



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN
PACIENTE CON CÁNCER GÁSTRICO TRATADO CON
GASTROYEYUNOANASTOMOSIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
PEDRO DAMIÁN GONZÁLEZ SÁNCHEZ**

No. CTA. 9217073 - 9



DIRECTOR DE TRABAJO LIC. FEDERICO SACRISTAN

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MÉXICO,

SEPTIEMBRE 2005

SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

m. 349381



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.

DEDICATORIA.

A MI MADRE:

Una persona que me dio la vida,
que me oriento, y me enseñó
todos los valores éticos y morales,
que se sacrifico por que yo tuviera
una educación.

A MIS HERMANOS:

A Maria de Lourdes, Celso Efraín,
Fredy, Yanet Violeta, Edgardo,
Henry, Yesenia. Por todo su apoyo
Y sus consejos.

A MIS SOBRINOS:

Irvin y Jessica, por ser alguien
Importante en mí vida.

A MI HIJO:

André Jair, esté trabajo es
pensando en ti, con todo
mi amor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Pedro Domón González
Sánchez

FECHA: 21 de octubre-05

FIRMA: Pedro González Sánchez

A MI HIJO:

Lénin Saúl, parte importante
en mi vida, para ti, con amor.

A MIS PROFERORES:

Por enseñarme todos los
conocimientos aprendidos
y que sin ello no sería posible.

A MIS AMIGOS DEL TRABAJO:

A Hugo corona, por su amistad
por ser el mejor amigo.

A MIS AMIGOS:

Primera mente agradecer todo su apoyo por que de ustedes aprendí mucho a: José Rayón, Ulises Náva, Fabián Infante, Alfredo Lira, Cipriano Santiago, Alfredo Quintana, Manuel Lezama.

A Ana Lilia Navarro, por compartir conmigo una parte de mi vida alguien muy especial de ti aprendí mucho, por ti termine la carrera, me orientaste y me enseñaste muchas cosas, y siempre estarás en mi corazón.

A Claudia Herrera, eres parte fundamental en este trabajo, y en mi vida, por tus enseñanzas, comentarios y tu visión a futuro.

A Rosa Imelda, que me oriento en todo momento y es parte fundamental en este trabajo, y en gran medida me titulo por ti.

A TODOS ELLOS MUCHAS GRACIAS.

INDICE

INTRODUCCION	4
Justificación	6
Objetivos	7
Objetivos específicos	7
I MARCO TEORICO	8
1.1 Modelo de atención	8
1.2 Metaparadigma	8
1.3 Teoría de Virginia Henderson	11
1.4 Proceso de Atención de Enfermería	14
1.4.1 Etapas del proceso de Enfermería	15
1.4.2 Valoración	16
1.4.3 Diagnóstico	20
1.4.4 Planeación	21
1.4.5 Ejecución	26
1.4.6 Evaluación	27
1.5 Anatomía y Fisiología del Estómago	27
1.5.1 Embriología del Estómago	27
1.5.2 Anatomía del Estómago	28
1.5.3 Irrigación Arterial del Estómago	29
1.5.4 Retorno Venoso del Estómago	29
1.5.5 Drenaje Linfático del Estómago	29
1.5.6 Histología del Estómago	30
1.5.7 Fisiología Gástrica	31
1.6 Historia Natural del Cáncer Gástrico	31
1.6.1 Concepto	31
1.6.2 Factores de Riesgo	32
1.6.3 Epidemiología	32
1.6.4 Clasificación Bormann	33
1.6.5 Estadificación	33
1.6.6 Cuadro Clínico	34
1.6.7 Diagnóstico	34
1.6.8 Diagnóstico Diferencial	36
1.7 Aspectos generales de las opciones del tratamiento del cáncer gástrico	36
1.7.1 Tratamiento por Etapas	37
1.7.2 Cáncer Gástrico Recurrente	39
1.7.3 Terapéutica de las Secuelas del Tratamiento	40
2 DESARROLLO DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	41
2.1 Presentación del Caso	41
2.2 Valoración	41
2.2.1 Características Personales	41
2.3 Valoración en el Pre y en el Postoperatorio	45
2.3.1 Aplicación de los conceptos de Virginia Henderson en la Atención del Paciente en Cirugía Gástrica	45
2.3.2 Plan de Cuidados Pre- quirúrgico General	46
2.3.3 Enfermedad Actual	46

2.3.4	Valoración post-operatoria inmediata	47
2.4	Valoración por Necesidades	47
2.4.1	Necesidad de Oxigenación	47
2.4.2	Necesidad de Hidratación y Nutrición	49
2.4.3	Necesidad de eliminación	50
2.4.4	Necesidad de Moverse y Tener Buena Postura	50
2.4.5	Necesidad de Descanso y sueño	50
2.4.6	Necesidad de Termorregulación	50
2.4.7	Necesidad de Higiene y Coloración de la Piel	51
2.4.8	Necesidad de Evitar Peligros	51
2.5	Diagnóstico de Enfermería	51
2.5.1	Diagnóstico de Enfermería en el Pre- operatorio	52
2.5.2	Diagnóstico de Enfermería en el Intra- operatorio	55
2.5.3	Diagnóstico de Enfermería en el post- operatorio	56
2.6	Ejecución del Plan	63
2.6.1	Nutrición	63
2.6.2	Nutrición Parenteral Total	63
2.7	Síndrome de Vaciamiento Rápido	64
2.8	Dieta Fraccionada para Paciente	65
2.8.1	Primer Día Post- operatorio	65
2.8.2	Segundo Día Post- operatorio	65
2.8.3	Tercer Día post- operatorio	65
2.8.4	Cuarto Día Post- operatorio	66
2.8.5	Quinto Día Post- operatorio	66
3.	PLAN DE ALTA	67
3.1	Objetivo	67
3.2	Tabla de Alimento Para el Calculo del Contenido en Carbohidratos	68
3.3	Alimentos Permitidos en Este Padecimiento	70
3.4	EXTENSION AL HOGAR	71
3.4.1	Promoción a la Salud	72
3.4.2	Aspectos de Protección Especifica	72
3.4.3	Aspectos de rehabilitación	72
	CONCLUSIONES GENERALES	73
	GLOSARIO DE TERMINOS	74
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	76

INTRODUCCIÓN

La enfermería ha sido hasta hace pocos años una ocupación basada en la experiencia práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente a través de la repetición continuada de las acciones. Esta concepción de enfermería conducía a que los profesionales centraran exclusivamente su atención a la adquisición de los conocimientos necesarios para desarrollar determinadas técnicas, derivadas en su mayoría del quehacer profesional de otras disciplinas.

El primer intento en definir cuál es el aporte específico de la enfermería al cuidado de la salud fue Florencia Nightingale, al asentar las bases de la enfermería profesional en 1859, también Ida Orlando fue una de las primeras líderes que enfatizó en los elementos del PAE y su importancia.

Fueron realmente muchas las teóricas de enfermería que se dedicaron a crear y a estudiar modelos de atención de enfermería con una convicción naturista, muchas lograron identificar necesidades humanas y otras como Dorotea Orem crearon modelos de auto-cuidados para garantizar la atención al paciente.

En el constante quehacer de las enfermeras podemos corroborar la vigencia de las teorías y modelos definidas desde Nightingale, razón por la cual en nuestro trabajo aplicamos el modelo de Henderson para la identificación de las necesidades afectadas en nuestro paciente.

En el siguiente caso se estudia al señor D.S.P. de 64 años de edad, vive en Guerrero y actualmente se encuentra internado en el Instituto Nacional de Cancerología México, pertenece al servicio de gastroenterología del departamento de gastroenterología, enviado por lesión en estómago refiere tres años de evolución con dolor abdominal, se realiza endoscopia hace tres años con un diagnóstico de cáncer de estómago, según refiere familiar es atendido hasta hace dos meses el cual inicia con vómitos posprandiales, se toma nueva endoscopia, con lesión prepilórica, y reporte de biopsia de adenocarcinoma difuso con células en anillo de sello.

Por su frecuencia y alta mortalidad el cáncer gástrico es uno de los problemas serios para la salud mundial. Si bien posee tasas de incidencias variables entre los distintos países, ocupa de manera constante un lugar destacado entre las primeras causas de muerte.

El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma (90%), al igual que la mayoría de los tumores digestivos sus posibilidades de curación están relacionadas al estadio en que es diagnosticado.

Desconocemos la real magnitud que alcanza el cáncer gástrico en nuestro país, de hecho carecemos de cifras confiables sobre su incidencia, carecemos de una política orientada hacia la prevención primaria que actúe sobre las condiciones ambientales y eduque para modificar hábitos y pautas nutricionales; tampoco hay una prevención secundaria que actúe sobre los grupos de mayor riesgo.

La inclusión de la validación del PAE, fomenta un grado máximo de participación del paciente, de los cuidados que se dispensan acorde con el modelo de Virginia Henderson.

Varios teóricos de la enfermería han demostrado que el empleo de una respuesta profesional disciplinada permita a la enfermería descubrir y satisfacer necesidades del paciente.

El estudio de lo que dicen y hacen del ejercicio de su profesión y los efectos mostrados por el paciente son temas de enorme interés para la formación de enfermería.

El concepto de disciplina del proceso permite considerar al paciente desde una perspectiva de de enfermería y dejan fuera el paradigma de la enfermera.

