escuadra de albañil.⁷

De ordinario se distingue en él, tres partes, una parte media o cuerpo, un extremo izquierdo o cola y uno derecho o cabeza.⁸

Sin embargo, no sucede lo mismo con las dos primeras; entre el cuerpo y la cabeza se encuentra una porción estrecha que se designa indistintamente con el nombre de cuello o istmo. El extremo derecho o cabeza, se halla enclavado en el espacio que en forma de herradura, limitan las tres primeras porciones y aún a veces las cuatro porciones del duodeno. Puede decirse que, para ocupar

⁶ Id.

⁷ Ibidem. p. 706.

⁸ Id.

ese espacio, el páncreas se encorva, como el duodeno, de arriba abajo y de dentro afuera.⁹

La cola es unas veces aplanada, delgada y como afilada; otras veces, por el contrario, es redondeada y roma o ligeramente ensanchada en masa. El cuerpo y la cola dibujan con la cabeza un ángulo obtuso abierto hacia abajo. Referente a sus medios de fijación, está sostenido en su posición junto a la pared posterior de la región media del abdomen por su adosamiento a la pared, por sus conexiones con el duodeno y los conductos excretorios que terminan en él, por el peritoneo parietal posterior que lo aplica junto a la pared abdominal y, por último, por los vasos que penetran en él. El cuerpo está bien fijado. La cola por el contrario, es relativamente móvil, gracias al epiplón pancreatico-esplénico, que a veces la contiene con los vasos destinados al bazo.¹⁰

Las conexiones del páncreas con el duodeno se dan cuando el contorno con el duodeno envuelve la cabeza del páncreas. El tejido pancreático ofrece un canal en contacto con este segmento en el tubo digestivo. La adherencia empieza inmediatamente después del paso de la gastroduodenal bajo la primera porción del duodeno y está principalmente desarrollada en la segunda

⁹ *Id.*

¹⁰ *Ibidem.* p. 707.

porción. Por lo demás, aquí se abren las vías excretoras del páncreas: el conducto de Wirsung, en compañía del colédoco, y el conducto de Santorini.

Referente a sus relaciones, vemos que el páncreas, órgano fijo, extendido transversalmente en la cavidad abdominal, presenta relaciones extremadamente importantes que se pueden considerar en cada uno de los segmentos del páncreas y topográficamente en una vista de conjunto.¹¹

Sabemos que el contacto es íntimo y que no es posible separar entre sí los órganos sino artificialmente y solo en algunos puntos.¹²

En su cara anterior hemos visto que está cubierta por el peritoneo y cruzada por la línea de inserción del mesocolón transversal. Existe, pues, una porción supramesocólica y una porción inframesocólica.¹³

La porción supramesocólica está en relación con la cara posterior del estómago y del píloro.

Si se desciende la primera porción del duodeno y del estómago, se percibe esta parte alta de la cabeza oculta por las dos hojas del epiplón menor.

La porción inframesocólica, en relación con las asas delgadas provistas de su gancho, forma parte del plano submesocólico.¹⁴

¹¹ Id.

¹² Id.

¹³ Ibidem. p. 708

¹⁴ Id.

El gancho enrollado al rededor de los vasos mesentéricos tiene dimensiones variables. El ángulo inferior y externo de la cabeza está cubierto por el extremo derecho o fijo del colón transverso.¹⁵

En la parte supramesocólica la arteria gastroduodenal emerge por debajo del duodeno; de la gastroepiploica derecha que se dirige hacia la curvatura mayor gástrica con su plexo nervioso y la pancreaticoduodenal inferior derecha que llega pronta a la cara anterior de la cabeza. En la porción supramesocólica, la arteria cólica superior derecha, rama de la mesentérica superior, se desliza sobre la cabeza del páncreas. Finalmente, las venas de la parte derecha del colón transverso y del ángulo derecho, se unen delante del páncreas con la vena pancreaticoduodenal derecha inferior y la vena gastroepiploica derecha para venir a terminar en la mesentérica inferior a la altura y detrás del istmo del páncreas.¹⁶

En su cara posterior se relaciona con los grandes vasos, vena cava inferior y aorta abdominal, glándulas suprarrenales. En su parte izquierda está en íntimo contacto con el bazo y el ángulo esplénico del colón.

El páncreas contiene dos conductos colectores principales que, después de haber caminado por el espesor de la glándula, vierten el jugo pancreático en la

¹⁵ Roger C. Craigs Anatomía humana funcional Ed. Limusa. Argentina, 1993. p. 206.

¹⁶ Id.

segunda porción del duodeno, son: el conducto de Wirsung o conducto principal, el conducto accesorio o de Santorini.¹⁷

El conducto de Wirsung recorre el páncreas desde la cabeza a la cola. Su dirección es transversal como la glándula. Originándose en la cola por un extremo simple o bifurcado, en pleno espesor del tejido pancreático, sigue el eje mayor de la glándula, algo más próximo no obstante en la cara posterior, o también al borde inferior. Dirigiendo así de izquierda a derecha recorre la cola y el cuerpo y llega al cuello.¹⁸

El diámetro del conducto de Wirsung aumenta desde su origen hasta su terminación de 2 mm en el extremo caudal, pasa a 3 mm en medio del cuerpo y a 5 mm en el descenso en la cabeza. Cuando atraviesa la pared intestinal se estrangula y termina en la ampolla por un orificio estrecho.¹⁹

Este conducto principal nos ofrece en su porción terminal un manguito de fibras terminales lisas, que le suministran un esfínter, el esfínter del conducto de Wirsung o esfínter de Oddi, su acción es hacer intermitente la secreción pancreática y tal vez impedir que la secreción del conducto de Santorini ascienda al páncreas.²⁰

¹⁷ Id.

¹⁸ Ibidem. p. 207.

¹⁹ Id.

²⁰ Testud L. y Latarjet A. *op.cit.* p. 725.

El conducto de Santorini o conducto accesorio; este conducto tiene una longitud de 5 a 6 cm. Está situado en la parte superior de la cabeza del páncreas. Se origina en la misma cavidad del conducto principal, en el codo de éste. De aquí se dirige de izquierda a derecha; atraviesa pues horizontalmente, la cabeza del páncreas y viene a desembocar en el duodeno a dos o tres centímetros por arriba y algo por delante de la ampolla de Vater. Su orificio duodenal se ve en el punto culminante de un pequeño tubérculo de forma cónica, la carúncula menor de Santorini; es una pequeña papila cónica, de 3 a 4 cm de altura, perforada en su centro por un orificio circular. Está situada en la cara interna de la porción descendente. En el curso de su trayecto, el conducto de Santorini recibe conductos que provienen de la parte superior de la cabeza; más excepcionalmente los recibe de la parte inferior. El conducto de Santorini funciona pues, como una rama colateral del conducto principal.

La pared interna del conducto presenta en su desembocadura duodenal, o más bien crestas en forma de válvulas.²¹

Una de las limitaciones importantes en cirugía pancreática es la incapacidad de reseca por completo el páncreas sin efectuar duodenectomía simultánea.²²

La causa es el riego sanguíneo común de la cabeza del páncreas y segunda

²¹ *Ibid.* p. 726.

²² *Id.*

porción del duodeno. Las arterias pancreatoduodenales superior derecha e inferior izquierda corren por el interior de la sustancia pancreática y se sacrifican por fuerza durante la pancreatomecía total. La pérdida de estos vasos altera de manera notable el riego sanguíneo del duodeno por lo general con necrosis isquémica.²³

El resto del riego sanguíneo depende de las arterias esplénica y mesentérica superior. El drenaje pancreático superior sigue en general la misma distribución del sistema arterial.²⁴

La secreción pancreática es controlada en cierto grado por su intervención vagal. El vago no tiene fibras sensitivas, y la sensibilidad al dolor en el páncreas es mediado por los nervios esplácnicos. El drenaje linfático corre a cargo de cuatro grupos: linfáticos superiores o ascendentes, linfáticos inferiores o descendentes, linfáticos izquierdos, linfáticos derechos.²⁵

²³ *Ibidem.* p. 727.

²⁴ *Id.*

²⁵ *Id.*

3.1.2 Fisiología del páncreas.

El páncreas está compuesto de dos órganos funcionalmente diferentes: el páncreas exócrino, la principal glándula digestiva del organismo, y el páncreas endócrino, que produce insulina, glucágon, somatostatina y polipéptido pancreático. La acción principal de los productos de la porción endócrina (mediante las enzimas digestivas) es la preparación de los alimentos ingeridos de modo que queden listos para la absorción; por otra parte, las hormonas de la porción endócrina modulan prácticamente todos los aspectos de la nutrición celular, desde la absorción de los alimentos hasta su almacenamiento en las células o el metabolismo de los nutrimentos. La disfunción del páncreas en su porción endócrina o exócrina provocan enfermedades graves por lo antes expuesto.²⁶

El páncreas produce diariamente 1200 a 1500 ml de jugo pancreático, un líquido transparente e incoloro que consiste principalmente en agua, algunas sales, bicarbonato de sodio y algunas enzimas. El bicarbonato hace que este jugo sea levemente alcalino (pH 7.1 a 8.2), con lo que inactiva a la pepsina estomacal y crea las condiciones necesarias para la acción de las enzimas del intestino delgado.²⁷

²⁶ Roland C. Leeson, et al. Histología, Ed. Interamericana 5ª. Ed. México, D.F., 1995. P. 543

²⁷ Francis S. Greenspan. Endocrinología básica y clínica, Ed. Manual Moderno. 2ª. Ed. México, D.F., 1993.

Entre las enzimas del jugo pancreático, se incluye una que digiere carbohidratos, la amilasa pancreática; varias enzimas proteolíticas a saber, la tripsina, quimotripsina y carboxipeptidasa; la principal enzima lipolítica en humano adulto, o sea la lipasa pancreática, y enzimas que digieren ácidos nucleicos a saber ribonucleasa y desoxirribonucleasa.²⁸

Las enzimas proteolíticas del páncreas también se producen en una forma inactiva, al igual que la pepsina estomacal (pepsinógeno), con lo que se evita se digieran las células pancreáticas. La tripsina se secreta en la forma inactiva de tripsinógeno, su activación a tripsina tiene lugar en el intestino delgado por acción de una enzima que secreta la mucosa intestinal cuando entra en contacto con el quimo, a saber, la enterosinasa. También se activa la quimotripsina en el intestino delgado a partir de su forma inactiva, el quimotripsinógeno, acción que corresponde a la tripsina. Así mismo, esta última activa a la carboxipeptidasa, en el intestino delgado a partir de su forma inactiva, la procarboxipeptidasa.²⁹

²⁸ William F. Ganong. *Fisiología médica*. Ed. Manual Moderno. 14ª. ed. México, D.F., 1993. p. 470.

²⁹ *Ibidem*. p. 472.

3.1.3 Histología del páncreas.

El páncreas como glándula mixta esta compuesta de acinos por un lado e islotes de Langerhans por el otro. Respecto a la porción exócrina representada esta por los acinos, se compone de células piramidales dispuestas alrededor de una pequeña luz central. Más cercanas a esta luz se encuentran las células centroacinares las cuales se encargan de la secreción hidrolática, es decir el agua con gran cantidad de bicarbonato el cual le da el pH alcalino al jugo pancreático, las células periacinares con su función principal de secreción ecobólica o de enzimas útiles a la digestión.³⁰

Por su parte la porción endócrina compuesta por los islotes de Langerhans, está compuesta por cuatro tipos de células a saber células A, células B, células D y células F; que se encargan de secretar glucagón, insulina, somatostatina y polipéptido pancreático respectivamente.³¹

³⁰ Roland C. Leeson *op. cit.* p. 586.

³¹ Francis S. Greenspan. *op. cit.* p. 453.

3.1.4 Enzimas pancreáticas.

Estas enzimas provenientes de la porción exócrina del páncreas son indispensables para la digestión. De ellas no se profundizará. Se incluye su nombre, activador, sustrato y función en el cuadro 1.

3.1.5. Hormonas pancreáticas.

Como ya se mencionó en el apartado de histología, se han encontrado cuatro tipos de células endócrinas en el páncreas (A,B,D y F); las cuales secretan glucágon, insulina, somatostatina y polipéptido pancreático, respectivamente; de las cuales sólo se mencionarán sus funciones principales.³²

Insulina: es la hormona más conocida y estudiada, se secretan en promedio 25 unidades de ella al día, es decir, una unidad por hora aproximadamente. Sus funciones principales son: estimular la glucogénesis, la síntesis de triglicéridos, colesterol, aumenta la síntesis de proteínas y aumenta el transporte de glucosa al músculo; entre otras.³³

Glucágon: Es la segunda hormona más conocida del páncreas, se secretan más o menos 75 pg/ml en 24 horas promedio. Sus funciones principales son: estimular el almacenamiento de energía en todo el cuerpo, estimula el

³² Ibidem, p. 562.

³³ Id.

desdoblamiento del glucógeno almacenado, conserva la producción de glucosa, produce gluconeogenesis, estimula la cetogenesis, su órgano blanco principal es el hígado y no se sabe de algún otro.³⁴

Somatostatina: esta hormona también es secretada en el lóbulo anterior del hipotálamo, pero al páncreas le corresponde solo la mitad de la secreción total de somatostatina, es decir, 40 pg/ml (80 pg/ml total normal); sus funciones son: prolongar el tiempo de vaciamiento gástrico, reduce la secreción pancreática exócrina y la corriente sanguínea visceral.³⁵

Polipéptido pancreático: es la hormona menos conocida y sólo se sabe que se secretan alrededor de 12 pmol/L. De sus funciones aún no bien establecidas, se conoce que inhibe la secreción de bicarbonato y proteína, relaja la vesícula biliar y disminuye la secreción de bilis hepática.³⁶

³⁴ William F Ganong, *op. cit.* p. 473.

³⁵ Id.

³⁶ *Ibidem* p. 475

3.1.6 Carcinoma del páncreas.

El carcinoma del páncreas es un cáncer de crecimiento rápido y casi siempre fatal. Pueden derivar estos cánceres de cualquiera de los elementos del páncreas. Las neoformaciones de mayor malignidad se originan en el epitelio de los conductos del páncreas y se trata de adenocarcinomas de pronóstico muy sombrío.³⁷

3.1.6.1 Incidencia y epidemiología.

El carcinoma del páncreas es un padecimiento cuya frecuencia a venido aumentando de manera francamente rápida en varios países del mundo. En Estados Unidos ocupa el cuarto lugar dentro de las causas de muerte por cáncer. En la República Mexicana, de acuerdo con las estadísticas vitales de la Secretaría de Salud, en 1998 ocupaba el sexto lugar de mortalidad por cáncer en general y el tercero en cánceres del sistema digestivo, después del de estómago, colón y recto.³⁸

El carcinoma pancreático daña con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres (2:1). Afecta a todos los grupos etareos aunque rara vez antes de los

³⁷ Marvin H. Sleisenger. Tratado de gastroenterología. Ed. Interamericana. México, D.F., 1998. p. 1234.

³⁸ J. De J. V. Pérez. Introducción a la gastroenterología. Ed. Mendez Oteo. México, D.F., 1995. P. 762.

25 años de edad; la edad media de instalación se encuentra entre la cuarta y quinta década de la vida; no se conoce predilección racial alguna pero la enfermedad puede ser frecuente en negros, judíos y filipinos, y menos frecuente en los japoneses.³⁹

3.1.6.2 Etiología.

Como todos los demás cánceres, el de páncreas nace sin causa conocida hasta la fecha se han postulado varios factores etiológicos para explicar el aumento reciente de la frecuencia de carcinoma de páncreas, el hábito de fumar cigarrillos, el consumo de alcohol, sobre todo cerveza. La colelitiasis, la ingestión de dietas con alto contenido de grasas animales, la diabetes mellitus y la pancreatitis crónica. Los hombres que fuman más de una cajetilla de cigarrillos al día, corren un riesgo cuatro veces mayor de desarrollar un cáncer de páncreas, mientras que las mujeres que fuman más de un paquete por día, corren un riesgo dos veces mayor que las no fumadoras para el desarrollo de ésta enfermedad. Los factores alimenticios asociados con este cáncer son sobre todo, el consumo aumentado de grasas, proteínas y pan elaborado con harinas muy refinadas.⁴⁰

³⁹ Marvin H. Sleisenger. *op. cit.* p. 1238

⁴⁰ *Ibidem.* p. 12432.