El siguiente estudio consta de cuatro apartados:

- a) Describe la presentación del caso clínico, objetivos y la metodología.
- b) Incluye la fundamentación teórica del proceso, así como los cuidados holísticos del paciente con cáncer gástrico.
- c) Implica el PAE aplicado a un paciente con cáncer gástrico.
- d) Incluye apartados.

JUSTIFICACION

Se justifica estudiar en un proceso de enfermería (PAE), el caso clínico de cáncer gástrico, porque es el quinto tumor en frecuencia del área sanitaria, anualmente se diagnostican dieciocho nuevos casos en el hombre y el diez en la mujer por cada cien mil habitantes aproximadamente. No obstante, constituye la primera causa de defunción por cáncer a menudo se retrasa por la ausencia de síntomas en las etapas tempranas de la enfermedad; así mismo como una respuesta afecta al equilibrio físico y psíquico, de la persona tanto del medio interno como del medio externo.

En este estudio, es importante conducir a la persona a replanteamientos de valores, cambios de actitud y comportamientos hacia el mismo y los demás.

El rol fundamental de la enfermera, según Virginia Henderson, consiste en ayudar al individuo sano o enfermo a conservar o recuperar su salud (o asistirle en los últimos momentos), para que pueda cumplir las tareas que realizaría él solo, si tuviera la fuerza, la voluntad, o los conocimientos deseados y cumplir con sus funciones, de forma que ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápidamente.

OBJETIVO GENERAL

- a) Conocer y poner en práctica un modelo que oriente a las intervenciones de enfermería, para dar una atención integral, así como jerarquizar las necesidades de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.
- b) Formular los diagnósticos de enfermería de la NANDA para una correcta aplicación en el plan de cuidados según el modelo propuesto.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Realizar el PAE a nuestro paciente, aplicando el modelo de atención de Virginia Henderson
- b) Conseguir cubrir en todo momento tanto necesidades físicas como psicológicas del paciente y que su estancia hospitalaria sea lo más agradable posible y con la mayor calidad de vida.
- c) Realizar un seguimiento del paciente completo y exhaustivo tanto intrahospitalario como extrahospitalario.
- d) Proporcionar una atención integral e individualizada al paciente.
- e) Conseguir que el trabajo que llevo a cabo enfermería con ese paciente se vea valorado y reflejado en el PAE.

CAPITULO 1

1.MARCO TEORICO

1.1. MODELO DE ATENCION

Es un conjunto de conceptos, ideas o teorías que se interrelacionan, por lo tanto es una representación abstracta de la realidad que no puede ser aprobada. El proceso atención de enfermería también puede considerarse como un modelo aún cuando es el método de la enfermera, debido a que semeja una teoría de sistemas.

Marcos de referencia teóricos:

Las estructuras o marcos de referencia teóricas están relacionadas con los conceptos que describen en forma específica o que explican fenómenos, y, como son más amplios, que las teorías son difíciles de comprobar.

Las interrelaciones entre los conceptos derivan de relaciones respaldadas científicamente y de la investigación.

La diferencia básica entre teorías y estructuras o marcos de referencia teóricos es únicamente que las teorías puedan estar sujetos a comprobación.

1.2. META PARADIGMA

PARADIGMA:

Es un diagrama conceptual, puede ser una amplia estructura utilizada para organizar una teoría. En el caso de la enfermería el metaparadigma de enfermería está constituido por un modelo conceptual que a su vez se integra por: cuidado, entorno, salud y persona.

Como tal, es aceptado por la mayoría de las teóricas y sugiere las áreas de estudio que resultan de interés y los medios para llevar acabo dicho estudio; las teóricas y sus paradigmas son los siguientes:

Teórica	Paradigma	Descripción
Joyce Trawelbee	"Relación ser humano como ser humano". Trata la interrelación entre la enfermera y el paciente.	-Persona es un ser humano único que esta enviando y evolucionando constantemente - Entorno no se define explícitamente, pero puede inferirse para incluir una situación y las experiencias de la vida del paciente. - Salud es la ausencia de discapacidad o enfermedad, o el modo de que un paciente perciba la salud. -Enfermera es una profesión que ayuda al individuo, familia o comunidad a prevenir o afrontar la enfermedad.
Josephine Paterson y Loretta Zderad.	"Enfermería humanística" es una teoría práctica que estimula a la enfermería y al paciente a explorar y comprender la vida.	Persona es un ser humano que es capaz de actuar, abrirse a operaciones y elecciones, y representativo del pasado, presente y futuro. Entorno es una comunidad particular de personas relacionadas unas con otros. Salud es supervivencia, el proceso de llegar a ser todo lo que sea posible y encontrar un siguiente a la vida. -Enfermera es una respuesta de una persona a otra con necesidades mediante la realización de actuaciones que incrementaron la posibilidad de que el paciente tome elecciones responsables.
Evelyn Adam.	"Modelo conceptual de enfermería". Trata los diferentes papeles de la enfermera en el mantenimiento o el restablecimiento de la independencia de un paciente para satisfacer las catorce necesidades básicas.	-Persona es un todo complejo con necesidades fundamentales. -Entorno no esta definido explícitamente pero se incluye como una de las catorce necesidades básicas. -salud no se define explícitamente. -enfermera es llevado a cabo mediante un individuo que asume un papel para complementar y suplir la fuerza, el conocimiento y la voluntad de un paciente.
Patricia Benner	"Del aprendiz al experto: Excelencia y poder en la práctica clínica de enfermería. " Presenta el dominio especial de la profesión enfermera y los niveles adquiridos de habilidades enfermeras adquiridas.	.Persona es un ser que se auto-interpreta. Entorno es una situación con una definición y significado social, evidenciado por la interacción y comprensión de las personas implicadas. -Salud es lo que la enfermera puede valorar en la experiencia de la persona. -Enfermera es la resolución de cuidados implica en el estudio de la experiencia y las resoluciones entre salud, enfermedad y afección del paciente.
Joan Riehl - Sisca	"Interaccionismo simbólico": trata la interacción entre personas que interpretan las actuaciones de otros en términos de símbolos.	-Persona se refiere a personas que actúan individual y colectivamente en razón del significado de los objetos que contribuyen su mundo. -Entorno es una sociedad de individuos que interactúan y sus valores y significados. -Salud no se define explícitamente. -Enfermera se realiza mediante un individuo autodirigido, con el conocimiento para actuar y la capacidad para asumir diferentes papeles en un periodo dado, para ayudar a una persona a lograr o mantener un nivel elevado de bienestar.

Joice Fitzpatrick	"Modelo de la perspectiva de vida": contempla el desarrollo humano como resultado de la interacción continua entre la persona y el entorno.	-Persona es un sistema unificado integral y abierto con un ritmo humano básico, que intercambie constantemente materia y energía con el entorno. -Entorno es el campo de energía que esta en constante interacción con la persona. -Salud es el desarrollo continuo de la persona.
		-Enfermera es una profesión que se centra en mejorar el desarrollo de la persona hacia un potencial de salud.
Margaret Newman	"Teoría de la salud" Implica reconocer el patrón de una persona (lo que hace a una persona un individuo). En un intento por comprender a la persona como un todo.	-Persona es un ser consiente con un patrón específico. -Entorno no se define explícitamente pero puede describirse como el mayor conjunto más allá de la conciencia del individuo. -Salud es la expansión de la conciencia, una fusión de la enfermedad y su ausencia dentro de un patrón total. -Enfermera es el facilitar que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico.
Katheryn Barnard	"Modelo de interacción padre - hijo". Considera al padre y al hijo como un sistema interactivo fluido por características individuales de cada uno.	-Persona es un individuo con la capacidad para recibir estímulos auditivos, visuales y táctiles para elaborar asociaciones con significado a partir de ellos. -Entorno son todas las experiencias de una persona. -Salud no se define explícitamente. -Enfermera es el diagnostico y el tratamiento de las respuestas humanas a la probabilidades de salud.
Ramona Mercer	"Talento para el papel materno". Trata la relación de la madre con su bebe.	-Persona no se define explícitamente; mecerse refiere a la madre como al uno mismo y a la madre- bebe con el cuidado de uno mismo. -Entorno no se define explícitamente pero incluye cultura, pareja, familia y una red de apoyo. -Salud es la percepción de la salud precedente y la actual, el concepto de salud, la resistencia. Susceptibilidad y enfrentar la preocupación o el interés por la salud, la orientación de la enfermedad, y el rechazo del papel del enfermo. -Enfermera no se define explícitamente Mercer describe a las enfermeras como las responsables de promocionar la salud de las familias y de los niños.
Helen Erickson, Evelyn Tomlin y Mary Ann Swain	" Modelación y modelación del rol" presenta fases de afrontamiento potencial para movilizar fuentes de cuidado.	-Persona es quien recibe tratamiento o instrucciones (paciente) o quien participa en el autocuidado. -Entorno es la interacción dentro de subsistemas sociales entre uno mismo y las demás, tanto cultural como individual. -Salud es el estado de bienestar físico, mental y social. -Enfermera es la rehabilitación interactiva e interpersonal que ayuda a los individuos a identificar, movilizar fuerzas.