Se ha comunicado una frecuencia seis veces mayor en mujeres diabéticas; y los agentes ambientales que pueden contribuir al desarrollo de esta neoplasia, son los que se asocian con el refinamiento de aceites y la fabricación de papel. Se ha comentado en otras bibliografías la asociación de pancreatitis crónica alcohólica y el carcinoma de páncreas.⁴¹

3.1.6.3 Manifestaciones clínicas.

Cuando el cuadro clínico puede identificarse, es casi siempre demasiado tarde para brindarle ayuda eficaz al paciente. Dado que el páncreas carece de mesenterio, se encuentra en la vecindad del conducto colédoco y otras estructuras vitales del hilio hepático, y está rodeado por el duodeno, el estómago y el colón; las manifestaciones clínicas más frecuentes son las relacionadas con la compresión o invasión de estas estructuras circundantes.⁴² Por su proximidad con el colédoco el tumor pancreático puede producir en primer lugar ictericia. Un porcentaje sustancial de pacientes refiere un dolor sordo difuso en la parte media del epigastrio. Que en ocasiones se irradia a la espalda. La pérdida de peso es prácticamente inevitable y acompaña a menudo al dolor abdominal, se acompaña también de anorexia y una curiosa repulsión

⁴¹ Id.

⁴² Howard M. Spiro. Gastroenterología clínica. Ed. Interamericana 2ª. ed. México, D F., 1990. p. 1381.

por la carne, diarrea, debilidad y vómito.⁴³ Estos últimos pueden reflejar la invasión del estómago o el duodeno con obstrucción del tracto de salida gástrico, o la presencia de metástasis peritoneales extensivas. Cuando el tumor produce los primeros síntomas ya es casi inevitable la diseminación del carcinoma, puesto que no existe cápsula gruesa alrededor del páncreas; es casi regla, la propagación a los ganglios linfáticos, así como a otros órganos, sobre todo del duodeno.⁴⁴

La ictericia se encuentra en un 50% de los pacientes, dado que la gran mayoría de los pacientes lamentablemente desarrollan masas tumorales voluminosas que abarcan a la porción distal del colédoco o en la cabeza del páncreas.⁴⁵

El prurito es la manifestación obstructiva que se halla en estos pacientes, pero no se sabe a ciencia cierta qué la produce. La depresión es otra alteración común importante, de la cual se hablará más adelante como apartado especial.⁴⁶

La esteatorrea destaca junto con la diarrea como manifestaciones tardías, y esto es como característica de la insuficiencia pancreática. Se observa más a menudo, estreñimiento como consecuencia inespecífica de la disminución del

⁴³ Id.

⁴⁴ Ibidem. p. 1384.

⁴⁵ Id.

⁴⁶ Ibidem. p. 1388.

ingreso de alimento. La diabetes, en muchos pacientes, suele diagnosticarse algunos meses antes de que se inicien los síntomas abdominales.⁴⁷

La exploración física en etapas tempranas, única época en que podría hacerse realmente algo eficaz en el paciente con carcinoma pancreático, es por completo negativa. Alrededor de un cuarto de pacientes habrán notado la presencia de una lesión ocupante del abdomen, voluminosa, dura y palpable en el momento de la exploración. Además, la ictericia y la pérdida de peso de algunos pacientes puede acompañarse de una vesícula biliar distendida, palpable e indolora; este hallazgo se conoce como el signo de Courvoisier. La hematemesis y la melena pueden ser signos de una fase avanzada de la enfermedad.⁴⁸

3.1.6.4 Diagnóstico.

Una pérdida de peso de cinco kilogramos en una persona de edad mediana junto con diabetes de comienzo nuevo, dolor abdominal y elevación de la fosfatasa alcalina seguramente indica carcinoma de pancreático; si los niveles de lipasa y amilasa están elevados, el diagnóstico se considera ya indudable. En tales circunstancias, se antoja como medio más económico para encarar el

⁴⁷ Id.

⁴⁸ Howard M. Spiro, *op. cit.* p 1412.

problema, el uso de la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), para excluir la posibilidad de una lesión ampular y la información relativa a la obstrucción característica de los conductos biliares y pancreáticos.

En los pacientes con obstrucción del conducto biliar se observa una hiperbilirrubinemia constantemente progresiva, con un componente mixto.

También en este caso los niveles séricos de bilirrubina a menudo son mayores de 15 mg/100 ml. En un porcentaje variable de pacientes, se observa una elevación de leve a moderada de los niveles de deshidrogenasa láctica (DHL), aspartato aminotransferasa (AST antes STGO), y glucosa, así como una disminución del nivel sérico de albúmina.⁴⁹

El antígeno carbohidrato 199 (Ca 199), podría representar un marcador promisorio para el diagnóstico carcinoma de páncreas bien diferenciado. Este antígeno es una sialosil-flucosil lactotetraosa, que corresponde al grupo sanguíneo sialilado de Lewis A, hallado en las células epiteliales normales de la vesícula biliar, los conductos biliares, el páncreas y el estómago. La síntesis y la secreción de este antígeno, detectable mediante el uso de anticuerpos monoclonales derivados de un hibridoma aparentemente estarían aumentados en el cáncer de páncreas.⁵⁰

⁴⁹ J. de J. V. Pérez. *op. cit.* p. 1238.

⁵⁰ Collure D.W. et al. Clinical, pathologic and therapeutic aspects of carcinoma of pancreas. Am. J. Gastroenterology. 67:155, 1995.

Se sugirió la isoenzima galactosiltransferasa II (GT II), como un marcador serológico del cáncer de páncreas; en un estudio, este marcador resultó ser más sensible y específico que otros marcadores tumorales. Un 67% de los pacientes con cáncer del páncreas presentaron niveles séricos detectables de GT II, en comparación sólo un 1.7% de los pacientes con una enfermedad benigna.⁵¹

En cuanto a los estudios de gabinete con los que se cuentan, la tomografía axial computada, ha difundido su uso durante los últimos cinco años y ha facilitado, sin duda, el diagnóstico de carcinoma de páncreas. El ultrasonido también tiene uso, no tanto porque descubra el tumor en etapas tempranas sino a su capacidad por poner de manifiesto la dilatación de los conductos biliares. La CPRE debe preferirse debido a que permite visualizar directamente los conductos biliares, pancreáticos y el ámpula.⁵²

3.1.6.5 Tratamiento.

3.1.6.5.1 Cirugía de Whipple.

Por desgracia el cirujano encuentra a menudo un páncreas agrandado, con metástasis, diseminado y a veces se comprueba participación ganglionar. En

⁵¹ Ibidem. p. 156.

⁵² Howard M. Spiro. *op. cit.* p. 1390.

general sólo una cuarta parte de los pacientes presentan lesiones operables, y tan sólo una décima parte presentan una enfermedad potencialmente curable en el momento de la presentación clínica.⁵³

Ahora bien, cuando el carcinoma es evidente y al parecer bien localizado, el cirujano agresivo trata de extirparlo, ya sea por el método de Whipple o, en la actualidad, por pancreatectomía total. Sin embargo, la resección de Whipple sigue siendo el procedimiento quirúrgico de elección en el caso de carcinomas pequeños resecables de la cabeza del páncreas.⁵⁴ La pancreatoduodenectomía radical estándar (Whipple) incluye la resección en bloque de la cabeza del páncreas, duodeno, mitad distal del estómago y parte baja del colédoco con reconstrucción de la continuidad biliar, pancreática y gastrointestinal. Esta operación tiene como objetivo erradicar el cáncer pero conservar suficiente tejido pancreático para asegurar una función endócrina y exócrina adecuada. La mortalidad quirúrgica es elevada (10 a 20%), y no se asocia con la tasa de mortalidad sustancial observada en el caso de pacientes con tumores voluminosos de la cabeza del páncreas.⁵⁵

En el caso de pacientes sintomáticos (es decir, en aquellos con un cuadro

⁵³ Mason G.R. et al. Current experience with pancreatogastrostomy. Am. J. Surgery. 169:2, Feb, 1995. p.217.

⁵⁴ Id.

⁵⁵ Ibidem. p. 218.

significativo de prurito, fiebre o ictericia), que presentan masas ocupantes voluminosas no operables, debe considerarse la posibilidad de procedimiento paliativo a fin de descomprimir el árbol biliar dilatado.⁵⁶

3.1.6.5.2 Quimioterapia.

A pesar de su largo periodo de estudio, el 5-Fluorouracilo por sí solo ofrece poco más que un efecto psicológico al paciente y al médico, al menos que se combine con irradiación. Como la perspectiva del paciente con cáncer de páncreas es sumamente corta, la terapéutica para prolongar su vida debe permitirle al mismo tiempo algunas comodidades y el desarrollo de alguna actividad.⁵⁷

Las combinaciones de Fluorouracilo, Ciclofosfamida, Metrotexato, Vincristina y Mitomicina por vía intravenosa han brindado algunas promesas en el sentido de prolongar la vida al costo de ciertos efectos secundarios, pero no muy molestos.⁵⁸

⁵⁶ Zerbi A. Balsano, et al. Comparision between pylorus-preserving and Whipple pancreatoduodenectomy. Br. J Surgery, 82:7, Jul. 1995. p.975.

⁵⁷ Ibid. p. 977.

⁵⁸ Id.

3.1.6.5.3 Radioterapia.

Cada vez más se utiliza la irradiación como tratamiento coadyuvante en los pacientes con carcinoma de páncreas, tanto en los sometidos a resección, como aquellos en quienes se ejecuta simplemente en método de desviación. Una dosis de 6000 cGy, combinada con 5-Fluorouracilo puede prolongar la vida en grupos de pacientes con mayor grado de lo que se logra sólo con irradiación. La radioterapia de rayo externo administrado mediante un acelerador lineal de alta energía alcanza una profundidad excelente y preserva los tejidos normales. Lamentablemente, algunos órganos vecinos del páncreas (por ejemplo la médula espinal, hígado y el duodeno) son significativamente sensibles a la radiación; este fenómeno limita, la cantidad de energía que puede administrarse sin riesgos a un cáncer de páncreas.⁵⁹

3.1.6.6 Pronóstico.

El carcinoma de páncreas es casi siempre mortal en término de seis meses, sea cual fuere la terapéutica médica o quirúrgica; menos del 21% de los pacientes sobreviven dos años, y en términos generales, cualquiera que sea el tratamiento, 0.4% sobreviven 5 años.⁶⁰ Una de las características

⁵⁹ Howard M. Spiro. *op. cit.* p. 1394.

⁶⁰ *Ibidem.* p. 1397.

más desalentadoras del carcinoma de páncreas se refiere a la observación de que si los pacientes son descubiertos poco después del comienzo de los síntomas, o incluso después de algunos meses de demora, la diferencia es mínima en cuanto a pronóstico, hecho que sugiere: el carcinoma pancreático debe ser identificado antes de que ocurran síntomas para poder lograr algún resultado favorable, aunque sea mínimo, en cuanto a mortalidad. En la actualidad en la mayor parte de los estudios radiológicos y endoscópicos, cuya aplicación dependerá de la aparición de los síntomas sirven tan sólo para confirmar una sentencia de muerte.⁶¹

3.1.6.7 Complicaciones.

Las complicaciones en la cirugía de Whipple son, múltiples pero sólo se citarán las más frecuentes, y entre ellas se encuentra el choque séptico, la hemorragia postquirúrgica, insuficiencia renal, fistula pancreatocutanea o biliar, peritonitis y dehiscencia de herida quirúrgica, entre otras.⁶²

⁶¹ Seymour I. Schwartz, et al. Principios de cirugía. Ed. Interamericana. 11ª ed. México, D.F., 1991. Tomo I. p 933.

⁶² Sabiston C. David. Tratado de patología quirúrgica. Ed. Interamericana. 11ª ed. México, D.F., 1995. Tomo I. p. 72

3.1.7 Colostomía, ileostomía y drenaje de Penrose.

3.1.7.1 Definiciones.

La colostomía es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal, abocándolo a la piel, con el objeto de crear una salida artificial para el contenido fecal. Así mismo; la ileostomía es la apertura artificial del intestino delgado a la pared abdominal.⁶³

El Penrose es un tubo cilíndrico de látex de diferentes calibres que se inserta en una cavidad y se aboca al exterior para permitir la salida de sangre, líquidos, exudados o trasudados que se produzcan en dicha cavidad.⁶⁴

3.1.7.2 Indicaciones.

Las indicaciones para la realización de una colostomía son variables y para fines prácticos sólo se enumerarán:

- obstrucción intestinal aguda por neoplasias
- diverticulitis que se complica con perforación
- vólvulo
- malformaciones congénitas
- trauma irreparable del intestino

⁶³ Forrest M, et al. Principios y práctica de cirugía. Ed. Interamericana. México, 1994 p. 470.

⁶⁴ *Ibidem*. p. 472.

- prolapso rectal
- daños o anomalías de la médula espinal, que cursen con incontinencia fecal o parálisis del esfínter anal
- fistulas
- cirugía exéretica de colon izquierdo y recto
- alteraciones tras la irradiación.

Las indicaciones para ileostomía son:

- colitis ulcerativa
- enfermedad de Crohn
- poliposis intestinal
- cáncer de colon, recto o ambos
- enterocolitis
- amebiasis fulminante.

Por último se mencionan las indicaciones para la colocación y permanencia de un drenaje de Penrose, los cuales se utilizan en forma terapéutica ante la presencia de material purulento o necrótico. En forma profiláctica, en postoperatorio, pueden insertarse para evacuar líquidos, lo que incluye aire o sangre de la herida o cavidad corporal. Los drenes pueden estimular un proceso de separación alrededor del sitio quirúrgico en el cual se puede

acumular el drenado subsecuente; además, estos intensifican la cicatrización de la herida por:

- a) eliminación del acumulo de líquidos
- b) obliteración de espacios muertos
- c) permitir la aposición de los tejidos
- d) prevención de la formación de hematomas o seromas
- e) prevención de la desvitalización del tejido o necrosis al margen de la herida
- f) minimizar las cicatrices.⁶⁵

3.1.7.3 Cuidados de enfermería.

Para dar una buena calidad de atención de enfermería todo paciente que va a ser ostomizado, las acciones de enfermería estarán encaminadas a proporcionarle un mayor bienestar físico y psíquico y una temprana recuperación. Para todo esto será preciso un control frecuente del paciente.

Estableciendo un plan de cuidados, se puede llevar a buen termino todos los objetivos que en un principio se trazan, ya que, mediante esta acción podemos cubrir distintos aspectos de la atención que se desea realizar.⁶⁶

⁶⁵ De Berry y Kohn. Técnicas de quirófano. Ed. Interamericana. 7ª. ed. México, D.F., 1992. p.231.

⁶⁶ Tejido M. Y Vargas M. El rol de enfermería frente a pacientes ostomizados. Ed. ROL. Barcelona, España, 1988. p. 35.

Para los cuidados preoperatorios es menester el conocimiento de la enfermedad, el tratamiento médico y quirúrgico, así como su evolución, esto ayudará a disminuir la angustia y el temor del futuro ostomizado. La comunicación con el paciente debe ser continua para poder detectar mejor sus necesidades y así nuestras acciones serán más rápidas y eficaces. Siempre que sea posible, y antes de la intervención, se le informará al paciente de que se le practicará un estoma.⁶⁷

Tanto el paciente, como sus familiares, precisarán de un apoyo especial y una conversación acerca de la enfermedad y el tratamiento, lo que contribuirá a que colaboren con su rápida recuperación en lugar de temerla. Una explicación adecuada por parte de enfermería hará que disminuya el nivel de angustia.⁶⁸

El paciente requiere de una preparación antibiótica y mecánica, y antes de iniciar la preparación se ha de valorar si se trata de un paciente con alto riesgo quirúrgico, cardiopata, diabético, neumopata, etc.⁶⁹

En la actualidad existen dos formas de preparar el intestino: se inicia tres días antes de la intervención con una dieta sin residuos. Se administran enemas de limpieza cada doce horas. Dos días antes, con la misma dieta y tratamiento, se

⁶⁷ Ibid. p. 29.

⁶⁸ Id.

⁶⁹ Ibidem. p. 33.

añaden senosidos A y B, X-prepTM, cada 12 horas. El día antes de la intervención se modifica la dieta por una líquida sin variar el tratamiento.

a) Se inicia el día antes de la intervención. Se administra al paciente, por vía oral, un litro de suero fisiológico y medio de manitol al 20%. La profilaxis antibiótica puede realizarse de dos formas:

1. Metronidazol 500 mg y Gentamicina 80 mg por vía intravenosa cada 8 horas. La primera dosis se inicia dos horas antes de la intervención hasta completar un total de seis, al igual que la sueroterapia.
2. Con Eritromicina base y Neomicina oral, que se administra el día de la intervención, a las 14, 16 y 24 horas.⁷⁰

Con estas medidas de profilaxis se evitan gran parte de las complicaciones postoperatorias, ya que el objetivo es la protección contra los gérmenes aerobios y anaerobios.⁷¹

La atención y cuidados de enfermería a todo paciente postoperado y que sale con un estoma evolucionan a medida que el enfermo consigue superar todos los problemas que surgen tras su intervención quirúrgica. El cuidado del estoma inicia en el quirófano con una bolsa receptora limpia y apropiada.⁷²

⁷⁰ Ibidem. p. 32.

⁷¹ Id.

⁷² Ibidem. p. 37.

Durante las primeras horas es vital una atención y vigilancia continua de:

- control de las constantes vitales
- de la permeabilidad y buen funcionamiento de los drenajes
- control de la herida o heridas operatorias
- coloración del estoma
- continuación del tratamiento prescrito

Cualquier alteración física se detectará por medio de las constantes vitales, el buen funcionamiento de los drenajes evita posibles infecciones en el postoperatorio.⁷³

3.1.8 Fiebre.

3.1.8.1 Definición.

La fiebre es una elevación anormal de la temperatura corporal debido a un trastorno del centro termorregulador hipotalámico. Aunque se dice que la temperatura normal es 37 °C, los límites máximos de la temperatura normal varían desde 37.2 °C a las 6 de la mañana hasta 37.7 °C a las 4 de la tarde. La fiebre es quizá el signo más antiguo y más universalmente conocido de enfermedad.⁷⁴

⁷³ Ibid. p. 63.

⁷⁴ Kurt J. Isselbacher, et al. Principios de medicina interna. Ed. Interamericana. 13ª. ed. México, D.F., 1994. Tomo I. P. 96.

3.1.8.2 Fisiopatología.

La fiebre se produce por un cambio en el nivel de ajuste del hipotálamo causado por las prostaglandinas, especialmente PGE₂, proceso que es mediado por citocinas. La auténtica fiebre puede deberse a la incapacidad corporal de perder suficiente calor, o a fármacos, infecciones, fenómenos inmunitarios, inflamación vascular o trombosis, infartos o traumatismos, enfermedades granulomatosas, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias o procesos metabólicos agudos.⁷⁵

Toxinas bacterianas, como la endotoxina, actúan sobre los monocitos, los macrófagos y las células endoteliales para producir interleucina 1 (IL-1), un polipéptido que también es conocido como pirógeno endógeno (PE). La IL-1 tienen efectos difusos en el cuerpo. Entra al cerebro y produce fiebre por un efecto directo sobre el área preóptica hipotalámica. También actúa sobre los linfocitos, activa al sistema inmunológico, estimula la liberación de neutrófilos de la médula ósea y produce proteólisis muscular, La fiebre que se produce por IL-1 parece resultar de la liberación de prostaglandinas locales. Además, el efecto antipirético del ácido acetil-salicílico se ejerce directamente sobre el hipotálamo e inhibiendo la síntesis de prostaglandinas.⁷⁶

⁷⁵ *Id.*

⁷⁶ *Ibidem.* p. 97.

El beneficio de la fiebre para el organismo es desconocido, aunque probablemente es benéfica de alguna manera porque ha surgido y persistido como respuesta a infecciones y otras enfermedades. La patogenia se resume en el cuadro 2.⁷⁷

3.1.9 Dolor.

3.1.9.1 Concepto.

El dolor es una sensación desagradable localizada en alguna parte del cuerpo. Cualquier dolor de intensidad moderada o leve se acompaña de ansiedad y de la necesidad de terminar o escapar de esa sensación. Estas propiedades ilustran las cualidades del dolor: es una sensación y una emoción. Cuando es agudo, el dolor se asocia de forma característica a excitación.⁷⁸

3.1.9.2 Fisiopatología.

Los receptores para el dolor, son las terminaciones nerviosas libres que se encuentran en todo el cuerpo. Los impulsos son transmitidos al sistema nervioso central por dos sistemas de fibras. Uno está compuesto de delgadas fibras mielinizadas A, de 2 a 5 μ de diámetro, que conducen a velocidades de 12 a 30 m/s; el otro consiste en fibras C no mielinizadas de 0.4 a 1.2 μ de

⁷⁷ Id.

⁷⁸ Ibidem. p. 118.

diámetro. Estas últimas se encuentran en la división lateral de las raíces dorsales y a menudo se les llama fibras C que conducen los impulsos a baja velocidad de 0.5 a 2 m/s. Ambos grupos, de fibras terminan en el asta dorsal, el primero termina sobre las neuronas en las láminas 1 y 5, en tanto que las fibras C de la raíz dorsal terminan en neuronas de la lámina 1 y 2. Algunos de los axones de las neuronas del asta dorsal terminan en la médula espinal y el tallo encefálico. Otras entran al sistema antero lateral, incluyendo al fascículo espinotalámico lateral. Algunas de las neuronas del sistema antero lateral se proyectan en los núcleos sensoriales específicos de relevo del talámo y de ahí a la circunvolución postrolándica. Sin embargo, muchos terminan en el sistema reticular, que se proyecta a los núcleos de proyección inespecíficos intralaminares y mediales del talámo y de ahí a diferentes partes de la corteza. Otras neuronas antero laterales terminan en el área gris periacueductal, un área que se sabe está relacionada con el dolor. Hay muchas pruebas de que la sustancia P, es el transmisor sináptico, secretado por las fibras aferentes primarias, que promueve la sensación del dolor.⁷⁹ El dolor de las estructuras viscerales es mal localizado, desagradable; se acompaña de náuseas y síntomas autonómicos. A menudo irradia o es transferido a otras regiones.⁸⁰

⁷⁹ Ibid. p. 119.

⁸⁰ Id.

Existen relativamente pocos receptores del dolor en las vísceras. Sin embargo, como caso todo el mundo sabe por experiencia propia, el dolor visceral puede ser muy intenso. Los receptores que se localizan en las paredes de las vísceras huecas son especialmente sensibles a la distensión.⁸¹

3.1.10 Edema.

3.1.10.1 Concepto.

El edema se define como un incremento en el volumen del líquido intersticial en cantidades anormalmente altas.⁸²

3.1.10.2 Fisiopatología.

En los tejidos activos, la presión capilar sube a menudo hasta el punto en que sobrepasa a la presión oncótica en toda la longitud capilar. Además, los metabolitos osmóticamente activos pueden acumularse temporalmente en el intersticio porque no pueden eliminarse tan rápidamente como se forman. Según el grado en que se acumulen, ejercen un efecto osmótico que disminuye el gradiente osmótico debido a la presión oncótica. La cantidad de líquido que abandona los capilares, por lo tanto, aumenta marcadamente, y la cantidad que cual se acumularía el líquido; pero haciendo ejercicio muscular.⁸³

⁸¹ Ibid. p. 120.

⁸² Ibid. p. 210.

⁸³ William F. Ganong. Fisiología médica. Ed. Manual Moderno. 14 a. ed. México, D.F., 1994. P. 511.

El líquido intersticial tiende a acumularse en las partes que penden, debido al efecto de la gravedad. En la posición de pie, los capilares de las piernas están protegidos de la alta presión arterial por las arteriolas, pero la elevada presión venosa es transmitida a ellos por las vénulas, las contracciones de los músculo esqueléticos mantienen la baja presión venosa al bombear la sangre hacia el corazón cuando el individuo camina; pero si está quieto por largos periodos, se acumula el líquido y finalmente aparece el edema. Los tobillos también se hinchan durante los viajes largos cuando los viajeros se sientan por periodos prolongados con sus pies en posición pendiente; aumenta, y de hecho aparece edema en las personas con periodos largos de cama, en pacientes de las unidades de cuidados intensivos es muy común este problema.⁸⁴

3.2 PROBLEMAS PSICOLOGICOS

3.2.1 Angustia.

3.2.1.1 Definición.

Del latín *angustus*, *angestura*=dificultad. Extraña desazón interior mezcla de miedo inconsciente, incertidumbre y desvalimiento que le acomete a uno en circunstancias que vive como amenazantes para sí mismo. La angustia se acompaña de molestias corporales. Inquietud motora, opresión torácica,

⁸⁴ Ibidem. p. 512.

palpitaciones, temblor, sequedad de boca, vómitos, diarrea, mareos, insomnio, sudoración profusa, etc. La angustia es transitoria y explosiva. Esta surge de la propia intimidad, vaga u obscuramente, como algo que pone en peligro la armazón del ser.⁸⁵

Según el psicoanálisis y la teoría del aprendizaje, la angustia sobreviene como una señal de alarma que anticipa un acontecimiento traumático. Entre los hallazgos psiconeuroendócrinos de la angustia merece destacarse una mayor concentración plasmática de cortisol que en sujetos normales.⁸⁶

Las concentraciones plasmáticas de catecolaminas se correlacionan más con la angustia que con la depresión; una mayor actividad beta y teta en el electroencefalograma; una menor variación contingente negativa y un mayor flujo sanguíneo cerebral. Actualmente se considera en general, como un estado de tensión que revela la posibilidad de un desastre inminente, como una señal de peligro que surge de la presión de actitudes internas inaceptables, que surgen de pronto con la conciencia o en forma de acción.⁸⁷

Aunque la angustia y el miedo tienen mucho en común, ya que ambos representan acciones de peligro, hay ciertas diferencias fundamentales.

⁸⁵ Vidal G. et al. Psiquiatría. Ed. Panamericana. Buenos Aires, Argentina, 1997. p. 72.

⁸⁶ *Ibidem*. p. 74.

⁸⁷ Harold J. Kaplan, et al. Compendio de psiquiatría. Ed. Salvat. 2ª. ed. México, D.F., 1994. p. 154.

Un estado de tensión coexiste cuando uno percibe una opinión desfavorable proveniente de una persona importante.⁸⁸

3.2.2 Depresión.

3.2.2.1 Definición.

La depresión rivaliza con la ansiedad como la categoría más importante y completa de la psicopatología. Es un síntoma psiconeurótico y es la característica sobresaliente de tres psicosis: psicosis maniaco-depresiva, melancolía involutiva y reacción psicótica de depresión. Aunque en otros padecimientos, la depresión. Aunque en otros padecimientos, la depresión por lo general desempeña una parte significativa de la sintomatología y un foco principal de esfuerzo terapéutico.⁸⁹

La depresión acompaña regularmente a la enfermedad orgánica grave y puede considerarse una respuesta normal a las desventuras de la vida. No obstante, así como la ansiedad patológica puede compararse con el medio realista, es útil comparar la depresión patológica con la depresión normal, la tristeza y la aflicción.⁹⁰

⁸⁸ Id.

⁸⁹ Kolb C. Laurence. Psiquiatría clínica. Ed. Manual Moderno. 4ª. ed. México, D.F., 1994. p. 345.

⁹⁰ Ibidem. p. 346.

La depresión ligera es manifiesta principalmente por una pérdida del interés agradable de los asuntos habituales de la vida. Se pierde la espontaneidad.⁹¹ Todo requiere de un esfuerzo extra y proporciona menos satisfacción que antes. Uno se siente enfermo orgánicamente pero tampoco se siente a gusto ni bien. La fatiga es excesiva. Las preocupaciones reales y los trastornos corporales ordinarios son prominentes en cognición, mientras que las memorias son alentadoras, las esperanzas son difíciles de tener presentes. Una persona con depresión ligera como la mencionada, hace su trabajo, se enfrenta a sus obligaciones y parece normal a sus conocidos. Sin embargo, para él y sus amigos íntimos, algo ha cambiado. En la depresión más intensa el paciente se halla francamente abatido. Por lo general está sombrío, desesperado, desvalido y carente de autoestima. Su raciocinio, verbalización y movimientos se hallan retardados. De los numerosos síntomas físicos, el insomnio es el más prominente. En las depresiones más intensas, los pacientes por lo general se despiertan más temprano sólo después del sueño necesario para atenuar su agotamiento. Esta vigilia solitaria en las horas de la madrugada son con frecuencia las horas de desesperación más profundas.⁹²

⁹¹ Howard H. Goldman. Psiquiatría clínica. Ed. Manual Moderno. 4ª. ed. México, D.F., 1994. p. 311.

⁹² Kolb C. Laurence. op. cit. p. 367.

3.2.2.2 Tipos de depresión.

Aunque la depresión ha sido reconocida como un síndrome clínico desde tiempos inmemoriales continúa todavía el debate de si es una entidad aislada bien definida de intensidad variable o una categoría mixta de trastornos cualitativos diferentes:

- depresión neurótica
- depresión psicótica⁹³

La diferencia entre depresión neurótica y la depresión psicótica es cuantitativa en el sentido de que ambas subyacen en el espacio sin distintivo preciso a la mitad. Sin embargo, desde el punto de vista de planeación de la terapéutica una neurosis, depresión ligera varía tanto de una psicosis depresiva intensa que es práctico en el pensar que las dos son diferentes cualitativamente.

El diagnóstico de la depresión es fácil cuando el paciente comprende que está abatido y habla libremente. La dificultad se presenta cuando los síntomas del paciente son fundamentalmente físicos o él es resistente.⁹⁴

Cuando una depresión se manifiesta principalmente por medio de síntomas orgánicos, los más frecuentes serán: dolor, insomnio, anorexia, fatigabilidad en exceso. Aunque la descripción por el paciente de sus síntomas pudiese

⁹³ Ibidem. p. 369.

⁹⁴ Id.

sugerir una enfermedad psiquiátrica, el indicio más seguro lo constituye la ausencia aparente de enfermedad orgánica. Un problema no resuelto en el diagnóstico de la depresión es el de la depresión enmascarada, depresión sonriente o equivalente depresivo. Los trastornos que puedan tratarse como depresiones con éxito aparecen disfrazados de quejas somáticas raras otros síndromes psiquiátricos.⁹⁵

3.2.3 Miedo.

En el uso común, el miedo y la ansiedad se diferencian con frecuencia en que el miedo es la respuesta a un peligro real y la ansiedad el resultado de causas obscuras irracionales. Esta diferencia es difícil de sostener consistentemente y tiene solamente un valor práctico limitado. El miedo es el estado emocional de alerta ante un peligro amenazante, caracterizado por un conocimiento intelectual de éste, y de control, cortical, con sensación psicológica solamente.⁹⁶ El miedo es un estallido intelectual de la propia ansiedad, y, por cualquier razón, cuando halla cualquier pérdida de contenido intelectual del miedo surgen nuevamente la ansiedad primitiva.⁹⁷

El miedo puede ser tratado por terapia comportamental, sea por extinción del

⁹⁵ Vidal G. et al. *op. cit.* p. 112.

⁹⁶ *Ibidem.* p. 115.

⁹⁷ Harold J. Kaplan, et al. *Op. cit.* p. 163.

estímulo, sea por modificación de las respuestas.

El miedo es la respuesta afectiva a un peligro extraño, real y actual, desaparece cuando se elimina la situación amenazadora ya sea porque el individuo la conquista o escapa de ella. El peligro más frecuente es la amenaza a la integridad física de la persona ya sea en forma de una enfermedad o de un ataque físico externo.⁹⁸

3.2.4 Ansiedad.

La ansiedad se puede definir como un estado emocional desagradable en el que hay sensación de peligro amenazador caracterizado por malestar, tensión o aprensión. Generalmente la causa es un problema intrapsíquico inconsistente o irreconocible y la ansiedad va acompañada por un patrón característico de descarga en el sistema nervioso simpático, implicando una tasa respiratoria alterada, un aumento del ritmo respiratorio, palidez, sequedad de boca, aumento del sudor y trastornos músculo esqueléticos, con un consecuente temblor y sensación de debilidad.⁹⁹

El pánico es una sensación extrema aguda e intensa, acompañada por la desorganización de la personalidad y de su funcionamiento. La ansiedad

⁹⁸ Ibidem. p. 178.