1.3. TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: “ La única función de una enfermera es ayuda al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuye a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”¹

LOS ELEMENTOS MAS IMPORTANTES DE SU TEORIA SON:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identificar catorce necesidades básicas que componen “los cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de las 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

LAS NECESIDADES HUMANAS BASICAS SEGÚN HENDERSON SON:

- 1° respirar con comodidad.
- 2° Comer y beber adecuadamente.
- 3° Eliminar los desechos del organismo
- 4° Movimiento y mantenimiento de la postura adecuada
- 5° Descansar y dormir
- 6° Seleccionar vestimenta adecuada
- 7° Mantener la temperatura corporal
- 8° Mantener la higiene corporal
- 9° Evitar los peligros del entorno
- 10° Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones
- 11° Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12° trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13° Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14° Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

¹ Phaneuf Margot. Cuidados de Enfermería Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona. Madrid España. McGraw-Hill. 1993 p. 2.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente) , pero cuando algo de esto falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente).

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo: físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deban satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello².

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- a) Permanentes: edad, nivel de inteligencias, medio social o cultural, capacidad física.
- b) Variables: estados patológicos:
 - falta aguda de oxígeno
 - conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconsciencia (desmayo, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - Una enfermedad transmisible.
 - Estado preoperatorio.
 - Estado postoperatorio.
 - Inmovilización por enfermedad o preinscrite como tratamiento
 - Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

² Fernández Ferrin Carmen. Op Cit. p.5.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera- paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

A) PERSONA:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física o mental, que está constituida por componentes biológicos y psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son indispensables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

B) ENTORNO

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

C) SALUD:

La calidad de salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental. Lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanza su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería. Equipara salud con independencia.

1.4. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Es un método sistemático para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Es un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona necesita de cuidados de salud, reciba el mejor cuidado de enfermería posible.

El proceso es un método para realizar algo, que por lo general abarca cierto número de pasos y que intenta lograr un resultado particular. El proceso de enfermería es la aplicación de resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería³. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- ° Valoración: Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- ° Diagnóstico de enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- ° Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
- ° Ejecución: Es la realización o puesta en práctica en los cuidados programados.
- ° Evaluación: Comprara las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

³ Fernández Ferrin Carmen. El Proceso de Etención de Enfermería. Barcelona España. Masson. 1995. p.1

LOS OBJETIVOS

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, familia y comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o cura la enfermedad.

1.4.1 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

LAS VENTAJAS

Para el paciente son:

- . Participación en su propio cuidado.
- . Continuidad en la atención.
- . Mejora la calidad de atención.

Para la enfermera:

- . Se convierte en experta.
- . Satisfacción en el trabajo.
- . Crecimiento profesional.

LAS CARACTERISTICAS

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermera en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.
- Tiene una fase teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

1.4.2. VALORACION

Proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente⁴ a través de diversas fuentes: Éstas incluyen al paciente como una fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

- **REQUISITOS PARA UNA VALORACION**

- Las convicciones del profesional: Conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: Deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.⁵
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente: Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones: Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

⁴ Fernández Ferrín Carmen. Op Cit. p. 1

⁵ MARRINER, Ann. El Proceso de Atención de Enfermería, México. Ed. El Manual Moderno, 1983. P 325.

- **CRITERIOS PARA LA VALORACION**

- Criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”: se valora es aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por “patrones funcionales de salud”: la recolección de datos de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- * Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- * Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la comunidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud de salud del paciente.

En la recolección de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básico (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc.).
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos :

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- Datos objetivos: Se puede medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos- antecedentes: son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades pasadas, etc.).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

B) La observación:

Es el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera- paciente.

C) La exploración física:

Determina la finalidad de la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de los datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficiencia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la

entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuesta normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. hipersonoros: aparecen cuando percutimos el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras del pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

VALIDACION DE DATOS

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en Hechos). En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

ORGANIZACION DE DATOS

Es el cuarto paso en la recolección de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

1.4.3. DIAGNOSTICO

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro⁶.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de los problemas⁷:

- ° Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planeamiento de alternativas como hipótesis.
- ° Síntesis en la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

3.- Componentes de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA:

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene cuatro componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: Ofrece una descripción concisa del problema (real o potencia). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas

⁶ Griffith Janet W. Proceso de Atención de Enfermería. México D.F. El Manual Moderno... 1986. p. 2

⁷ Griffith JaneT W. Op. Cit. p. 155.

principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: se organizan entorno a los factores fisiológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueda influir en el estado de salud o contribuir en el desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alta riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo.

TIPOS DE DIAGNOSTICO

- a) Real: representa un estado que ha sido clínicamente válido mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un diagnóstico de enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.
- b) Alto riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término alto riesgo. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- c) Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- d) De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.

1.4.4. PLANEACION

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas:

a) Establecer prioridades en los cuidados: selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser elaborados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

b) Planeamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados: esto es, determinar los criterios de resultados. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

c) Elaboración de las actuaciones de enfermería: esto es, determinar los objetivos de enfermería. Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

d) Para un diagnóstico de enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

e) Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema monitorizar su inicio.

f) Para un diagnóstico de enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta

g) Documentación y registro.

DETERMINACION DE PRIORIDADES:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar⁸, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede

⁸ Griffith Janet W. Op. Cit. p. 144

conducirnos a errores y a pérdida de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslowm, esta carencia coloca a la primera persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y de determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS

Una vez que hemos priorizando los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto. Existen dos tipos de objetivos:

- A) Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- B) Objetivos del paciente o criterios de resultados.

NORMAS GENERALES PARA LA DESCRIPCION DE OBJETIVOS

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

OBJETIVOS DE ENFERMERIA

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.

- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera componente para cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería se describen a tiempo a:

- objetivos a corto plazo: son resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- Mediano plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos a largo plazo: son los resultados que requieren de un tiempo largo.

OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). así el verbo se le añaden las preferencias e individualidades.

ACTUACIONES DE ENFERMERIA

Las actuaciones de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de la ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema⁹.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones de enfermería encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares. Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería podemos

⁹ Griffith Janet W. Op. Cit. p. 161.

decir que desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos de enfermería como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos de enfermería.
- Prescripciones médicas: son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja.

CARACTERISTICAS DE LAS ACTUACIONES DE ENFERMERIA

- 1.- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- 2.- Estarán basadas en principios científicos.
- 3.- Serán individualizados para cada situación en concreto.
- 4.- Se empleara para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- 5.- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- 6.- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción a la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restablecer la salud.
- Rehabilitar.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

1.- El diagnóstico enfermero real:

- . Reducir o eliminar los factores de riesgo.
- . Promover mayor nivel de bienestar.
- . Controlar el estado de salud.

2.-Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- . Reducir o eliminar los factores de riesgo.
- . Prevenir que se produzca el problema.
- . Controlar el inicio de problemas.

3.- Para el diagnóstico enfermero posible:

- . Recolección de datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

- 4.- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
- . Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.
- 5.- Para problemas interdependientes:
- . Definir el problema.
 - . Identificar las acciones alternativas posibles.
 - . Seleccionar las alternativas factibles.

DOCUMENTACION EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, ello se obtiene mediante una documentación.

La finalidad de los planes de cuidados estarán dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- . Los cuidados individualizados.
- . La continuidad de los cuidados.
- . La comunicación.

1.4.5. EJECUCION

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado¹⁰. La ejecución, implica las siguientes actividades de enfermería:

- Continuar con la recolección de datos y la valoración.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

¹⁰ Marriner, Ann,, El Proceso de Atención de Enfermería, México. Ed. El Manual Moderno, 1993. p 325.

1.4.6. EVALUACION

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

El proceso de evaluación consta de dos partes.

- Recolección de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente¹¹. Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados de enfermería, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para planear correcciones en las áreas estudio.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

1.5. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL ESTOMAGO

El estómago es la primera porción del aparato digestivo en el abdomen, excluyendo la pequeña porción de esófago abdominal. Funcionalmente podría describirse como un reservorio temporal del bolo alimenticio deglutido hasta que se procede a su tránsito intestinal, una vez bien mezclado en el estómago.¹²

1.5.1. EMBRIOLOGIA DEL ESTOMAGO

El estómago en el segundo mes de vida embrionaria comienza como una simple dilatación del intestino anterior. Luego sufre una rotación sobre un eje longitudinal de tal modo que la cara izquierda del estómago se hace anterior, y la parte derecha se hace posterior.

Por esta razón el nervio vago del lado izquierdo, que en el tórax desciende por el lado posterior. El estómago tiene además otra rotación sobre un eje anteroposterior, de tal modo que la parte inferior, por la que se continúa por el duodeno, asciende y se coloca a

¹¹ Fernández, Ferrín Carmen, Op. Cit. p. 5.

¹² Tortora, Anatomía y Fisiología Humana, México. 1999. Ed. Harla. p 522.

la derecha, bajo el hígado. En esta fase el estómago tiene un meso en la parte posterior y otro en la parte anterior que alcanza hasta la primera porción del duodeno. Ambos mesos también sufren las rotaciones anteriores de tal modo que determinan una serie de pliegues en el peritoneo visceral que los recubre.

El mesogastrio dorsal forma el omento (epiplón) mayor, lo que determina el cierre por la parte inferior de la trancavidad de los epiplones. El mesogastrio ventral de origen al omento (epiplón) menor, que se extiende entre el borde derecho del estómago y la primera porción del duodeno hasta el hígado y el hilio hepático.

1.5.2. ANATOMIA DEL ESTOMAGO

Forma y relaciones del estómago.

El estómago se localiza en la parte alta del abdomen¹³. El cardias se localiza a nivel de la vértebra T11, mientras que el píloro lo hace a nivel de L1. sin embargo, hay considerable variación de unos individuos a otros. Es esófago determina la incisura cardial, que sirve de válvula para prevenir el reflujo gastroesofágico. Hacia la izquierda y arriba se extiende el fundus, que se continúa con el cuerpo, porción alargada que puede colgar más o menos en el abdomen, luego progresivamente sigue un trayecto más o menos horizontal y hacia la derecha, para continuar con la porción pilórica, que consta del antro pilórico y del conducto pilórico cuyo esfínter pilórico lo separa del duodeno. En este punto la pared se engruesa de manera considerable por la presencia de abundantes fibras circulares de la capa muscular que forma el esfínter pilórico.

La forma aplanada del estómago en reposo determina la presencia de una cara anterior, visible en el situs abdominis, y una cara posterior que mira la trancavidad de los epiplones, situada detrás. Asimismo, determina la presencia de un borde inferior que mira abajo y a la izquierda, y un borde superior que mira arriba y a la derecha. Como consecuencia de los giros del estómago en período embrionario, por la curvatura mayor se continúa el estómago con el omento mayor, y la menor con el omento menor.

La luz del estómago tiene la presencia de unos pliegues de mucosa longitudinales, de los cuales los más importantes son dos paralelos y próximos a la curvatura menor que forma el canal del estómago o calle gástrica. Los pliegues disminuyen en el fundus y en la porción pilórica.

La pared gástrica consta de una serosa que recubre a tres capas musculares. La capa submucosa da anclaje a la mucosa propiamente dicha, que consta de células que producen moco, ácido clorhídrico y enzimas digestivas. El estómago tiene unos sistemas de fijación en sus dos extremos, los cuales quedan unidos por la curvatura menor a través del omento menor. A nivel del cardias existe el ligamento gastrofrénico por la parte posterior, que lo une al diafragma. Por la parte pilórica queda unido a la cara inferior del hígado por el ligamento gastrohepático, parte del omento menor.

¹³ Tortora, Op. Cit. p 525.

Estos sistemas de fijación determinan sus relaciones con otros órganos abdominales. Sin embargo, y debido no sólo a los giros del estómago, sino también al desarrollo embrionario del hígado, las relaciones del estómago se establecen a través de un espacio que queda por detrás, la cavidad omental o trascavidad de los epíplones.

1.5.3. IRRIGACION ARTERIAL DEL ESTOMAGO

La irrigación del estómago corre a cargo de rama de la aorta abdominal. El tronco celíaco da lugar a la arteria gástrica izquierda, que ecorre la curvatura menor hasta anastomosarse con la arteria gástrica derecha, rama de la arteria hepática común. De esta arteria hepática común surge también la arteria gastroduodenal, que entre otras ramas, da lugar a la arteria gastroepiploica o gastro omental derecha, que recorre la curvatura mayor del estómago hasta anastomosarse con la arteria gastroepiploica izquierda, rama de arteria esplénica o lineal. Esta irrigación viene completamente por las arterias gástricas cortas que, procedentes de la arteria esplénica, alcanzan el fundus del estómago.

1.5.4. RETORNO VENOSO DEL ESTOMAGO

El drenaje venoso es bastante paralelo al arterial, con venas gástricas derecha e izquierda, además de la vena prepilórica, que drenan en la vena porta; venas gástricas cortas gastroepiploica izquierda que drenan en la vena esplénica; vena gastroepiploica derecha que termina en la mesentérica superior. A través de las venas gástricas cortas se establece una anastomosis entre el sistema de la vena porta y la vena cava superior por medio de las venas de la submucosa del esófago.

1.5.5. DRENAJE LINFATICO DEL ESTOMAGO

El drenaje linfático viene dada por cadenas ganglionares que recorre la curvatura mayor. Se complementan con los ganglios linfáticos celíacos y pilóricos. Estos ganglios tienen gran importancia en el cáncer gástrico. Existen quince grupos ganglionares que son:

BARRERA 1 (N1): Corresponde a los ganglios perigástricos.

- Grupo 1: cardial derecho.
- Grupo 2: cardial izquierdo.
- Grupo 3: curvatura menor.
- Grupo 4: curvatura mayor.
- Grupo 5: suprapilóricos.
- Grupo 6: infrapilóricos.

BARRERA 2 (N2): Corresponde a los ganglios localizados en los troncos arteriales principales del estómago.

Grupo 7: arteria coronaria estomáquica o gástrica izquierda.

Grupo 8: arteria hepática.

Grupo 9: tronco celíaco.

Grupo 10: hilio esplénico.

Grupo 11: arteria esplénica.

BARRERA 3 (N3): Corresponde a los ganglios alejados del estómago.

Grupo 12: ligamento hepatoduodenal.

Grupo 13: retropancreáticos.

Grupo 14: arteria mesentérica superior.

Grupo 15: arteria media.

1.5.6. HISTOLOGIA DEL ESTOMAGO

La pared del estómago está formada por las capas características de todo el tubo digestivo: la mucosa, la submucosa, la muscular y la serosa.

La mucosa gástrica:

La mucosa del estómago presenta múltiples pliegues, crestas y fosillas, formadas por:

- Epitelio superficial: es un epitelio cilíndrico simple, que aparece bruscamente en el cardias, a continuación del epitelio plano estratificado del esófago. En el polo apical de estas células aparece una gruesa capa de moco gástrico que sirve de protección contra sustancias ingeridas y contra el ácido y enzimas gástricas.
- Glándulas cardíacas: están situadas alrededor de la unión gastroesofágica. Las células endocrinas que posee en su fondo producen gastrina.
- Glándulas oxínticas, gástricas o fúndicas: se localizan sobre todo en el fondo y cuerpo del estómago y producen la mayor parte del volumen del jugo gástrico. Están muy juntas unas con otras, tienen una luz muy estrecha y son muy profundas. Se estima que el estómago posee quince millones de glándulas oxínticas, que están compuestas por cuatro tipos de células: principales o enzimógenas, oxínticas o maritales, mucosas del cuello y endocrinas.
- Glándulas pilóricas.
- Lámina propia.
- Capa muscular de la mucosa:

Las células que componen en epitelio gástrico son:

- Células mucosas del cuello:
- Células oxínticas o parietales: son las células que segregan el ácido clorhídrico y el factor intrínseco gástrico.
- Células principales o zimógenas: son las células que producen el pepsinógeno.
- Células endocrinas:
- Capa submucosa

De tejido areolar, es laxa y presenta la red de vasos y nervios

Capa muscular externa

La capa muscular está formada de dentro hacia fuera por fibras musculares oblicuas, circulares y longitudinales, la capa muscular gástrica puede considerarse el músculo gástrico porque gracias a sus contracciones, el bolo alimenticio se mezcla con lo jugos gástricos y se desplaza hacia el píloro con lo movimientos peristálticos.

Capa serosa

La capa serosa o peritoneal envuelve al estómago en toda su extensión, expandiéndose en sus curvaturas para formar el epliplón menor o gastrohepático, el epliplon mayor o gastrocólico y el epliplon gastroesplénico que terminan en el ligamento frenogástrico.

1.5.7. FISILOGIA GASTRICA

El estómago está controlado por el sistema nervioso autónomo, siendo el nervio vago el principal componente del sistema nervioso parasimpático. La acidez del estómago está controlada por tres moléculas que son la acetilcolina, la histamina y la gastrina.

1.6. HISTORIA NATURAL DEL CANCER GASTRICO

1.6.1. CONCEPTO

Es una enfermedad en la que se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del estómago.

CAUSAS

La causa exacta del cáncer gástrico se desconoce, aunque se cree que hay muchos factores de riesgo.

1.6.2. FACTORES DE RIESGO

Ambientales:

- Alimentos ahumados.
- Comidas no refrigeradas.
- Falta de agua potable.
- Ocupacionales (huleros, carboneros).
- Tabaquismo.
- Alcoholismo.

Nutricios:

- Consumo bajo de proteínas y grasa.
- Comida salada (carne, pescado).
- Consumo alto de nitratos.
- Dieta baja en vitamina A y C.
- Vegetales con vinagre.

Clases sociales:

- clase social baja.

Médicos:

- Cirugía gástrica previa.
- Infecciones por helicobacter pylori.
- Gastritis atrófica y gastritis.
- Anemia megaloblástica.
- Enfermedad de menetrier.

Antecedentes familiares:

- cáncer de colón no polipósico.
- Poliposis familiar adenomatosa.
- Cáncer de estómago.

1.6.3. EPIDEMIOLOGIA

La frecuencia de esta neoplasia se ha incrementado en los países orientales, como Japón y China entre otros, al igual que en zonas como Chile y Costa Rica, en contraste con el

decremento mostrado en los países europeos y en naciones de Norteamérica¹⁴.

La tasa actual de incidencia del primer grupo de países es de 100 por 100 000 y del segundo de 9 por 100 000.

En México la mortalidad por cáncer gástrico muestra tendencia ascendente. En 1995 esta entidad patológica produjo 3 680 defunciones en ambos sexos, o sea, 10.5% de los fallecimientos por tumores malignos.