⁹⁹ Id.

flotante es el síntoma celular y clave de la neurosis. Consiste en una sensación de miedo que el paciente no puede asignar de forma lógica a una causa específica. En su búsqueda de la causa, los pacientes que sufren de ansiedad flotante tienen tendencia a relacionarse con algún contenido ideacional apropiado.¹⁰⁰

El trastorno de ansiedad generalizado es un estado neurótico basado primariamente en la ansiedad flotante.¹⁰¹

Se caracteriza por la irritabilidad, la expectativa ansiosa, conciencia atormentada y episodios de pánico.¹⁰²

La palpitación cardiaca, la dificultad para respirar, el vértigo, la náusea, la sequedad de boca, la diarrea, el comer en forma compulsiva, la frecuencia urinaria, las emisiones seminales, la visión borrosa, la debilidad física general y otras manifestaciones físicas, pueden aparecer de forma crónica como parte de la neurosis de ansiedad.¹⁰³

¹⁰⁰ Howard. H. Goldman. *op. cit.* p. 311.

¹⁰¹ *Id.*

¹⁰² *Ibidem* p. 113.

¹⁰³ *Ibidem*. p. 115.

4. METODOLOGIA DE TRABAJO.

4.1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

En este apartado se realiza la identificación de problemas y necesidades del paciente, desde el punto de vista de unidad bio-psico-social. El diagnóstico *per se*, se incluye en el plan de atención.

4.2 TIPO Y DISEÑO DEL PLAN DE ATENCION.

Es una investigación descriptiva, analítica y propositiva, ya que a partir de la información obtenida es posible establecer algunas medidas tendientes a solucionar algunos problemas del paciente. En cuanto al diseño, es parte de la identificación de los problemas del paciente para elaborar un diagnóstico de enfermería, el plan de atención, y la evaluación del mismo plan.

4.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.

4.3.1 La observación.

Mediante este instrumento fue posible detectar los problemas del paciente y así elaborar el diagnóstico de enfermería.

4.3.2 Las fichas de trabajo.

Permitieron ordenar y clasificar los datos obtenidos de las fuentes bibliográficas consultadas, para la elaboración del marco teórico.

4.3.3 La historia clínica de enfermería.

Es un valioso instrumento que permitió obtener datos muy importantes sobre sus antecedentes, hábitos higiénicos y alimenticios, factores condicionantes y de riesgo, así como de su padecimiento actual; del estado psicológico y social del paciente, para definir y jerarquizar sus problemas.

4.4 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

4.4.1 Ficha de identificación.

Nombre: F.A.R.

Edad: 47 años.

Sexo: masculino

Escolaridad: 6° año de primaria.

Estado civil: casado

Religión: Católica

Ocupación: Chofer de taxi.

Lugar de nacimiento: Zihuatanejo, Estado de Guerrero.

Lugar de Residencia: Zihuatanejo, Estado de Guerrero.

Fecha de ingreso: 23 Marzo de 1998.

No. de Cama: 205

Servicio: Gastroenterología.

Persona responsable: Elda Quiroz Figueroa. (Esposa).

4.4.2 Diagnóstico médico.

Carcinoma de páncreas, postoperado de Pancreatoduodenectomía (cirugía de Whipple).

4.4.3 Diagnóstico de enfermería.

Es un paciente masculino de la quinta década de la vida, de religión católica, escolaridad primaria completa, ocupación chofer de taxi, originario y residente de Zihuatanejo Guerrero; nivel socioeconómico bajo, habita en casa rentada de tipo suburbano que cuenta con el servicio de agua, drenaje y luz intradomiciliarios está construida de tabique y loza, tiene tres cuartos, una

sala, comedor, cocina, baño con W.C. y patio, iluminación adecuada con un foco en cada cuarto. Servicios extradomiciliarios de recolección de basura en carro recolector, pavimentación y drenaje. Hábitos higiénicos deficientes, aseo bucal ocasionalmente, no se asea las manos antes de comer o después de ir al baño, cambio de ropa cada tercer día. Hábitos dietéticos con ingesta elevada de grasas de origen animal, hidratos de carbono de mala calidad, refrescos, cerveza y café, así como un horario de comidas no bien establecido.

A la observación se encuentra postrado, inquieto, con temblor distal fino, catéter subclavio del lado derecho, drenaje de Penrose en el cuadrante superior derecho, herida quirúrgica en la línea media abdominal supra e infraumbilical; una colostomía en el cuadrante inferior izquierdo y una ileostomía del lado contralateral a la misma altura; de todos los drenajes, incluso de la herida quirúrgica sale secreción biliar en abundante cantidad, fétida; tiene también una sonda Foley a derivación de la cual drena orina en escasa cantidad y concentrada, tiene edema de miembros inferiores con signo de Godete positivo a tres cruces.

Emocionalmente con inquietud, angustiado, refiere miedo a morir y preocupación por su familia.

4.4.4. Objetivos del plan.

4.4.4.1 Objetivo general.

Planificar metodológicamente los cuidados necesarios que se le brindan a un paciente con carcinoma de páncreas postoperado de pancreatoduodenectomía (cirugía de Whipple), jerarquizando las necesidades, para otorgar un servicio de calidad.

4.4.4.2 Objetivos específicos.

- Identificar las manifestaciones clínicas en base al diagnóstico de enfermería.
- Fundamentar científicamente las acciones de enfermería que se le realicen a dicho paciente, y con esto tener una idea clara del efecto que puedan tener las acciones realizadas.
- Evaluar de forma concreta si las acciones realizadas son las adecuadas, y sino, retroalimentar el plan.
- Controlar el dolor por medio de acciones inmediatas para favorecer el bienestar del paciente.
- Disminuir la fiebre a rangos normales, para evitar complicaciones en diferentes sistemas como el nervioso.

- Disminuir el edema de las extremidades para favorecer la redistribución de los líquidos corporales, al espacio intravascular.
- Eliminar la infección de la herida quirúrgica coadyuvando con medidas locales como las curaciones frecuentes y cambios de apósitos para favorecer la cicatrización de la misma.
- Mantener los estomas presentes en el paciente con adecuada funcionalidad y limpieza, para evitar mayores complicaciones en el sistema digestivo.
- Capacitar al paciente en el manejo de los estomas para favorecer el autocuidado.
- Analizar los problemas de tipo emocional que manifiesta el paciente para realizar intervenciones que favorezcan la tranquilidad y aceptación de la enfermedad en el paciente, y el apoyo de la familia.

4.4.4.3 Acciones de enfermería.

PROBLEMA:

Dolor

MANIFESTACION:

El paciente refiere sensación de piquetes que le queman, en la herida quirúrgica que se encuentra en la región abdominal y debido a que esta infectada.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El dolor se define como una sensación desagradable localizada en alguna parte del cuerpo. El organismo posee un sistema nociceptivo que detecta las agresiones al cuerpo y las manifiesta en forma de dolor. Los receptores para el dolor se localizan en todo el cuerpo. Todo proceso inflamatorio e infeccioso estimula la liberación de mediadores citoquímicos tales como las prostaglandinas. Las prostaglandinas son polipéptidos que irritan a las terminaciones nerviosas.

ACCION DE ENFERMERIA:

Administración de medicamentos analgésicos del tipo de Ketorolaco (Dolac) y Tramadol (Tradol); cada 6 y 8 horas respectivamente, por vía intravenosa.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA DE LA ACCION:

Los analgésicos tienen la propiedad e inhibir las vías metabólicas de producción de prostaglandinas. Las prostaglandinas son sustancias mediadoras para la conducción del dolor. La vida media de los analgésicos es en promedio de 4 a doce horas. El dolor es una sensación desagradable y molesta pero que es un síntoma de lesión en los tejidos corporales.

EVALUACION:

Se consiguió el control del dolor y con ello que el paciente estuviera más tranquilo y pudiera descansar por las noches ya que antes no podía dormir por el dolor.

PROBLEMA:

Fiebre.

MANIFESTACION:

Elevación de la temperatura a 39 °C, registrada con un termómetro dos veces por turno, diaforesis, calofríos y malestar general; debido a que la herida quirúrgica se encuentra infectada.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La fiebre es una elevación anormal de la temperatura corporal debido a un trastorno en el centro termorregulador del hipotálamo. La fiebre generalmente es un signo de proceso infeccioso. La fiebre es una respuesta del organismo ante un estímulo nocivo. Cuando se encuentra en proceso infeccioso o inflamatorio se liberan sustancias citoquímicas como las prostaglandinas, las cuales estimulan la respuesta del centro termorregulador en el hipotálamo, así como vasodilatación para favorecer la pérdida de calor corporal y con esto mantener la temperatura corporal en rangos normales.

ACCION DE ENFERMERIA:

Aplicación de compresas de agua templada en la región frontal, axilar y abdominal. Administración de medicamentos antipiréticos del tipo del Paracetamol, a razón de un gramo, por vía oral, cada 6 horas.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA DE LA ACCION:

La aplicación de compresas con agua templada produce enfriamiento por conducción ya que el agua es un excelente enfriador. El sudor es un mecanismo de defensa del organismo para enfriar el cuerpo. El sudor está compuesto de agua y sales minerales. Los antipiréticos actúan inhibiendo las vías de producción de prostaglandinas las cuales son consideradas cininas que se encargan de estimular el sistema inmunológico para la producción de sustancias pirógenas que a su vez estimulan el hipotálamo para que organice la retención o pérdida de calor.

EVALUACION:

Con las compresas aplicadas en cuanto se detectó aumento en la temperatura se logro disminuir la temperatura y con la aplicación de Paracetamol se controlo la fiebre en rangos de 36.5 °C.

PROBLEMA:

Dehiscencia e infección de la herida quirúrgica que se encuentra en la región abdominal. Debido a mala nutrición y a que en la cirugía se hizo resección intestinal y se considera contaminada.

MANIFESTACION:

Manifestada por separación de los bordes, sangrado, dolor y presencia de secreción purulenta.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La dehiscencia quirúrgica suele presentarse entre los primeros 7 a 10 días de postoperatorio. La piel y las capas profundas son lesionadas intencionalmente durante la cirugía para tener acceso a la cavidad abdominal. En la cirugía abdominal cuando se realiza resección intestinal se considera contaminada ya que el intestino en cualquiera de sus porciones tiene flora bacteriana saprofita y que fuera de este se considera patógena. La pérdida de solución de continuidad de la piel la hace susceptible a infecciones. La desnutrición provoca inmunosupresión ya que no hay suficiente substrato proteico para la elaboración de inmunoglobulinas. Además, en un estado de desnutrición la cicatrización es retardada y de mala calidad.

ACCION DE ENFERMERIA:

Curación de la herida dos veces por turno con técnica aséptica utilizando isodine en solución, agua oxigenada y solución salina al 0.9%, cubriendo la herida con gasas, apósito estéril y colocando vendaje abdominal.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA DE LA ACCION:

La limpieza frecuente de la herida con soluciones antisépticas, evita la proliferación de microorganismos patógenos. El isodine es una solución bactericida que actúa lisando la pared bacteriana. El isodine provoca irritación de los tejidos si se deja en contacto por periodos prolongados. El agua oxigenada es una solución y que actúa como radical libre que busca combinarse con los citocromos de la bacteria logrando la oxidación y muerte de la misma. La solución de cloruro de sodio al 0.9% es una solución isosmótica y neutra que sirve para eliminar el exceso de isodine o agua oxigenada. El exceso de bacterias se elimina por arrastre con agua o soluciones. El material de curación debe ser completamente estéril para evitar sobreinfecciones. Una herida libre de infección, cicatriza en menos tiempo. Las heridas cubiertas, están aisladas del medio ambiente en el cual se encuentran múltiples agentes infecciosos.

PROBLEMA:

Colostomía, ileostomía y drenaje de Penrose.

MANIFESTACION:

Presencia de la porción proximal del colon descendente abierta hacia el exterior de la pared abdominal, en el cuadrante inferior izquierdo. Presencia del ileón proximal abierta hacia la pared abdominal, en el cuadrante inferior derecho. Presencia de tubo látex incrustado en la pared abdominal en la región de la fosa iliaca derecha, debido a que se realizó resección intestinal y anastomosis en los extremos terminales de las asas intestinales, también debido a que se necesita una vía de eliminación de las excretas y para permitir la cicatrización de la anastomosis.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA.

La colostomía es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal, abocandolo a la piel, con el objeto de crear una salida artificial para el contenido fecal. La resección de una porción del intestino, obliga a realizar una colostomía. La colostomía es permanente cuando no es posible restablecer la continuidad del intestino grueso. La ileostomía tiene el mismo principio que la colostomía, solo que la primera se realiza con el fin de permitir la cicatrización de la anastomosis realizada en la cirugía de Whipple.

El Penrose se deja con el fin de favorecer la cicatrización y evitar el acumulo de secreciones, formación de seromas o hematomas.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

Vigilar la coloración del estoma, observando que se mantenga de color rosado y brillante.

Vigilar las características de la piel que circunda al estoma, ya que la secreción intestinal es irritante para la piel y causa excoriación.

Observar las características del material que drenan los estomas que debe ser de color verde oscuro y olor sui generis en el caso de la ileostomía, en el caso de la colostomía, debe ser de características fecaloideas, no debe haber sangre o moco.

Irrigar los estomas para mantenerlos limpios y en el caso de la colostomía evitar que se acumule el material fecaloide y se infecte así como lograr un ritmo de evacuación.

Cambios de la bolsa recolectora para evitar infección.

En el Penrose cuantificar el gasto, y las características, deben ser de tipo seroso y con los días ir disminuyendo.

Orientación y apoyo emocional al paciente y familiares respecto a los cuidados del estoma para lograr la independencia de cuidados. Se debe

orientar sobre la higiene, dieta, cambio de bolsa, tipo de ropa, irrigaciones, trabajo, relaciones de pareja, etc.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA DE LA ACCION:

Los cambios de coloración en la mucosa intestinal son datos de isquemia del tejido. La isquemia de un tejido progresa a lesión y necrosis. Un tejido necrótico es fuente de infección. El uso de bolsas transparentes para estoma permiten observar la coloración de la misma. La materia fecal contiene sustancias químicas, enzimas, bacterias que lesionan la piel. La dermatitis periestomal es una complicación frecuente del paciente ostomizado sin la instrucción adecuada. Los adhesivos de las bolsas de colostomía contienen químicos que irritan la piel. La diarrea o estreñimiento son entidades patológicas que aparecen frecuentemente en los pacientes con estomas. Se entiende por diarrea el aumento en el número de deposiciones y disminución de la consistencia. El estreñimiento se define como aumento en la consistencia de las heces fecales. La diarrea tiene como etiología principal la infección por patógenos gramnegativos, la ingesta de medicamentos y el tipo de alimentos. En el estreñimiento, la causa principal es la falta de fibra y agua en la dieta.. La irrigación es el método de regulación de la actividad intestinal por medios mecánicos. La irrigación se realiza con el objeto de conseguir que el vertido

orientar sobre la higiene, dieta, cambio de bolsa, tipo de ropa, irrigaciones, trabajo, relaciones de pareja, etc.

FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LA ACCION:

Los cambios de coloración en la mucosa intestinal son datos de isquemia del tejido. La isquemia de un tejido progresa a lesión y necrosis. Un tejido necrótico es fuente de infección. El uso de bolsas transparentes para estoma permiten observar la coloración de la misma. La materia fecal contiene sustancias químicas, enzimas, bacterias que lesionan la piel. La dermatitis periestomal es una complicación frecuente del paciente ostomizado sin la instrucción adecuada. Los adhesivos de las bolsas de colostomía contienen químicos que irritan la piel. La diarrea o estreñimiento son entidades patológicas que aparecen frecuentemente en los pacientes con estomas. Se entiende por diarrea el aumento en el número de deposiciones y disminución de la consistencia. El estreñimiento se define como aumento en la consistencia de las heces fecales. La diarrea tiene como etiología principal la infección por patógenos gramnegativos, la ingesta de medicamentos y el tipo de alimentos. En el estreñimiento, la causa principal es la falta de fibra y agua en la dieta. La irrigación es el método de regulación de la actividad intestinal por medios mecánicos. La irrigación se realiza con el objeto de conseguir que el vertido

de las heces por la colostomía no sea continuo a lo largo del día y tratar de controlarlo a una sola vez por día, evitando la necesidad y dependencia de la bolsa recolectora. Las irrigaciones se realizan a una hora predeterminada para que el intestino se acostumbre a producir peristaltismo solo cuando se estimula con la irrigación. Las heces fecales contienen abundantes bacterias que pueden proliferar y causar infección. El cambio de la bolsa que contiene las heces provoca incomodidad y desagrado al paciente. Las bacterias presentes en las heces producen gases de olor desagradable. El paciente ostomizado precisa de completa información, así como de gran apoyo emocional. El miedo a una enfermedad maligna y a una operación se une al temor de no poder ser capaz de sobreponerse. La asistencia psicológica tiene como finalidad alentar al paciente a una pronta reintegración. La comunicación y el apoyo emocional, por parte del personal que lo atiende y de su familia le ayudará a motivarlo hacia una pronta recuperación y reintegración en su círculo familiar, social y laboral. El apoyo moral debe ser constante, sobre todo durante los primeros días y enfermería debe ayudar a que acepte el diagnóstico a través de la comunicación y conseguir que el paciente no se sienta solo, sino apoyado por todos.

EVALUACION:

El estoma se mantuvo siempre con adecuada coloración de la mucosa.

La piel siempre estuvo libre de irritación química por los jugos intestinales.

Se presentaron episodios de diarrea por el estoma, los cuales se atribuyeron a la ingesta de medicamentos, principalmente a los antibióticos.

Se logro el control de las evacuaciones por el estoma a una sola vez al día, por la mañana.

Se mantuvo al paciente con estomas libres de secreciones y materia fecal, logrando evitar el olor desagrado y proporcionando un ambiente confortable y limpio para el paciente.

El drenaje de Penrose se mantuvo libre de infección y la cantidad de secreción fue disminuyendo hasta que se logró el retiro del drenaje.

El paciente se notó con más confianza sin ayuda, incluso se logró que él mismo se realizara una irrigación y cambio de bolsa, sin ayuda.

PROBLEMA.

Edema de extremidades superiores e inferiores, debido a la inmovilización prolongada y mal manejo de los líquidos por el sistema urinario.

MANIFESTACION:

Aumento de volumen en las cuatro extremidades, con piel lisa y brillante; a la digitopresión se deja una fovea.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El edema es la acumulación de líquido en el espacio intersticial y es la manifestación de múltiples afecciones principalmente cardíacas y renales. El edema de miembros pélvicos también es debido a retorno venoso insuficiente y a periodos prolongados de inmovilización. El edema es producido por un desequilibrio entre la presión oncótica e hidrostática.

ACCION DE ENFERMERIA:

Colocación de vendaje compresivo en espiga de manera ascendente en las cuatro extremidades

Elevación de los miembros a por lo menos 30° por arriba del resto del cuerpo.

Movilización en cama con ejercicios de flexión y extensión de las cuatro extremidades por lo menos quince minutos cada cuatro horas.

Aplicación de diuréticos del tipo de la Furosemida a razón de 20 mg cada 12 horas.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES:

Las vendas son un material elástico que ofrece compresión en el lugar donde se colocan. Los vendajes compresivos hacen el trabajo de bomba que normalmente realizan los músculos de las extremidades, para impulsar la sangre hacia el corazón y que no exista estasis sanguínea y con ello ~~desequilibrio~~ entre la presión hidrostática y coloidosmótica dando como consecuencia que el líquido intravascular se salga hacia el espacio intersticial apareciendo edema. Los líquidos fluyen a favor de la gravedad por lo que la elevación de las extremidades favorece que el líquido secuestrado en el espacio intersticial se pase al compartimento vascular. El movimiento se logra mediante el uso de los músculos, los cuales tienen un efecto de bomba frente a los vasos sanguíneos, lo cual provoca que la sangre fluya hacia el corazón.

EVALUACION:

Se logro la desaparición del edema en aproximadamente diez días.

PROBLEMA:

Angustia, depresión, miedo y ansiedad, debido a lo incierto de su pronóstico y a las secuelas que pudiera tener, miedo debido al peligro de muerte y ansiedad como consecuencia de lo anterior.

MANIFESTACION:

Inquietud, taquicardia, sensación de vacío, manos sudorosas, insomnio, dificultad para hilar ideas, ideación catastrófica y pesimista.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La angustia es definida como una extraña desazón interna, mezcla de miedo inconsciente, incertidumbre y desvalimiento que se vive en situaciones amenazantes. La depresión es un síntoma psiconeurótico que caracteriza a la psicosis. El miedo es una respuesta a un peligro real del cual ya se tiene un conocimiento previo. La ansiedad se define como un estado emocional desagradable en el cual hay sensación de peligro amenazador. La angustia se manifiesta por síntomas neurovegetativos. La depresión se caracteriza por una pérdida del interés agradable de los asuntos habituales de la vida. El miedo se caracteriza por irritabilidad, la expectativa ansiosa, conciencia atormentada y episodio de pánico. La ansiedad va siempre acompañada de un patrón de descarga simpática.

ACCION DE ENFERMERIA:

Conocer la(s) situación(es) que provocan la angustia, depresión, miedo y ansiedad del paciente por medio de la comunicación abierta con él.

Dar la información u orientación que resuelva las dudas y temores que tiene el paciente.

Facilitar a los familiares mayor tiempo de estancia con el paciente.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA DE LA ACCION:

La comunicación favorece la relación enfermera(o)-paciente. Una buena relación enfermera(o)-paciente, da confianza y seguridad al enfermo. La comunicación con el paciente nos permite conocer sus inquietudes, temores, dudas, etc. La angustia y el miedo desaparecen cuando se tienen el conocimiento de la situación que lo está produciendo. Eliminar la incertidumbre, favorece que desaparezca la ansiedad. Las buenas relaciones familiares y la cercanía le dan confianza y seguridad al enfermo. Permitir la estancia prolongada de los familiares, permite a ambos comenzar a integrarse a su nueva vida.

EVALUACION:

Disminuyó la angustia y la depresión, se le ayudó a aceptar la muerte como un proceso natural del ciclo vital del hombre y terminó por aceptarlo con lo cual

5. VALORACION DE LA METODOLOGIA DE TRABAJO.

Sabemos que la valoración es un método organizado de obtener y analizar los datos en relación al estado fisiológico, psicológico y social del paciente.

5.1 DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de enfermería fue el adecuado ya que se tomaron en cuenta todos los aspectos de la problemática del paciente, la valoración en forma directa, indirecta; se obtuvieron resultados positivos, lo que nos permite comprobar lo efectivo que es diagnóstico de enfermería.

5.2 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

Puesto que el plan de atención es una estructura sistemática que trata de cubrir las necesidades del paciente a través de una secuencia ordenada de actividades por lo que se deduce que este mismo logró cubrir las necesidades del paciente, ya que los problemas biológicos, psicológicos y sociales, detectados en el paciente, fueron solucionados en su gran mayoría; dio como resultado ~~via la~~ herida quirúrgica, que estaba abierta e infectada remitiera su infección y se favoreciera la cicatrización.

Los drenajes que le dejaron, como la colostomía y la ileostomía, aprendió su manejo, con lo cual se fomentó el autocuidado y la independencia. La fiebre que estaba en 39 °C se logró controlar en 36-37°C. Hubo también, buen control del dolor, con lo que disminuyó la angustia.

El edema de las extremidades se redujo y casi desapareció en las cuatro extremidades.

La angustia se terminó en cuanto el paciente supo manejar sus drenajes, se controló el dolor y conforme se dio toda la información para aclarar dudas.

La depresión mejoró mucho en cuanto se le informó que sus familiares estaban al pendiente de su evolución y que se les permitió un mayor tiempo de visita.

El miedo aún persistió aunque ya no fue tan obsesivo, de tal forma que le provocara angustia, ya que empezaba a tomar la muerte como un proceso natural pero que no dejaba de ser desconocida.

La ansiedad, también casi desapareció, toda vez que él quería estar completamente sano.

Por último, cabe señalar que no iba a ser posible reincorporarlo a su empleo inmediatamente sino a largo plazo ya que tenía que reposar y continuar con sus revisiones periódicas, pero una vez que se platicó con los familiares y se

les comentó la importancia del apoyo a su paciente, llegaron al acuerdo de, aportar cada quién una cantidad para la manutención del mismo.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

6. CUIDADOS EN EL HOGAR.

El carcinoma de páncreas es un padecimiento incurable y altamente mortal, ya que su diagnóstico se logra cuando el padecimiento se encuentra ya muy avanzado, debido a la inespecificidad de sus signos y síntomas.

Por otro lado, las alternativas terapéuticas son netamente paliativas y muy traumáticas dando al paciente una esperanza de vida de apenas uno o dos años.

Debido a esto, las medidas de rehabilitación para un paciente con carcinoma pancreático que ya ha sido intervenido quirúrgicamente se inicia en el hospital y se continúa en el hogar, comprendiendo las siguientes medidas necesarias para que el paciente lleve una vida lo más normal posible dentro de sus posibilidades.

Uno de los principales problemas a los que se enfrentará el paciente en su hogar es, a los estomas, por lo cual se le indicará el tipo de dieta a llevar, la cual consistirá en alimentos preparados los más higiénicamente posible, con poca fibra, sin grasas ni irritantes y un horario bien establecido. La forma de irrigar los estomas es muy importante, el cambio de dispositivo, la limpieza del mismo, el tipo de ropa que puede utilizar la cual deberá ser holgada; se le enseñará a identificar los signos de disfunción del estoma, como ausencia de

heces fecales, diarrea, irritación, eventración, etc. Continuar con la administración de los medicamentos dentro del horario prescrito.

Continuar con la vigilancia, médico-familiar para que se valore la evolución de su padecimiento.

Satisfacer, las necesidades de descanso y sueño durante su convalecencia.

Llevar a cabo medidas higiénicas personales como el baño y el lavado de dientes diario, como procedimiento no sólo preventivo, sino estético.

6.1 PROMOCION A LA SALUD.

En cuanto al aspecto de la promoción de la salud, del grupo interdisciplinario, la enfermería es quién tiene una mayor participación, y quienes deben de observar las siguientes medidas:

- Educación para la salud sobre hábitos dietéticos
- Educación para la salud sobre daños y riesgos del alcohol
- Vigilancia médica regular.
- Resaltar la importancia que tiene el establecer un horario regular para las comidas.
- Orientar sobre los riesgos laborales.

6.2 MEDIDAS DE PREVENCIÓN ESPECÍFICA AL PÚBLICO, AL PACIENTE Y A LA FAMILIA.

Respecto a las medidas de protección específica no hay mucho que hacer, debido a lo imprevisible del padecimiento, aunque sí se podría:

- Orientar a la gente sobre factores predisponentes para el cáncer en general.
 - Realizarse revisiones médicas periódicas.
-

7. CONCLUSIONES.

Después de realizar el estudio clínico, el plan de atención de enfermería y la evaluación, se concluye:

- En el estudio clínico se cumplió adecuadamente el objetivo general ya que se logró dar atención de calidad al paciente junto con su familia, teniendo como parámetro de evaluación, únicamente, la mejoría del paciente y la satisfacción de la familia con la calidad de atención otorgada.
- Los objetivos específicos fueron cubiertos al 100%, pues con el conocimiento previo de la historia natural de la enfermedad, se pudo conocer los problemas y necesidades potenciales y reales, y así otorgar los cuidados específicos en el área biológica, psicológica y social.
- El diagnóstico de enfermería fue el adecuado y gracias a la observación directa hacia el paciente, se obtuvo un panorama más amplio para detectar problemas y necesidades que surgieron durante su estancia en el hospital. La interacción y amplia comunicación que se tuvo con los familiares, también fue un factor determinante para que el plan fuera más acertado.

- En cuanto a la esfera socioeconómica no se pudo reincorporar a su trabajo ya que tenía que continuar con reposo en casa y revisiones periódicas en el hospital y esto no le permitiría trabajar.
- El logro más significativo del plan, fue haber podido penetrar en el ambiente familiar del paciente, lo cual deja como enseñanza que cuando se conoce bien una enfermedad y el entorno que rodea al enfermo, los cuidados pueden ser más específicos y mejor llevados a cabo de acuerdo a las verdaderas necesidades del paciente.
- Se encontró como única limitante la residencia del paciente, para llevar un buen seguimiento y así continuar evaluando y retroalimentando los cuidados de enfermería.
- Lo que este estudio aporta al campo de la enfermería es el de comprobar una vez más, que los cuidados de enfermería bien planeados y llevados a cabo metodológicamente, así como cuando se individualizan, se proporciona al paciente una mayor calidad de atención, favoreciendo así su pronta recuperación y egreso del hospital para nuevamente insertarlo a su cotidianeidad.

8. GLOSARIO DE TERMINOS.

ACELERADOR LINEAL: Artefacto de uso en radioterapia y que tiene como mecanismo aumentar la velocidad con la que viajan los protones para que penetren los rayos a los tejidos.

ACINOS: Masas de células pancreáticas que secretan enzimas digestivas.

ACOLIA: Ausencia de pigmento estercobilinógeno en las heces, debido principalmente a procesos obstructivos de la vía biliar.

ADENOCARCINOMA: Tumor maligno de origen glandular.

ADOSAMIENTO: Se refiere a cuando un órgano es contiguo a otro. Están unidos íntimamente.

AMILASA: Enzima que se encarga de la degradación química de los azúcares. Existe hasta ahora la amilasa salival y amilasa pancreática.

ANAFILAXIA: Reacción de hipersensibilidad (alergia) en que los anticuerpos IgE se unen a las células cebadas y basófilos, y hacen que éstos produzcan las sustancias mediadoras de la reacción (histamina y prostaglandinas) ejemplos de este tipo de reacciones: serían la fiebre del heno, el asma bronquial, la urticaria, etc.

ANASTOMOSIS: Unión termino terminal de vasos sanguíneos, linfáticos, nervios o intestinos.

ANOREXIA: Trastorno caracterizado por disminución del apetito y hábitos alimenticios anormales.

ANTICUERPOS: Sustancia producida por ciertas células en presencia de un antígeno específico y que se combina con éste para neutralizarlo, inhibirlo o destruirlo.

ANTIGENO: Cualquier sustancia cuya presencia en los tejidos o sangre induce la formación de anticuerpos o que reacciona con ellos.

ANTIGENO CARBOHIDRATO: Nuevo marcador tumoral que aún esta en estudio y que se produce y libera en presencia de tumores pancreáticos.

ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST): Es una enzima que se localiza en el citoplasma y en la mitocondria de las células, son producto de un proceso de transaminación, que se liberan en procesos patológicos principalmente hepáticos obstructivos y de necrosis hística.

ATROFIA: Emaciación o disminución en el tamaño de una parte a causa de su funcionamiento deficiente, anormalidades de la nutrición o falta de uso (desuso).

BIFURCADO: Punto en que una estructura se divide en dos ramas.

CARBOXILPEPTIDASA: Es una enzima proteolítica que actúa sobre los péptidos y rompe enlaces péptidicos que unen al aminoácido terminal con el grupo carboxilo del péptido.

CENTIGREY (cGy): Unidad de medida para las radiaciones. Un centígrey equivale a 1000 rads.

CETOGENESIS: Es la formación de cuerpos cetónicos a partir de las grasas, usando las vías metabólicas alternas.

CICLOFOSFAMIDA: Agente quimioterápico del grupo de los alquilantes y cuya función consiste en inhibir la síntesis de ADN.

COADYUVANTE: Tipo de tratamiento simultáneo con quimioterapia y radioterapia, que se aplica algunos cánceres.

COLANGIOPANCREATOGRAFIA: Estudio invasivo endoscópico utilizado ampliamente en el diagnóstico directo de alteraciones del páncreas y la vía biliar.

COLELITIASIS: Presencia de cálculos en el conducto colédoco.

COLURIA: Orina excesivamente pigmentada con urobilirruginato y que da la apariencia de "refresco de cola".

COURVOISIER, SIGNO DE: Es la palpación de una vesícula biliar francamente agrandada, en el hipocondrio derecho.

DEHISCENCIA: Es la desunión de los bordes de una herida quirúrgica que abarca la vaina aponeurótica anterior y capas más profundas.

ECBOLICA: Secreción de origen pancreático que esta compuesta principalmente de enzimas digestivas en forma de zimógenos.