En el registro histopatológico de las Neoplasias en México corresponde al año de 1995, el cáncer gástrico ocupó el sexto lugar en frecuencia general y el cuarto sitio en la población masculina.

Es más frecuente en varones que en mujeres (3:1) e incrementa su incidencia conforme aumenta la edad.

1.6.4. CLASIFICACION DE BORMANN

Atiende las características morfológicas y divide al cáncer gástrico en cinco tipos¹⁵:

- Tipo 1: cánceres polipoides o fungantes.
- Tipo 2: lesiones ulceradas de bordes elevados.
- Tipo 3: lesiones ulceradas que infiltran la pared gástrica.
- Tipo 4: lesiones infiltrantes difusas.
- Tipo 5: lesiones o neoplasias no clasificables.

1.6.5. ESTADIFICACION

Tumor primario (T)

- Tx El primario no puede evaluarse.
- T0 No hay evidencia de tumor primario.
- Tis Carcinoma in situ.
- T1 Tumor que invade lámina propia o submucosa.
- T2 Tumor que invade la muscular propia.
- T3 Tumor que invade la serosa.
- T4 Tumor que invade estructuras vecinas.

Ganglios linfáticos regionales (N)

- Nx Ganglios linfáticos no valorables.
- N0 Sin metástasis a ganglios linfáticos regionales.

¹⁴ Instituto Nacional de Cancerología, *Manual de Oncología, Procedimiento-Médico Quirúrgicos*, Ed McGraw-Hill Interamericana, 1999. p 262.

¹⁵ Instituto Nacional de Cancerología, Op. Cit. p. 263.

N1 Metástasis en ganglios linfáticos perigástricos hasta 3cm del borde del tumor primario.

N2 Metástasis a ganglios linfáticos perigástricos a más de 3cm del borde del tumor primario, o ganglios linfáticos en el trayecto de las arterias gástricas izquierda, hepática común, esplénica y tronco celiaco.

Metástasis a distancia (M)

Mx Las metástasis a distancia no pueden valorarse.

M0 Sin metástasis a distancia.

M1 Hay metástasis.

1.6.6. CUADRO CLINICO

Por desgracia y debido a lo inespecífico de los síntomas, la mayoría de los tumores gástricos se diagnostican en etapas avanzadas¹⁶.

- Indigestión o acidez
- Malestar o dolor abdominal.
- Náusea y vómito.
- Diarrea o estreñimiento.
- Pesadez abdominal después de las comidas
- Pérdida de apetito.
- Fatiga y debilidad.
- Vómito con sangre (hematemesis)
- Sangre en las heces (melena).

1.6.7. DIAGNOSTICO

a) Analítica:

En el C.G. precoz la analítica de rutina, por lo general, es normal, en el C.G. avanzado puede haber anemia microcítica ferropénica y alteración de las pruebas hepáticas si existen metástasis hepáticas. También podemos encontrar alteraciones no específicas de la velocidad de sedimentación y otros parámetros analíticos, todos ellos inespecíficos.

b) Marcadores Tumorales:

Los marcadores tumorales séricos del C.G. estudiados hasta la actualidad tienen escasa utilidad clínica. El CEA (antígeno carcinoembrionario) y el CA 19-9 están elevados en el

¹⁶ Instituto Nacional de Cancerología, Op. Cit. p 264.

20-30% de los pacientes con C.G. avanzados, pero suelen ser normales en estadios iniciales y carecen de especificidad. El antígeno Ca 72-4 tiene una sensibilidad del 60-70% en lesiones avanzadas, aunque es igualmente inespecífico y su utilidad clínica no ha sido demostrada.

c) radiología:

Los estudios radiológicos baritados convencionales tienen una sensibilidad que no supera el 80%, y los casos no diagnosticados son los de mejor pronóstico por su menor extensión. El adenocarcinoma gástrico puede presentar distintas imágenes radiológicas dependiendo de su morfología y de la extensión de la infiltración de la pared. No siempre es posible diferenciar radiológicamente entre una úlcera benigna y una maligna; entre 2% y un 10% de las úlceras son criterios radiológicos de benignidad, en realidad, cánceres gástricos.

La Ecografía abdominal para el diagnóstico de metástasis hepáticas. Tiene un menor rendimiento en la detección de lesiones a distancia.

TAC abdominal, permite valorar la extensión de las lesiones, demostrando en ocasiones las metástasis a distancia, pero suele infravalorar la diseminación del tumor. La sensibilidad de la TAC para las metástasis linfáticas regionales ha oscilado entre 43 y 97%, con una sensibilidad media en torno al 65%.

d) Endoscopia:¹⁷

La endoscopia es claramente superior en sensibilidad y especificidad a la radiología, y además permite la toma de biopsias, indispensables para confirmar el diagnóstico, especialmente para diferenciar otras patologías como úlcera péptica y el linfoma de tratamiento muy diferente y además conlleva una baja morbilidad, por lo que debe considerarse el método de diagnóstico de elección ante la sospecha de C.G.

La ecografía, solo disponible en algunos centros permite evaluar con bastante precisión la profundidad de la lesión en la pared y en la afectación de los ganglios linfáticos más próximos a la pared gástrica. Es el método más sensible en el estudio de la extensión tumoral.

El carcinoma gástrico precoz (CGP) fue definido en 1962 por la Sociedad Japonesa de Endoscopia Gastrointestinal, como aquel C.G. que no infiltra más allá de la submucosa, independientemente de su extensión horizontal y de la existencia de metástasis ganglionares. Este término, como el de "early" fue criticado desde el principio ya que reunía una serie de situaciones distintas, con diferente profundidad de infiltración y con existencia o no de metástasis ganglionares.

¹⁷ Alvarez A. Salud pública y Medicina Preventiva. Ed El Manual Moderno, S.A. de C.V. México 1991.

1.6.8 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Dispepsia funcional
- Úlcera gástrica péptica.
- Acalasia.
- Estenosis péptica de esófago.
- Linfoma.
- Carcinoide

1.7. ASPECTOS GENERALES DE LAS OPCIONES DEL TRATAMIENTO

TRATAMIENTO DEL CANCER DE ESTOMAGO

Existen tratamientos para la mayoría de los pacientes con cáncer del estómago. Se emplea dos clases de tratamiento¹⁸:

- Cirugía.
- Quimioterapia.

La radioterapia y la terapia biológica se están evaluando en ensayos clínicos.

La cirugía es un tratamiento común para las etapas del cáncer del estómago. El médico puede eliminar el cáncer empleando uno de los siguientes procedimientos:

- Gastrectomía subtotal: se extrae la parte del estómago que contiene el cáncer y parte de otros tejidos y órganos que están cerca del tumor. También se extraen ganglios linfáticos cercanos. El bazo puede extraerse si fuera necesario.
- Gastrectomía total: se extrae todo el estómago y partes del esófago, el intestino delgado y otros tejidos cercanos al tumor. El bazo se extrae en algunos casos. También se extraen ganglios linfáticos cercanos. El esófago se conecta al intestino delgado para que el paciente pueda continuar comiendo y tragando.

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. La quimioterapia se puede tomar en forma de píldoras o introducirse en el cuerpo con una aguja en la vena o músculo. La quimioterapia se denomina un tratamiento sistémico debido a que el medicamento se introduce al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del estómago.

Los fármacos más utilizados son combinaciones de 5- fluoracilo, adriamicina., cisplatino y leucovorín.

¹⁸ Instituto Nacional de Cancerología. Op Cit. p 267.

La radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas, y reducir los tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o de materiales que producen radiación (radioisótopos) introducidos a través de tubos plásticos delgados al área donde se encuentran las células cancerosas (radioterapia interna).

La terapia biológica trata de que el mismo cuerpo combata el cáncer. Emplea materiales hechos por el cuerpo o elaborados en un laboratorio para estimular, dirigir o restaura las defensas naturales del cuerpo contra la enfermedad.

1.7.1. TRATAMIENTO POR ETAPAS

El tratamiento para cáncer del estómago dependerá de la etapa de la enfermedad. La parte del estómago dónde se encuentra el cáncer y la salud general del paciente.

- CANCER GASTRICO ETAPA 0

El tratamiento podría ser cualquiera de los siguientes:

1. Cirugía para extraer el estómago (gastrectomía subtotal) con extirpación de nódulos linfáticos relacionados con el mismo (linfadenectomía).
2. cirugía para extraer el estómago entero y parte de los tejidos que lo rodean (gastrectomía total) con la extirpación de los nódulos linfáticos relacionados con los mismo (linfadenectomía).

- CANCER GASTRICO – ETAPA I

El tratamiento podría ser cualquiera de los siguientes:

1. Cirugía para extraer el estómago (gastrectomía subtotal) con extracción de los nódulos linfáticos asociados (linfadenectomía).
2. Cirugía para extraer el estómago entero y parte de los tejidos que lo rodean (gastrectomía total).
3. Cirugía seguida de la quimioterapia más radioterapia.
4. Ensayo clínico que evalúe la quimioterapia junto con la radioterapia administrada antes de la cirugía.

- CANCER GASTRICO – ETAPA II

El tratamiento podría ser cualquiera de los siguientes:

1. Cirugía para extraer parte del estómago (gastrectomía subtotal) con la extirpación de los nódulos linfáticos relacionados con el mismo (linfadenectomía).
2. Cirugía para extraer el estómago entero y parte del tejido que lo rodea (gastrectomía subtotal), con la extirpación de los nódulos linfáticos relacionados con los mismos (linfadenectomía).
3. Cirugía seguida por quimioterapia con la radioterapia.
4. un ensayo clínico que evalúe la quimioterapia con la radioterapia administrada antes de la cirugía.

- CANCER GASTRICO – ETAPA III

El tratamiento podría ser de los siguientes:

1. Cirugía para extraer el estómago entero y parte del tejido que lo rodea (gastrectomía total) con la extirpación de los nódulos linfáticos relacionados con los mismos (linfadenectomía).
2. Cirugía seguida de quimioterapia.
3. Un ensayo clínico que evalúe la quimioterapia junto con la radioterapia administrada antes de la cirugía.

- CANCER GASTRICO ETAPA IV

El tratamiento podría ser cualquiera de los siguientes:

1. Cirugía para extraer el estómago completo y algunos tejidos alrededor del mismo (gastrectomía total) con la extirpación de los nódulos linfáticos relacionados con los mismos (linfadenectomía) seguida de la quimioterapia más radioterapia.
2. Estudio clínico que evalúe la quimioterapia más radioterapia administrada antes de la cirugía.
3. Quimioterapia paliativa con:
 - Fluoracilo.
 - Fluoracilo + doxorrubicina + motomicina – C.
 - Fluoracilo + doxorrubicina + cisplatino.
 - Fluoracilo + doxorrubicina + metrotexato de altas dosis.

Se ha publicado que la combinación etopósido + fluoracilo + leucovorin logran respuesta en muchos pacientes con enfermedad avanzada, aunque con toxicidad significativa.¹⁹

4. Cirugía de extracción y de esta manera aliviar los síntomas, disminuir la hemorragia o extraer el tumor que obstruye el estómago.
5. Radioterapia para aliviar los síntomas y de esta manera aliviar los síntomas. Disminuir hemorragia o extraer el tumor que obstruye el estómago.

1.7.2. CANCER GASTRICO- RECURRENTE.

La supervivencia es pobre con todas las estrategias de tratamiento disponible. Se podría estar desarrollando un papel para los antifolatos, el cisplatino y sus análogos, y para la modulación farmacológica.

El tratamiento puede consistir en uno de los siguientes:

1. Quimioterapia paliativa con:
 - Fluoracilo.
 -
 - Fluoracilo + doxorrubicina + mitomicina C.
 - Fluoracilo + doxorrubicina + cisplatino.
 - Fluoracilo + doxorrubicina + metrotexato en altas dosis²⁰

El etopósido + doxorrubicina + cisplatino puede producir resultados similares pero se han estudiado menos ampliamente o su uso no es tan común:

Se ha informado que las siguientes combinaciones: etopósido + fluoracilo + leucovorin y fluoracilo + leucovorin + doxorrubicina + cisplatino logran respuesta en más de la mitad de los pacientes tratados con enfermedad avanzada, con algunas respuestas completas

19 Kroeger, A. Y Luna, R.: Atención Primaria de Salud, Principios y métodos. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, 2da. Edición 1992. p. 565.

²⁰ Alvarez, A. Salud Pública y Medicina Preventiva. Editorial El Manual Moderno, S.A de C.V., México, 1991. p 368.

patológicamente confirmadas, aunque con toxicidad significativa.

2. Cirugía para aliviar los síntomas, disminuir la hemorragia o extirpar el tumor que obstruye el estómago.
3. Radioterapia para aliviar los síntomas, disminuir la hemorragia o reducir el tumor que obstruye el estómago.

1.7.3. TERAPEUTICAS DE LAS SECUELAS DEL TRATAMIENTO

Casi todos los pacientes gastrectomizados presentan pérdida de peso y requieren aporte de vitamina B12 por deficiencia del factor intrínseco, así como de hierro por vía parenteral. Deben modificar los hábitos alimenticios de una dieta fraccionada.

- PRONOSTICO

El pronóstico para los pacientes con cáncer gástrico es malo en países occidentales. La supervivencia global es de 5 a 15% a cinco años. En contraste, en Japón la supervivencia global a cinco años es de 60%.²¹

- VIGILANCIA

En los sujetos tratados con intento curativo, la vigilancia consiste en la valoración clínica mensual durante el primer año, acompañada de biometría hemática, pruebas de funcionamiento hepático, radiografía de tórax y ultrasonografía de hígado cada cuatro meses. Los siguientes tres años se hacen citas cada tres meses y los estudios paraclínicos cada seis meses. La endoscopia de control en ausencia de datos que indiquen recurrencia en cada seis meses.

²¹ Instituto Nacional de Cancerología. Op. Cit. p. 269.

CAPITULO II

2. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

2.1. PRESENTACION DEL CASO.

Se trata de paciente masculino de 64 años de edad, no aparente a la cronológica, ubicado en sus tres esferas, con palidez de tegumentos, mucosas orales deshidratadas, karnofsky de :90. Actividad normal con esfuerzo. Pérdida de peso importante, caquético, náusea, vómito, sensación de llenado. Con un diagnóstico médico de cáncer gástrico.

Ingresa para preparación para gastroyeyunostomía y si se puede gastrectomía subtotal, se inicia NPT por CVC el cual se coloco sin complicaciones, se instala SNG, se realizan lavados gástricos.

Debido a que actualmente se encuentra caquético y con pérdida importante de peso se administra NPT estándar debido a que su estado de nutrición a pesar del ayuno tan prolongado no se encuentra con estado nutricional tan malo, se adiciona un ampula de MVI más un ampula de tracefusin (oligomentos).

En la valoración por enfermería se encuentra con los signos vitales de:

- Temperatura: 36.7
- Frecuencia cardiaca: 72x'.
- Frecuencia respiratoria: 20x'.
- Tensión arterial: 110/60.

Y con:

- Peso: 53kg.
- Talla: 1.70cm.

2.2. VALORACION

2.2.1. CARACTERISTICAS PERSONALES.

Nombre: D.S.P. Edad: 64años. Sexo: masculino.

Estado civil: casado Religión: católica.

Escolaridad: primaria incompleta Ocupación: campesino.

Cuál es su objetivo de salud: encontrarme en las mejores condiciones para mi familia, primeramente Dios.

Motivo de ingreso: cirugía.

Está tomando medicamentos: no

Signos vitales: Temperatura: 36.7. Pulso. 72x'. Frecuencia respiratoria: 20. Tensión arterial: 110/60.

Familia número de miembros: 8. Con quien vive: con cinco de ellos.

Problemas de relación familiar: no.

1.- OXIGENACION

Estado de vida: sedentaria.

Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse: si.

Patrón respiratorio: ritmo normal. Regularidad: 18x'. Profundidad: normal.

Secreciones: Tos.

Cuantos cigarros fuma al día. 4. Y a la semana una cajetilla

Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorio: ninguno.

2.- NUTRICION E HIDRATAACION

Se alimenta sólo: si.

Horario y número de comidas: alimentación tres veces al día.

Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día: café con leche, agua natural, aproximadamente dos litros al día.

Preferencia o desagradados: prefiere frutas y carne ahumada de cerdo.

Patrones de aumento o pérdida de peso: si pérdida de peso de hasta 10 kg.

Suplementos de alimentación: no.

Conocimiento de factores que favorecen la digestión: no.

Anorexia, náuseas, vómito, indigestión heperácidez: si desde el inicio del padecimiento hasta la fecha.

Medidas para purificar el agua: se toma del pozo.

Revisión: Peso: 53Kg. Talla: 1.70cm. Boca: tiene poca capacidad para masticar y deglutir.

Lengua: mala hidratación, sin úlceras ni datos de inflamación.

Encías: Con color rosado, sin edema ni presencia de sangrado, no refiere dolor.

Dientes: caries dental, y sensibilidad al frío.

Labios: secos y deshidratados.

3.- ELIMINACION

Frecuencia y cantidad en 24 hrs. Heces: una vez al día. Orina: 5 veces al día.

Color y consistencia: Heces: semisólidas y de un tiempo para acá oscuras. Orina: concentrada.

Ardor o dolor al evacuar: no. Orina: ardor.

Estreñimiento: no. Hemorroides: no.

Problemas de: urgencia, retención, incontinencia, infecciones: no.

Intestino: dolor, diarrea, flatulencias, heridas (cicatriz de operación por cornada de toro a los 42 años).

Genitales: sin problema.

4.- MOVERSE Y MANTENER LA POSTURA.

Patrones de actividad y ejercicio, en su casa, en el trabajo y en el tiempo libre: realiza poca caminata en su tiempo libre, ya que no le gusta hacer ejercicio, además de las actividades que realiza en su casa y trabajo.

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura: realiza movimientos pasivos y utiliza adecuado calzado.

Limitación en la deambulaci3n: si, se fatiga con facilidad.

Postura habitual en relaci3n al trabajo: la mayor parte del tiempo est3 agachado.

Dolor muscular, inflamaci3n de articulaciones: si a veces le llega a dolor la espalda por el tipo de posici3n en el que se encuentra la mayor parte del tiempo, adem3s se le inflaman los pies.