ENZIMA: Sustancia que afecta la velocidad de las reacciones químicas, catalizador orgánico, por lo general una proteína.

ESFINTER: Músculo circular que ocluye un orificio.

ESTEATORREA: Es la presencia excesiva de grasa en las heces fecales, principalmente en presencia de alteraciones de la absorción.

EXOCRINO, PANCREAS: Porción pancreática que se encarga de secretar las enzimas digestivas al intestino y que está compuesto de acinos.

FISTULA: Es una comunicación anormal entre dos superficies cubiertas por epitelio.

5-FLUOROURACILO: Agente antineoplásico del grupo de las antimetabolitos derivados de la pirimidina. Su mecanismo de acción es inhibir la síntesis de DNA por la interrupción de la formación de timidilato.

FOSFATASA ALCALINA: Son enzimas que catalizan la hidrólisis de los fosfomonoésteres, dando lugar a la liberación del fósforo inorgánico.

FRIABLE: Que se desmenuza fácilmente.

GALACTOSILTRANSFERASA: Isoenzima que se utiliza como marcador tumoral del carcinoma de páncreas.

GLUCAGON: Hormona pancreática que aumenta la concentración sanguínea de glucosa.

GLUCOGENESIS: Combinación de muchas moléculas de glucosa para formar una de glucógeno.

HEMATEMESIS: Es el vómito de sangre digerida, negruzca, "en pozos de café".

HIBRIDOMA: Células resultantes de cruza experimentales de células B linfocíticas y células tumorales.

HIDROLATICA: Secreción pancreática constituida principalmente por bicarbonato y agua.

HILIO: Área o depresión por la que entran y salen los vasos, nervios, linfáticos de un órgano.

HIPERBILIRRUBINEMIA: Aumento sanguíneo de bilirrubinas totales por arriba de 2 mg/100 ml, se encuentra principalmente en las hepatopatías.

ICTERICIA: Padecimiento que se caracteriza por el color amarillento de la piel, córnea, mucosas y líquidos corporales.

INSULINA: Hormona pancreática que disminuye la concentración de glucosa en la sangre.

IRRADIACION: Es la aplicación de energía radioactiva a través de un rayo hacia algún tejido específico.

ISLOTE: Grupo de células endócrinas del páncreas que secretan hormonas.

ISOENZIMA: Son formas moleculares múltiples de una enzima que pueden separarse por métodos físicos y químicos.

ISTMO: Tira angosta de tejido o conducto angosto que conecta dos partes de mayor tamaño.

JUGO PANCREATICO: Es un líquido transparente e incoloro que consiste principalmente en agua, algunas sales, bicarbonato de sodio y enzimas.

LACTATO DESHIDROGENASA: Es una enzima de origen múltiple: hepático, muscular esquelético, eritrocitos. Cataliza reversiblemente la conversión del ácido pirúvico en presencia de nicotinamida dinucleótido (NAD).

LIPASA: Enzima que participa en la degradación de las grasas.

MARCADOR TUMORAL: Sustancia principalmente de origen proteico que se secreta exclusivamente cuando hay procesos neoplásicos.

MELENA: Evacuaciones negruzcas debido a sangrado del tubo digestivo.

MESENTERIO: Repliegue del peritoneo que une al intestino delgado con la pared abdominal posterior.

MESOCOLON: Repliegue del peritoneo que une al colon con la pared abdominal posterior.

METASTASIS: La aparición de focos de una enfermedad en órganos o partes situados lejos de su origen.

METROTEXATO: Agente antitumoral del grupo de los antimetabolitos, tiene su actividad en la fase S de la división celular.

MIELOPROLIFERATIVO: Entidad en la que se encuentra alterada la producción de células mieloides como los eritrocitos.

MINISTRACION: Suministrar algo a alguien.

MITOMICINA: Antibiótico antitumoral ampliamente usado en tumores del sistema digestivo. Se activa en el interior de la célula y produce enlaces cruzados de DNA.

MONOCLONAL: Relativo a los anticuerpos que provienen de una sola célula y que actúan contra un solo antígeno.

OLIGURIA: Es la disminución de la cantidad de orina en las 24 horas del día y es menor de 400 ml.

PANCREATODUODENECTOMIA: Ver texto.

PEPSINA: Enzima proteolítica secretada por las células cimógenas o principales del estómago en su forma inactiva.

PEPSINOGENO: Es la forma inactiva de la pepsina, el pepsinógeno junto con el ácido clorhídrico se convierte en pepsina activa.

POLIPEPTIDO PANCREATICO: Hormona secretada por las células D del páncreas y de acciones poco conocidas.

PROTEOLITICO: Enzima que degrada proteínas.

PRURITO: Escozor, picazón, comezón.

QUIMOTRIPSINA: Enzima que degrada proteínas en péptidos.

SOMATOSTATINA: Hormona secretada en las células F del páncreas y en el hipotálamo. Se piensa que tiene acciones principalmente de inhibición.

SUSTRATO: Sustancia con la que reacciona una enzima.

TREITZ, LAMINA: Repliegue de peritoneo que forma una placa cuadrada y que anatómicamente divide al tubo digestivo en alto y bajo.

TUBERCULO: Protuberancia o abultamiento de algún tejido.

VINCRISTINA: Antineoplásico derivado de la planta *Vinca pervinca* y que es un alcaloide, tiene su acción en la fase F de la replicación celular.

Whipple: Ver texto.

9. ANEXOS Y APENDICES.

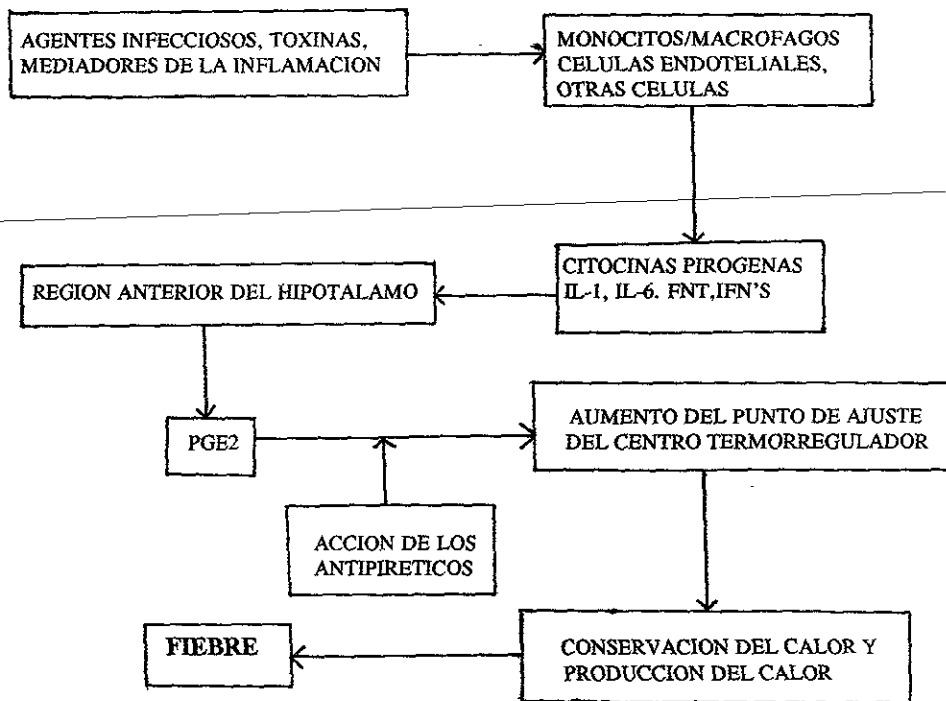
- ANEXO No. 1:..... ENZIMAS PANCREATICAS.
- ANEXO No. 2:..... FISIOPATOLOGIA DE LA FIEBRE.
- ANEXO No. 3:..... PANCREAS Y SUS RELACIONES ANATOMICAS.
- ANEXO No. 4:..... ACINO PANCREATICO.
- ANEXO No. 5:..... CARCINOMA DE PANCREAS.
- ANEXO No. 6:..... RESECCION PANCREATODUODENAL EN
CARCINOMA DE PANCREAS.
- ANEXO No. 7:..... AREA DUODENAL CON CARCINOMA DE
PANCREAS EXTIRPADO.
- ANEXO No. 8:..... EXTIRPACION DE DUODENO Y CABEZA DE
PANCREAS CON CARCINOMA.
- ANEXO No. 9:..... VISTA ANATOMICA DE
PANCREATODUODENECTOMIA.
- APENDICE No. 1:..... HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD,
CARCINOMA DE PANCREAS.
- APENDICE No. 2:..... HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

CUADRO No. 1
ENZIMAS PANCREÁTICAS

ENZIMA	ACTIVADOR	SUBSTRATO	FUNCION
TRIPSINA (TRIPSINOGENO)	ENTEROPEPTIDASA	PROTEINAS Y POLIPEPTIDOS	ROMPE ENLACES CERCANOS A LA ARGININA Y LISINA
QUIMOTRIPSINAS (QUIMOTRIPSINOGENO)	TRIPSINA	PROTEINAS Y POLIPEPTIDOS	ROMPE ENLACES CERCANOS A AMINOACIDOS AROMATICOS
ELASTASA (PROELASTASA)	TRIPSINA	ELASTINA, ALGUNAS OTRAS PROTEINAS	ROMPE ENLACES CERCANOS A AMINOACIDOS ALIFATICOS
CARBOXIPEPTIDASA A (PROCARBOXIPEPTIDASA A)	TRIPSINA	PROTEINAS Y POLIPEPTIDOS	SEPARA CARBOXIAMINOACIDOS TERMINALES CON CADENAS LATERALES O ALFATICAS RAMIFICADAS
CARBOXIPEPTIDASA B (PROCARBOXIPEPTIDASA B)	TRIPSINA	PROTEINAS Y POLIPEPTIDOS	SEPARA AMINOACIDOS TERMINALES CON CADENAS LATERALES BASICAS
COLIPASA (PROCOLIPASA)	TRIPSINA	GOTAS DE GRASA	UNE SALES BILIARES, TRIGLICERIDOS, AGUA, HACIENDO ANCLA PARA LA LIPASA
HIDROLASA DE ESTERES DE COLESTERIL	*****	ESTERES DE COLESTERIL	COLESTEROL
ALFA-AMILASA PANCREATICA	CLORO	ALMIDON	HIDROLISA ENLACES ALFA 1,6 MALTOTRIOSA Y MALTOSA
RIBONUCLEASA	*****	RNA	NUCLEOTIDOS
DESOXIRIBONUCLEASA	*****	DNA	NUCLEOTIDOS
FOSFOLIPASA A ₂ (PROFOSFOLIPASA)	TRIPSINA	FOSFOLIPIDOS	ACIDOS GRASOS, LISOFOSFOLIPIDOS

FUENTE: William Ganong. Fisiología Médica. p. 234.

CUADRO NO. 2
FISIOPATOLOGIA DE LA FIEBRE.



(Tomado de: Principios de Medicina Interna. Kurt I. Isselbacher, et al. p.96)

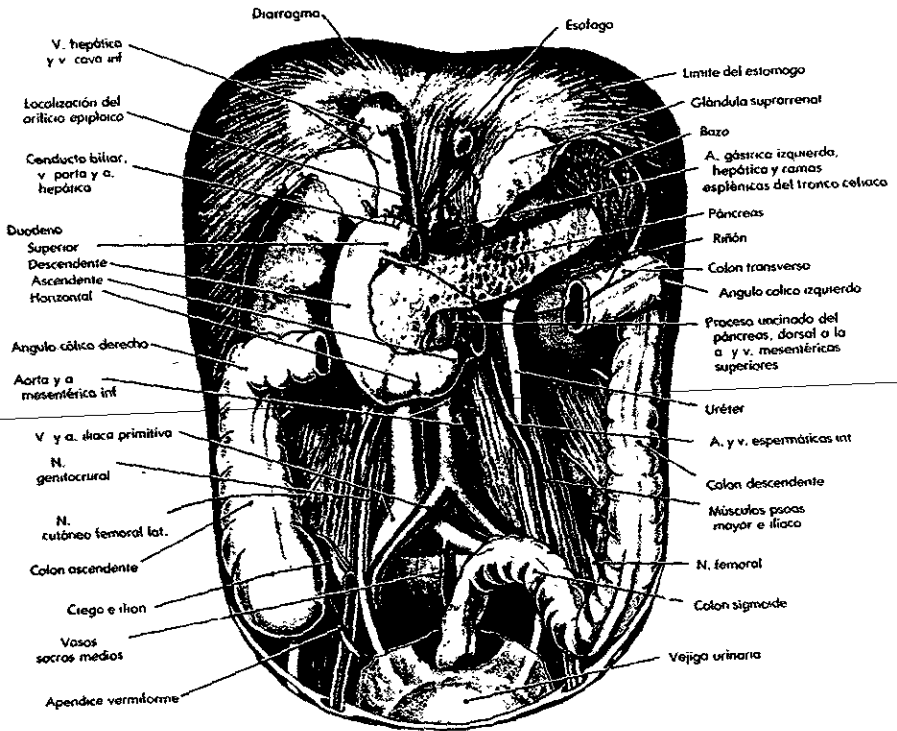


FIG. 1. Páncreas y sus relaciones anatómicas. (Tomado de Anatomía Humana Funcional. Rogers C. Crafts. p. 284).

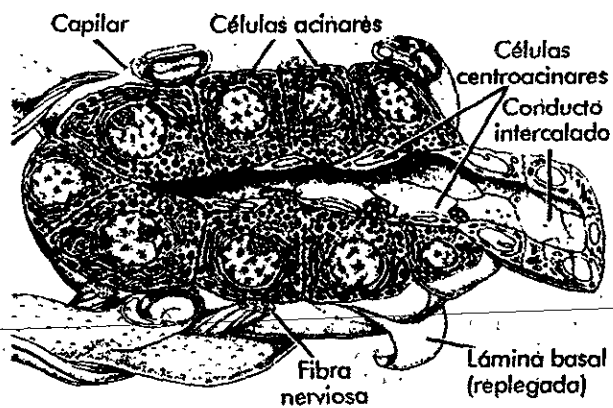


FIG. 2. Acino pancreàtico. (Tomado de Histología de Ham. David C. Cormack.
p. 345).

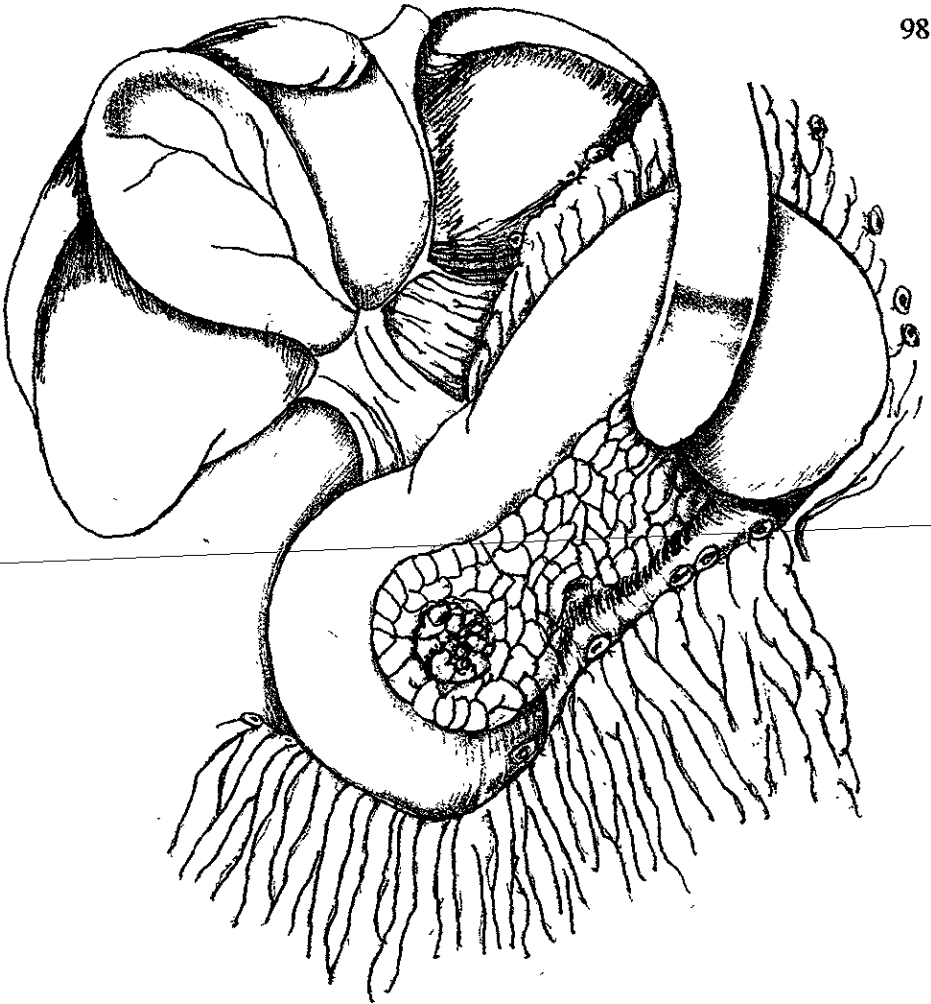


FIG. 3. Carcinoma de páncreas. (Tomado de Gastroenterología Clínica.
Howard M. Spiro. p. 548).