Revisi3n: (capacidad funci3n, mano dominante, utilizaci3n de brazos, piernas y manos, fuerza, presi3n, marcha, utilizaci3n de aparatos): utiliza sus brazos y piernas con regular fuerza, presi3n, la mano derecha es la dominante, presenta marcha con problemas por la fatiga.

5.- DESCANSO Y SUEÑO

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta: aproximadamente 8 horas.

Alteraciones por estados emocionales: no.

Uso de reductores de tensi3n: no.

Facilitadores del sueño, masaje, relajaci3n, m3sica, lectura, medicamentos: lo relaja la m3sica.

6.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADA.

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse: no

H3bitos sobre higiene personal y del vestido: si.

Tiene los recursos econ3micos para vestir ropa limpia y que conserve el calor. No.

7.- TERMORREGULACION

Se protege en los cambios de temperatura ambiente: si.

Sensibilidad extrema al fr3o o al calor: si al fr3o.

Que valor le da a: comida, ropa, manejo adecuados en el control de la temperatura. A otras medidas f3sicas: lo considera de suma importancia sobre todo el balance de su comodidad, y con respecto a la ropa usa y compra la que le agrade.

8.- HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

H3bitos higi3nicos diarios que quiere mantener: higiene oral: si. Arreglo personal: si. Aseo de dientes, manos baño, con que frecuencia: si, generalmente baño cada tercer d3a. Aseo de dientes dos veces al d3a, lavado de manos es esencial, calculando un total de veinte veces al d3a.

9.- EVITAR PELIGROS

Prácticas que afectan la seguridad personal: café todos los días aproximadamente 3 tazas.

Recursos de salud y servicios médicos: no es derechohabiente.

Auto-examen de testículos: no.

Hogar: pisos y escaleras de cemento y no están resbalosos

Entorno físico, vecindario, presencia de peligros ambientales: no, todos se conocen entre sí.

10.- NECESIDADES DE COMUNICARSE

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos: si.

Relación con la familia y con otras personas: buena.

Utilización de mecanismos de defensa, (agresividad/hostilidad, desplazamiento): no.

Limitaciones físicas que interfieren en su comunicación: no.

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios: si.

Facilitadores de la relación: (confianza, receptividad, empatía, disponibilidad): si.

11.- VIVIR SEGÚN LAS CREENCIAS Y VALORES.

Frecuencia de algún servicio religioso: cada 8 días asiste a misa.

Valores que ha integrado en su estilo de vida: si ser buen padre y esposo.

En que medida sus valores se han alterado por su situación actual de salud: ha desatendido de sobremanera a su familia y esto hace sentirse mal. Aunque su esposa lo entiende y trata de tranquilizarlo.

Creencias significativas en este momento: pedir al Dios porque todo salga bien en la operación.

12.- NECESIDADES DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Historia laboral, tipo de trabajo, duración: es campesino y trabaja en ocasiones todo el día. El trabajo le provoca satisfacción o conflicto: satisfacción. La enfermedad, qué tipo de problema le ha traído: pérdida de peso, debilidad, no poder hacer lo que antes hacía sin problemas. Psicológicos, económicos, laborales, otros: no Capacidad de decisión y de resolver problemas: por lo general es muy decidido y determinante en sus decisiones. Además toma las cosas con calma.

Problema de: olfato, gusto, tacto, memoria, orientación: no.

13.- PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Interés, pasatiempos y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre: comparte con su y familia sus tiempos libres.

El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción: si.

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan: no, la situación hoy en día es difícil.

14.- NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Conocimiento del ser humano en su ciclo vital: pocas referencias. Conocimiento sobre el mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y auto cuidado que necesita: cree que se conoce lo suficiente para percatarse de que no se encuentra bien en salud y estado de ánimo.

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/enfermedad: si quiero saber si me voy a recuperar. Técnicas de autocontrol emocional, cambios necesarios en sus hábitos de vida: si hay algo que corregir en su vida lo quiere intentar. Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos, angustia: la inquietud de tener algo pendiente que realizar, o la angustia de no tener razón de lo que pasa la traición en cuanto a pensamientos y sentimientos, lo cual la conducta al dolor y la angustia aunque solo es a veces por lo que no puede concentrarse.

15.- SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Demuestra comodidad en la propia identidad sexual: si.

Capacidad para controlar la propia conducta sexual y reproductiva, de acuerdo con una ética personal y social: si. Superación del miedo, de los sentimientos de culpa y de otros factores psicológicos, que inhibe la respuesta sexual y deterioran las relaciones sexuales: en la actualidad vida sexual inactiva.

Otros problemas: no.

2.3. VALORACION EN EL PRE Y EL POSTOPERATORIO.

2.3.1 APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS DE VIRGINIA HENDERSON EN LA ATENCION DEL PACIENTE EN CIRUGIA GASTRICA.

Se ocupa de la identificación de las necesidades bio-psicosociales de los pacientes sometidos a procesos quirúrgicos, en el ámbito pre- intra y post quirúrgico, elaborando, poniendo en práctica y evaluando las acciones que desarrollará la enfermera para el bienestar del paciente, ayudándolo o supliéndolo en la cobertura de sus necesidades.

Asimismo, colaborará con otros profesionales sanitarios de este ámbito en medidas

preventivas, diagnósticas y rehabilitadora para el mantenimiento y restablecimiento de la salud.²²

2.3.2. PLAN DE CUIDADOS PREQUIRURGICO GENERAL

Amable de 64 años de edad, raza mestizo, casado, actualmente vive con esposa y cuatro de sus hijos, tiene buenas relaciones con su familia.

2.3.3. ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que ingresa al segundo piso de hospitalización cirugía para una intervención quirúrgica programada, debido a cáncer gástrico, acude al Instituto el 26-05-05 para la preparación e intervención, se recomienda apoyo con nutrición parenteral total debido al bajo peso importante y programar cirugía en 10 días aproximadamente. Se muestra impaciente por instalarse en su habitación y marcharse lo más pronto posible después de la intervención. Pregunta constantemente si tardará mucho tiempo en marcharse y si es como la primera vez.

A) EXPLORACION FISICA.

- . Aspecto general: aspecto regular, pelo limpio y aseado.
- . Peso: 53 kg.
- . Talla: 1.70 cm.
- . T/A: 110/70
- . Temperatura: 36.7ª
- . Frecuencia cardiaca: 76 x min.
- . Frecuencia respiratoria: 18 x min.
- . Dientes: caries dental.
- . Audición. Dentro de límites normales no presenta dificultad para oír.
- . Visión: Un poco borrosa en ocasiones, le lloran, pero no le dificulta la visión normal.
- . Dieta: Pobre en lípidos, le gusta comer de todo en especial comida ahumada y fruta.
- . Apetito: Desde que inicio su padecimiento, como muy poco.
- . Función motora: poca movilidad.
- . Piel: deshidratada.
- . Datos sobre la salud: Sabe que tiene que cuidarse y obedecer todo lo que mandan hacer para mejorar su salud.

B) ASISTENCIA INTRAOPERATORIA

La asistencia operatoria, se determina según la intervención que se ha de realizar y el tipo de anestesia que se va a administrar.

²² Henderson V. La naturaleza de la enfermeía.

PLAN DE CUIDADOS

- Traslado del paciente al quirófano y posición quirúrgica.
- Protocolos quirúrgicos específicos.
- Protocolos anestésicos.
- Protocolos en medidas de seguridad, esterilización y asepsia.
- Comunicación con el paciente.
- Información al familiar.

C) ASISTENCIA POSTOPERATORIA

La necesidad que se ven afectadas, dependerá en gran medida de la etapa postoperatoria que curse el paciente, variando de una a otra e interactuando con las fuentes de dificultad que más predominen en él.

2.3.4. VALORACION POSTOPERATORIA INMEDIATA

OBJETIVO:

Reunir datos referentes al estado postoperatorio del paciente para analizarlos, llegar a un diagnóstico eficaz y a las intervenciones adecuadas.²³ Identificar las necesidades del paciente, con base en el principio de que el primero es salvar su vida y estabilizarlo hemodinámicamente.

2.4. VALORACION POR NECESIDADES:

2.4.1. NECESIDAD DE OXIGENACION.

Función respiratoria: normal

Ventilación espontánea o inhibida.

- Frecuencia respiratoria. 20 x min.

Presencia de dispositivos para la ventilación:

- Cánula e Guedel.
- Uso de mascarilla.

²³ Murry MA et al. Proceso Atención de enfermería. Edit. McGraw-Hill Interamericana. 5ta ed. México 1996.

Auscultación de campos pulmonares.

- Relación inspiratoria/espíratória: 1.2 ó 1:3.

. Sibilancias.

- Presencia de secreciones.

Saturación de oxígeno.

- Menor del 90%.

Gasometrías arteriales:

- Ph 7.35 – 7.45.
- PCO₂ 35 – 45mmHg.
- PO₂ 80 – 95mmHg.
- HCO₃ 21 – 28 mEq/L
- SaO₂ 95 – 99%.

Inspección torácica:

- Estructura torácica: normal,..
- Uso de músculos accesorios para respirar.
- Retracción intercostal. No
- Palpación torácica. Si
- Coloración de la piel: Palidez.
- Cianosis peribucal. Si

Inspección:

- Radiografía de tórax.

Estabilidad hemodinámica.

- Presión arterial sistémica no invasiva.