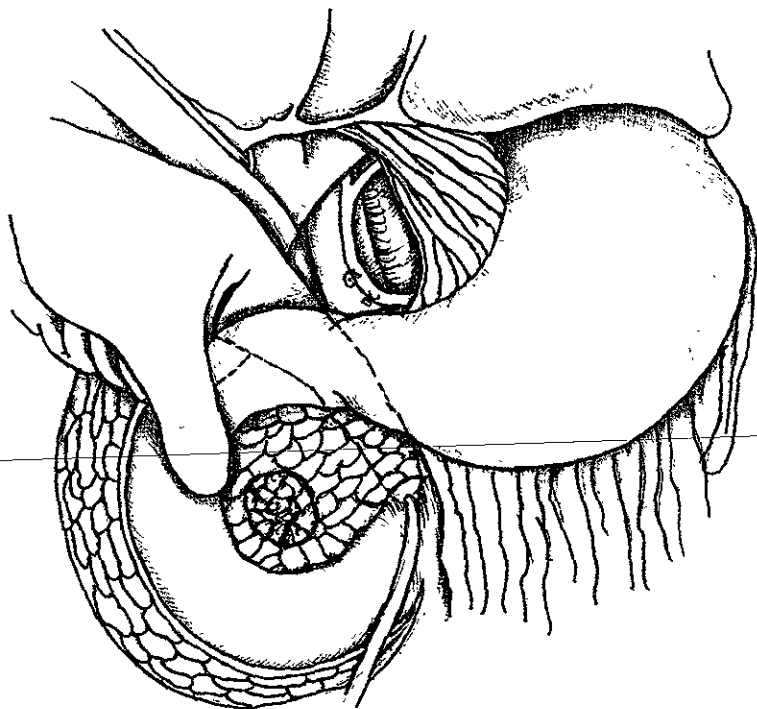


FIG. 4. Resección pancreatoduodenal en carcinoma de páncreas. (Tomado de Howard M. Spiro. p. 549).

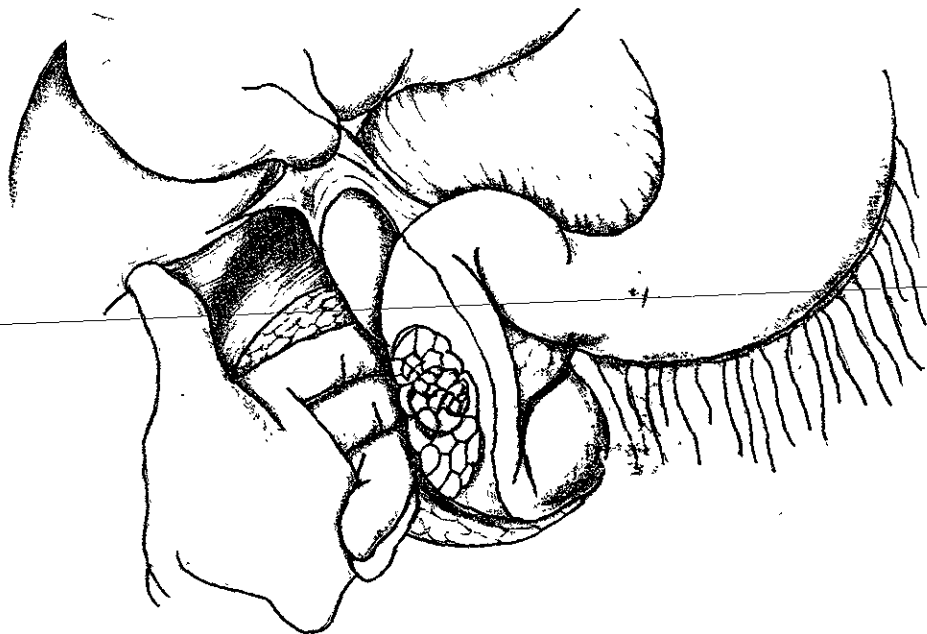


FIG.5. Area duodenal con carcinoma de páncreas estirpado. (Tomado de Howard M. Spiro.p. 550).

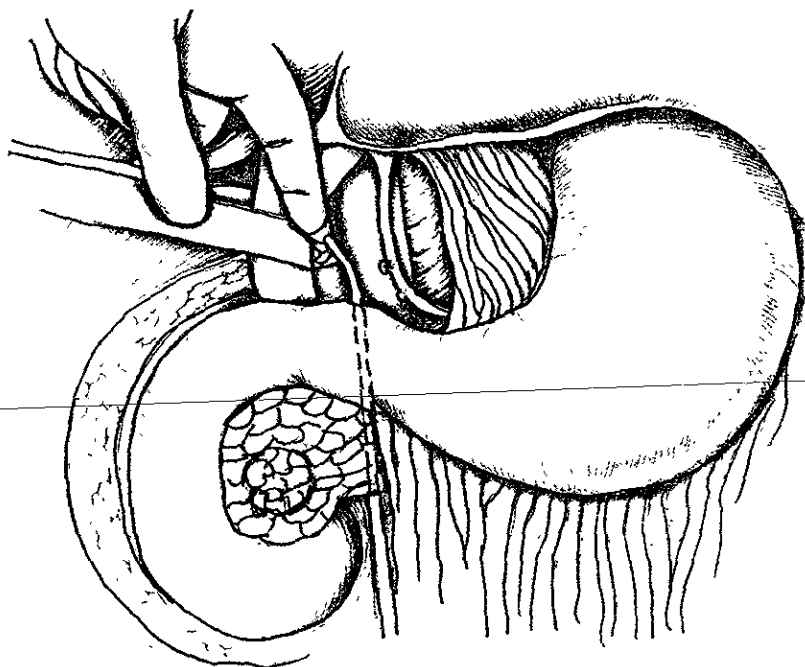


FIG. 6. Extirpación de duodeno y cabeza de pancreas con carcinoma.
(Tomado de Howard M. Spiro, p. 551).

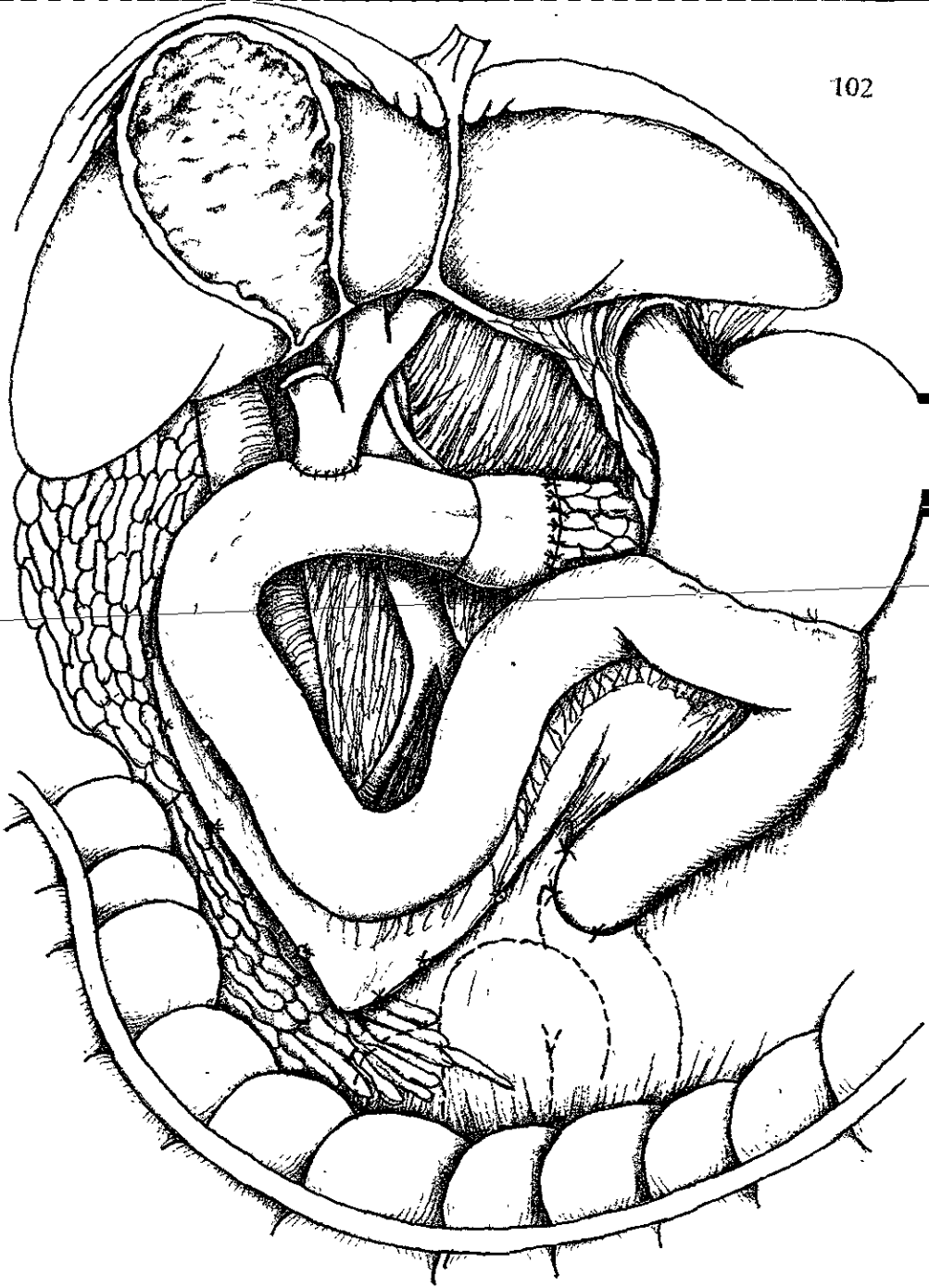
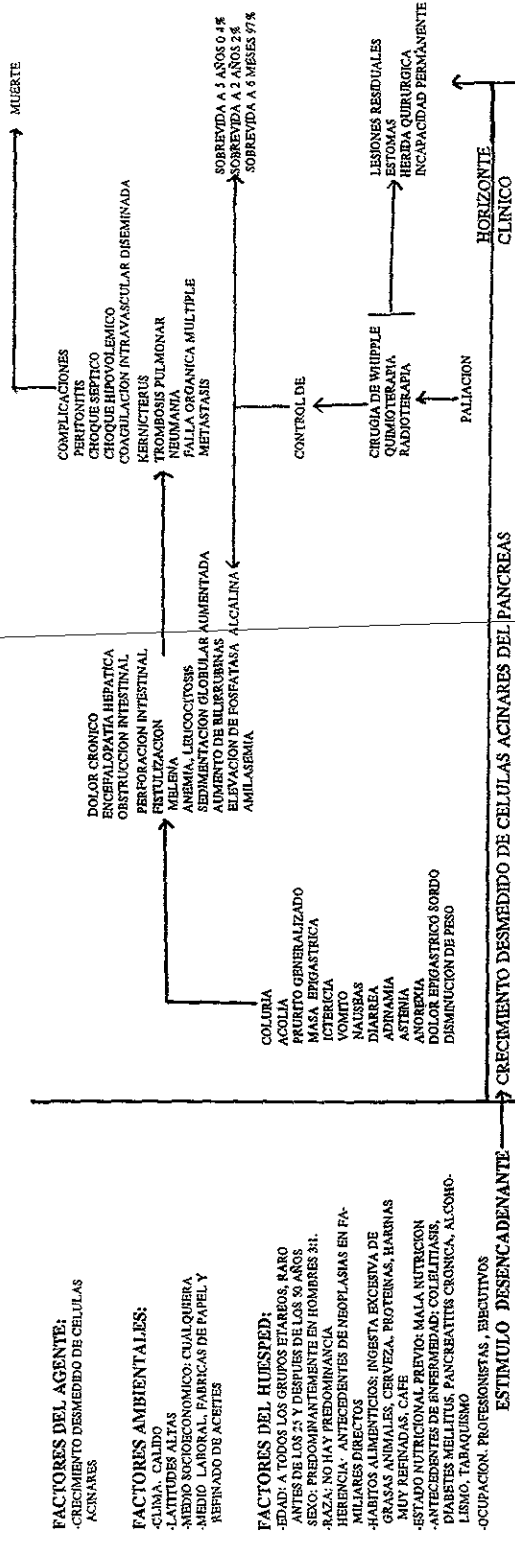


FIG. 7. Vista anatómica de pancreatoduodenectomía. (Tomada de Howard M. Spiro. p. 552).

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD CARCINOMA DE PANCREAS



N I V. D E P R E V E N.	PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO		REHABILITACION
	PROTECCION PRIMARIA	PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO TEMPRANO	TRATAMIENTO OPORTUNO	
	PROMOCION A LA SALUD EDUCACION A LA SALUD SOBRE: -HABITOS DIETETICOS -RIESGOS Y DAÑOS DEL ALCOHOLISMO Y TABAQUISMO ORIENTACION SOBRE MEDIDAS Y OPCIONES ALIMENTARIAS ELABORAR Y DISTRIBUIR TRAYECTOS CON INFORMACION SOBRE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD PARA FAVORECER EL ACCESO ORIENTACION SOBRE PROTECCION EN EL TRABAJO	NO EXISTE	ELABORACION DE HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA RECONOCIMIENTO TEMPRANO DE SIGNOS Y SINTOMAS TOMA DE MUESTRAS SANGUINEAS INTERPRETACION DE RESULTADOS PREPARACION DEL PACIENTE PARA LA TOMA DE ESTUDIOS ESPECIALIZADOS: -TAC -USG -CPRE	PREPARACION PREOPERATORIA DEL PACIENTE PARA CIRUGIA, PANGREATODUODENECTOMIA (CIRUGIA DE WHIPPLE) CUIDADOS POSTOPERATORIOS APOYO PSICOLOGICO ANTES Y DESPUES DE LA CIRUGIA APOYO ESPIRITUAL AL PACIENTE Y FAMILIARES DIFUSION Y SATISFACCION DE NECESIDADES EN LA SALA DE HOSPTALIZACION ORIENTACION SOBRE TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN EL HOSPITAL	LIM. DE RIES. SE REALIZARA LA CIRUGIA LO MAS PRONTO POSIBLE PARA EVITAR LA DISEMINACION A OTROS ORGANOS REHABILITACION EDUCACION SOBRE MANEJO DE ESTOMAS DIETA, VESTIDO, VERSIONES, HIGIENE, ETC ORIENTACION SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS APOYO ESPIRITUAL EN CASO DE QUE LO SOLICITE TERAPIA SOBRE LA MUJERTE PARA LA ACEPTACION DE ESTA COMO ALGUO INMUNENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRETRICIA.
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA EXP:940262

I. DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre F.A.R. No. de cama 235
Fecha de ingreso 15 DE AGOSTO DE 1995 Edad 45
Sexo MASCULINO Estado civil UNION LIBRE
Escolaridad 6º AÑO DE PRIMARIA
Ocupación CHOFER DE TAXI Religión CATOLICA
Nacionalidad CATOLICA
Lugar de procedencia ZIHUATANEJO, GUERRERO
Domicilio PRESA BALSEQUILLO S/W COL. VICENTE
GUERRERO, ZIHUATANEJO GUERRERO.
Persona responsable EIDA QUIROZ FIGUEROA (ESPOSA)
Ocupación HOGAR Domicilio MISMO DEL PACIENTE

II. PERFIL DEL PACIENTE

a) AMBIENTE FISICO.

Habitación:

Características físicas (iluminación, ventilación etc,) CUENTA CON UN FOCO EN CADA HABITACION.
SEIS VENTANAS. DOS PUERTAS.

Propia, familiar, rentada, otros: RENTADA

Tipo de construcción: SEMIURBANA

Número de habitaciones: TRES

Animales domésticos: NO

Servicios sanitarios:

Agua (intradomiciliaria, hidrante público, otros.) AGUA INTRADOMICILIARIA. DRENAJE INTRA Y EXTRADOMICILIARIOS

Control de basuras CAMION RECOLECTOR QUE PASA CADA TERCER DIA

Eliminación de desechos: (drenaje, fosa séptica, letrina, otros.) W.C Y DRENAJE

Iluminación: INTRA Y EXTRADOMICILIARIA ALUMBRADO PUBLICO

Pavimentación: SOLO ALGUNAS CALLES

Vías de comunicación:

Telefonos: SI. CUENTAN CON TELEFONO PARTICULAR

Medios de transporte: CAMION. MICROBUSES. TAXIS

Recursos para la salud: UN CENTRO DE SALUD DEL DIF
2 CONSULTORIOS PARTICULARES, TRES CONSULTORIOS DENTALES
UN CENTRO NATURISTA. EN LA COLONIA HAY UNA PARTERA
UN SEÑOR YERBERO.

b) HABITOS HIGIENICOS

Aseo: baño (tipo, frecuencia) REGADERA DIARIO
 de manos EVENTUALMENTE
 bucal UNA VEZ AL DIA EN LA NOCHE
 cambio de ropa personal (parcial, total
 y frecuencia) TOTAL CADA TERCER DIA.

Alimentación:

Desayuno (horario, alimentos) GENERALMENTE NO
TIENE UN HORARIO FIJO PUES DEPENDE DE SU TRABAJO
 Comida (horario, alimentos) IGUAL QUE EL DESAYUNO
SU ALIMENTACION CONSISTE EN TORTAS, TACOS, CERVEZA.
 Cena (horario, alimentos) NO CENA.

Alimentos que originen:

Preferencia MARISCOS Y PESCADOS

Desagrado VERDURAS

Intolerancia NINGUNO

Eliminación (horario y características)

Vesical GENERALMENTE CUATRO A CINCO VECES AL DIA

Intestinal UNA VEZ AL DIA POR LA MAÑANA.

Descansos (tipo y frecuencia) DESCANSA LOS DOMIN-
gos LOS CUALES OCUPA PARA VISITAR A SUS FAMILIARES

Sueño (horario y características) DE LAS 23 HRS
A LAS 6 DE LA MAÑANA RONCA MUCHO

Diversión y/o deportes NO PRACTICA DEPORTES
GUSTA MUCHO DE IR A LA PLAYA.

Estudios y/o trabajo SU TRABAJO LO DESEMPEÑA CON
GUSTO. SE SIENTE AGUSTO EN EL.

Otros _____

c) Composición familiar (personas que habitan el mismo techo) _____

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PART. ECO.
ESPOSA	40	AMA DE CASA	*****
MADRE	78	AMA DE CASA	*****
HIJA	16	ESTUDIANTE	*****
HIJA	7	ESTUDIANTE	*****
HIJA	22	EMPLEADA	600.00
HIJO	18	CHOFER	400.00

TOTAL ECONOMICO

DE INGRESOS 1000.00

d) DINAMICA FAMILIAR EXISTE Poca COMUNICACION CON
SUS HIJOS YA QUE LA ESPOSA CON LA QUE VIVE ES LA SE-
GUNDA Y LOS HIJOS SON DEL PRIMER MATRIMONIO POR LO QUE
NO ESTAN MUY DE ACUERDO CON ESTA SITUACION.

IV. EXPLORACION FISICA

a) Inspección:

Aspecto físico INDIVIDUO DEL SEXO MASCULINO. DE EDAD
APARENTE MAYOR A LA CRONOLOGICA INQUIETO. TEMBLOR FINO
DISTAL POSTRADO. MULTIPLES CANALIZACIONES. ICTERICIA ++
 Aspecto emocional (estado de ánimo, temperamento,
 emociones) SE NOTA INQUIETO. ANGUSTIADO, REFIERE
SENTIRSE PREOCUPADO POR SU SITUACION. REFIERE TAMBIEN
MIEDO A MORIRSE.

b) Palpación: CABELLO RESECO SE CAE CON FACILIDAD
EN CUELLO NO SE PALPAN ADENOMEGALIAS. PULSOS CARDIODES
ISOCRONOS E ISOCROTOS, TRAQUEA DESPLAZABLE, NO SE PALPA
TIROIDES. TORAX SIN ALTERACIONES. ABDOMEN BLANDO. DEPRE-
SIBLE, SIN VISCERAS GREGIDAS. EXTREMIDADES CON PULSOS
DISTALES DE BUEN TONO AL IGUAL QUE LOS MUSCULOS.

c) Percusión: EN TORAX CLARO PULMONAR

ABDOMEN TIMPANICO EN SUS CUATRO CUADRANTES

EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES CON

REFLEJOS MIOTATICOS NORMALES

d) Auscultación: TORAX CON ENTRADA Y SALIDA DE AIRE
NORMALES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN CON BOR-
BORIGMOS Y PERISTALSIS LIGERAMENTE AUMENTADA:

e) Signos vitales. Peso y talla: T A 130/90

F.C. 92 x' F.V. 18 x' TEMP. 36.5 57 KG. 1.70 cm

e) DINAMICA SOCIALPERTENECE A LA UNION DE TAXISTAS A.C DEZIHUATANEJOIII. PROBLEMATICA ACTUAL O PADECIMIENTO

Problema por el que se presenta

LO INICIA APROXIMADAMENTE HACE DOS MESES AL PRESENTAR
FIEBRES NO CUANTIFICADAS SIN PREDOMINIO DE HORARIO.
ATAQUE AL ESTADO GENERAL, ASTENIA, ADINAMIA, NAUSEAS
VOMITO DE CONTENIDO ALIMENTICIO, POSTERIORMENTE ICTE-
RICIA, PERDIDA DE PESO DE 20 KG, COLURIA Y PRURITO.

Antecedentes familiares patológicos:

PADRE FINADO DESCONOCE LA CAUSA, MADRE FINADA POR
CANCER CERVICO UTERINO. HERMANA CON TUMOR OSEO NO
ESPECIFICADO. RESTO DE FAMILIARES APARENTEMENTE SANOS.

Antecedentes personales patológicos:

OPERADO DE HERNIA INGUINAL HACE 4 AÑOS, ENFERMEDAD
ACIDO PEPTICA DE TRES AÑOS DE EVOLUCION, TRATADA CON
RANITIDINA, RESTO INTERROGADOS Y NEGADOS.

Comprensión y/o comentarios acerca del proble
ma o padecimiento. EL PACIENTE CUENTA CON GRAN
CARGA GENETICA PARA SU PADECIMIENTO ACTUAL, ADEMAS
CUENTA CON FACTORES PREDISPONENTES IMPORTANTES.

V. DATOS COMPLEMENTARIOS

a) Exámenes de Laboratorio.

Tipo	cifras	
	normales	del paciente
		Obs.
ERITROCITOS	4.24 mill/gr	BAJO
HEMOGLOBINA	12.3 gr/dl	BAJO
HEMATOCRITO	39.1 %	BAJO
PLAQUETAS	211 mil	NORMAL
LEUCOCITOS	13.8 miles	LINFOCITOSIS
NEUTROFILOS	81 %	NEUTROFILIA
LINFOCITOS	22.3 %	NORMAL
MONOCITOS	8.5 %	NORMAL
EOSINOFILOS	3.4 %	NORMAL
BASOFILOS	2.0 %	NORMAL
SODIO	145 mEq/dl	NORMAL
POTASIO	4.0 mEq/dl	NORMAL
CLORO	11.2 mEq/dl	NORMAL
CALCIO	7.3 mg/dl	NORMAL
GLUCOSA	110 mg/dl	NORMAL
NITROGENO DE UREA	26 mg/dl	NORMAL
CREATININA	.8 mg/dl	NORMAL
TP	16.2 SEG.	NORMAL
TPT	32.6 SEG.	NORMAL

b) Exámenes de Gabinete

Tipo	Observaciones
TELERRADIOGRAFIA DE TORAX	NEUMONIA BASAL BILATERAL
RADIOGRAFIA SIMPLE DE ABDOMEN	NORMAL

VI. PROBLEMAS DETECTADOS

Laboratorialmente el paciente cursa con una anemia leve por su hemoglobina baja, así como un proceso infeccioso manifestado por la linfocitosis con predominio de neutrofilos lo que sugiere un proceso bacteriano, -- que además se correlaciona con la radiografía la cual demuestra la presencia de neumonia basal bilateral y con la infección a nivel de la herida quirúrgica del paciente.

VII. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Es un paciente masculino en la quinta década de la vida, de religión católica, escolaridad primaria, ocupación chofer de taxi, originario y residente de Zihutanejo Guerrero, nivel socioeconómico bajo, habita en casa rentada de tipo suburbano que cuenta con servicio de agua luz, drenaje intradomiciliarios, está construida de tabique y loza, tiene tres cuartos, sala, comedor, cocina, baño con WC y patio, iluminación adecuada. Servicios extradomiciliarios de recolección de basura, pavimentación y drenaje. Hábitos higiénicos deficientes, no tiene higiene bucal ni lavado de manos antes de tomar los alimentos ni después de ir al baño, cambio de ropa cada tercer día interior y exterior. Hábitos dietéticos con ingesta elevada de grasas de origen animal, hidratos de carbono de mala calidad, refrescos, café y cerveza. así como un horario de comidas no establecido.

A la observación se encuentra postrado, inquieto, con temblor fino distal. catéter subclavio del lado derecho, drenaje de Penrose abdominal en el cuadrante superior derecho, herida quirúrgica en la línea media abdominal que abarca de la región epigástrica hasta la parte inferior de la cicatriz umbilical, una colostomía en el cuadrante inferior izquierdo y una ileostomía del lado contrario a la misma altura, de todos los drenajes, incluso de la herida quirúrgica sale secreción biliar en abundante cantidad fetida; tiene también una sonda Foley de la cual dreña orina en escasa cantidad y concentrada, tiene edema en las extremidades superiores e inferiores con signo de Godethe +++.

Refiere sentir dolor en la herida quirúrgica. En cuanto a sus signos vitales se encuentra con fiebre (39°C), frecuencia cardiaca de 98 por minuto, frecuencia ventilatoria de 19 por minuto, y tensión arterial de 130/90 mmHg.

Emocionalmente con inquietud, angustiado, refiere sentir miedo a morir y preocupación por su familia.

ELABORO CARLOS CADENA EUMAÑA

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AVERY, Jones et al. Gastroenterología clínica. Ed. Interamericana. México, 1994. 681 pp.

BAENA, Guillermina. Instrumentos de investigación. Ed. Mexicanos Unidos. 13ª. ed. México. 1992. 134 pp.

BALSEIRO, A. Lasty. Investigación en enfermería. Ed. Prado. México, 1993. 216 pp.

CIBANAL, Juan. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Ed. Doyma. España, 1992. 24 pp.

COLLURE D. W. et al. Clinical pathologic and therapeutic aspects of carcinoma of pancreas. Am J. Gastroenterology. 67:155, 1995.

CORMACK H. David. Histología de Ham. Ed. Harla. México, 1994. 486 pp.

CRAFTS C, Rogers. Anatomía humana funcional. Ed. Limusa. México, 1993. 875 pp.

DE BERRY y Cohn. Técnicas de quirófano. Ed. Interamericana. 7ª. ed. México, D.F., 1992. 876 pp.

DUGAS, Witter. Tratado de enfermería práctica. Ed. Interamericana. 4ª. ed. México, 1994. 738 pp.

FORREST M, et al. Principios y práctica de cirugía. Ed. Interamericana. México, 1994. 738 pp.

FUERST, Elinor y Berine Wolf. Procedimientos de enfermería. Ed. Interamericana. México, 1996 pp.

GANONG F, William. Fisiología médica. Ed. Manual Moderno. 14ª. ed. México. 1994. 714 pp.

GREENSPAN S, Francis. Endocrinología básica y clínica. Ed. Manual Moderno. 2ª. ed. México, 1993. 853 pp.

GRIFFITH W, Janet. Proceso de atención de enfermería. Ed. Manual Moderno. México, 1996. 406 pp.

GOLDMAN H, Howard. Psiquiatría general. Ed. Manual Moderno. 3ª. ed. 1994. 690 pp.

ISSELBACHER J, Kurt. Principios de medicina interna. Ed. Interamericana. 14ª. ed. México, 1994. Tomo 1-2. 3029 pp.

JUALLE C, Lynda. Manual de diagnóstico en enfermería. Ed. Harla. México, 1992. 351 pp.

----- Planes de cuidados y documentación en enfermería.

Ed. Interamericana. México, 1994. 754 pp.

KOLB C. Laurence. Psiquiatría clínica. Ed. Manual Moderno. 4ª. Ed. México, D.F., 1994. 654 pp.

LESSON C. Roland. Histología. Ed. Interamericana. 5ª. ed. México, D.F., 1995. 1034 pp.

LEWIS, Wolf. Fundamentos de enfermería. Ed. Harla. México. 1991.

550 pp.

LYER W. Patricia, et al. Proceso de atención de enfermería.

Ed. Interamericana 2ª. ed. España. 1993. 453 pp.

MARRINER, Ann. El proceso de atención de enfermería. Ed. Manual Moderno. México, 1993. 325 pp.

MARRINER Ann y Tomey Lya. Modelos y teorías en enfermería. Ed. Mosby/Doyma. Madrid, España, 1995. 530 pp.

MASON G.R., et al. Current experience with pancreatogastrostomy. Am J Surg, 169:2, 1995 Feb, 217-9.

PEREZ V. J. de J. Introducción a la gastroenterología. Ed. Interamericana. México, D.F., 1998. 1127 pp.

- NORDMARCK T, Madelyn.** Bases científicas de la enfermería. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 2ª. ed. México, 1993. 712 pp.
- ROMERO T, Raúl.** Tratado de cirugía. Ed. Interamericana. 2ª. ed. México, 1993. Tomo 1-2. 2509 pp.
- ROPER, Nancy.** Proceso de atención de enfermería. Ed. Interamericana. México, 1990. 121 pp.
- SABISTON C, David.** Tratado de patología quirúrgica. Ed. Interamericana. 11ª. ed. México, 1995. Tomo 1-2. 5480 pp.
- SCHWARTZ I, et al.** Principios de cirugía. Ed. Interamericana. 5ª. ed. México, 1997. Tomo 1-2. 5480 pp.
- SLEISENGER H, Marvin.** Tratado de gastroenterología. Ed. Interamericana. 2ª. ed. México, 1998. 1482 pp.
- SPIRO M, Howard.** Gastroenterología clínica. Ed. Interamericana. 2ª. ed. México, 1990. 1179 pp.
- TAPTICH J, Barbara.** Diagnóstico de enfermería y planeación de cuidados. Ed. Interamericana. México, 1996. 258 pp.
- TEJIDO, Valenti y Vargas, Laguna.** El rol de enfermería frente al paciente ostomizado. Ed. ROL. Barcelona, España, 1997. 350 pp.

TESTUD, L Y Latarjet, A. Tratado de anatomía humana. Ed. Salvat. 9ª. ed. Barcelona, España, 1971. Tomo IV. 4389 pp.

VIDAL, Guillermo y Renato, Alarcon. Psiquiatría. Ed. Panamericana. Buenos Aires, Argentina, 1997. 432 pp.

VILLALOBOS P, José de Jesús. Introducción a la gastroenterología. Ed. Mendez Editores. 4ª. ed. México, 1996. 979 pp.

WAY W, Laurence. Diagnóstico y tratamiento. Ed. Manual Moderno. 6ª. ed. México, 1995. 980 pp.

ZERBI A. Balzano, et al. Comparison between pylorus preserving and Whipple pancreatoduodenectomy. Br. J Surg, 82:7, 1995 Jul, 975-9.