Palpación:

- Edema. No
- Pulsos periféricos. Presentes.

Auscultación:

- Ruidos cardiacos. Rítmicos y normales.

Inspección.

- Edema. No
- Coloración de la piel: palidez.
- Alteraciones vasculares periféricas. Ninguna

Niveles hemáticos:

- hematócrito. 41 %
- Hemoglobina. 9.5gr/dl
- Leucocitos, 4,500-10,000/L.

Tiempos de coagulación:

- Tiempo de tromboplastina parcial TTP, 25-37 seg.
- Tiempo de protrombinma TP, 12-15seg.

2.4.2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

- Evaluación de la presión venosa central.
- Ingreso de líquidos intravenosos.
- Balance hídrico posquirúrgico.
- Balance sanguíneo postbomba.
- Ingreso de hemoderivados.
- Presiones pulmonares.
- Revisión de electrolitos:
 - Hipocalemia, menos de 3.5-4 mEq/L. Manifestaciones: arritmias, alcalosis metabólica.
 - Hiperkalemia, más de 4.5-5mEq/l. Causas: destrucción de glóbulos rojos por la bomba de circulación extracorpórea, insuficiencia renal, acidosis.
 - Hiponatremia, menos de 8.5-10.9 mg/dL. Causas: alcalosis debido a una reducción de calcio del líquido extracelular, transfusiones múltiples.
 - Hipercalemia, más de 8.5- 10.9mg/dl. Manifestación: arritmias.

Mucosas Orales.

Edema. No

Sonda nasogástrica:

- Coloración. No
- Permeabilidad. Si
- Tipo y cantidad de drenaje. Biliar

Abdomen.

- Distensión. No
- Coloración de la piel. Normal
- Ruidos peristálticos. Presentes

2.4.3. NECESIDADES DE ELIMINACION

Eliminación urinaria:

- uso de sonda vesical. Si
- Condiciones de la instalación. Favorables
- Permeabilidad. Presente
- Características de la orina. Turbia
- Cantidad. 500ml.

2.4.4. NECESIDAD DE MOVERSE Y TENER BUENA POSTURA

- Condición motora y sensorial. Disminuida
- Posición del paciente. Fowler
- Dolor. Presente.

2.4.5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- Estado de conciencia. Somnoliento.
- Automatismo respiratorio. Normal

2.4.6. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

- Temperatura corporal. 36.5°
- Coloración de la piel. Normal.

2.4.7. NECESIDAD DE HIGIENE Y COLORACIÓN DE LA PIEL

Herida quirúrgica:

- Características de la incisión. Vertical.
- Situación anatómica. Mesogástrico
- Coloración, calor y rubor de la piel adyacente. Normal
- Hemorragia. Ninguna

2.4.8. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Signos y síntomas sugestivos de complicaciones:

- PVC baja. 7mm
- Hipotensión. 90/60

Trastornos de la coagulación:

- Exceso de drenaje hemático. Escaso
- Tiempos de coagulación prolongados. No.

Hipovolemia:

- PVC baja. 7mm
- Hipotensión. 90/60
- Taquicardia. 100 x min.

Insuficiencia respiratoria:

- Gasometría con alteraciones. No.
- Saturación de oxígeno bajas. Menor de 90%
- Cianosis. Peribucal

2.5. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Como resultado de la valoración de enfermería se identifican diversos diagnósticos potenciales que se enfocan en alteraciones de los procesos vitales del paciente con cáncer gástrico.

2.5.1. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA EN EL PREOPERATORIO

1.- Déficit de conocimientos sobre el procedimiento quirúrgico y el curso postoperatorio.²⁴

OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
1.- Informar al paciente sobre el procedimiento quirúrgico, y los cuidados que llevara después de la cirugía.	<p>1.- Asegurarse que el paciente comprende el tipo de cirugía que va a tener.</p> <p>2.- Advertir al paciente que será colocado en posición de semifowler después que se recupere de la anestesia.</p> <p>3.- Advertirle que se le pedirá que respire profundamente y que tosa después de la operación.</p> <p>4.- Advertirle que se le pondrá una sonda nasogástrica después de la operación.</p> <p>5.- Se informa al paciente que recibirá líquidos por vía parenteral. Los líquidos por la boca se permiten cuando se extraiga la sonda nasogástrica y vuelva el peristaltismo.</p> <p>6.- Se informa que se agregaran alimentos blandos poco a poco.</p> <p>7.- Se le informa que recibirá ayuda para deambular el primer día después de la operación.</p> <p>8. Indicar al paciente que los apósitos de la herida pueden contener drenaje, y que informe de inmediato si hay exceso de drenaje o si aparece sangre rojo brillante.</p>	<p>1.- El conocimiento preoperatorio ayuda al paciente a comprender las razones de los procedimientos posoperatorios.</p> <p>2.- La posición modificada de fowler promueve la comodidad y drenaje del estómago.</p> <p>3.- La tos y la respiración profunda previenen las complicaciones pulmonares.</p> <p>4.- El tubo nasogástrico proporciona drenaje gástrico que puede contener sangre en las primeras 12hrs.</p> <p>5.- Los líquidos parenterales cubren las necesidades de líquido y nutricionales y compensan la pérdida por el drenaje y vómito.</p> <p>6.- Los pequeños incrementos de alimento y líquidos se inician para determinar la tolerancia del paciente.</p> <p>7.- La ambulación temprana previene la estasis venosa y la flebotrombosis.</p> <p>8.- Después de la operación se espera drenaje. serosanguinolento, en particular si se dejó sonda para drenaje.</p>	<p>° ayuda a seguir el régimen terapéutico.</p> <p>° Evitar la respiración encontrada por el dolor de la incisión.</p> <p>° Tolera la incomodidad de la sonda nasogástrica.</p> <p>° Acepta la restricción de líquidos por la boca.</p> <p>° Se adapta al régimen dietético.</p> <p>° Está deseoso de caminar tan pronto como sea posible para poder ser egresado.</p> <p>° Comprende que los apósitos contendrán drenaje y que se deben reforzar.</p>

²⁴ De Brunner y Suddarth, Enfermería Medicoquirúrgica, vol. I Ed. Interamericana, México 1994. p. 430.

2.- Ansiedad manifestada por el proceso quirúrgico inminente .²⁵

OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
1.- Emplear métodos para disminuir la ansiedad.	1.- Crear una relación basada en la confianza. a. Presentarse con el paciente. b. Tener una idea del problema del paciente. c. Ser constante en la asistencia y la manera de tratar al paciente. d. Aceptarlo como individuo. e. Proporcionar las intervenciones preoperatorios en forma clara y sencilla.	La ansiedad es una reacción normal al estrés y a las amenazas percibidas. Se trata de una emoción que surge ante la percepción de peligros, reales o imaginarios, que se experimenta de manera fisiológica, psicológica y conductual. La ansiedad y el miedo con frecuencia se emplean como sinónimos; pero el segundo de tales términos suele referirse a una amenaza específica y la ansiedad a otra inespecífica.	° Llama a la enfermera primaria por su nombre. ° Al momento de su hospitalización, reconstruyó los conocimientos que la originaron y siguieron; describió sus sentimientos como sigue: "No se que va a pasar"; no pudo identificar sus temores. ° Un día después de la hospitalización, expreso temores a lo desconocido e ira ante la situación; temor a la muerte, dependencia.
2.- Enseñar técnicas para enfrentar la ansiedad.	2.- Ayudarlo a identificar la ansiedad. a. Alentar la expresión de la ansiedad en el paciente. b. Permanecer con él cuando resulte apropiado. c. Ayudarle a identificar acontecimientos que intensifican la ansiedad. d. Analizar la relación del aumento de ansiedad con el funcionamiento fisiológico. e. Analizar la relación del aumento de la ansiedad con los patrones de conducta.	La ansiedad se considera un proceso que incluye los pasos siguientes: 1.- Se espera que ocurra algo. 2.- No ocurre lo esperado. 3.- Surge una tensión interna. 4.- Se manifiestan conductas de alivio de la tensión. 5.- se experimenta dicho alivio.	° Expresó que hablar es útil, pregunta cuándo regresa la enfermera; muestra relajación en su postura corporal. Proporcionó retroalimentación precisa de las instrucciones. ° Manifestó su ansiedad acerca de la operación, el aprendizaje para su pronta recuperación, los gastos del tratamiento y el regreso a su casa. ° Disminución en las reacciones fisiológicas a la ansiedad. ° Identifico lo siguiente conforme la angustia aumentó: apresuramiento, dolor cuándo se suprime al analgésico.

²⁵ De Brunner y Sudarth, Enfermería Medicoquirúrgica. Ed Interamericana. Vol I. México 1994. p 431.

3.- Alteración de la nutrición, menor que las necesidades corporales, relacionado con la ingreso deficiente de nutrimentos.²⁶

OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>1.- Logro de nutrición óptima.</p> <p>2.- Ausencia de infecciones.</p> <p>3.- Conservación del equilibrio volumétrico.</p> <p>4.- Logros del nivel óptimo de actividades dentro de las limitaciones individuales.</p>	<p>1.- mantener las bolsas de NPT refrigeradas hasta el momento de su administración.</p> <p>2.- La velocidad de la perfusión inicial debe ser de 1ml/min durante 30min, período en que el paciente debe ser vigilado atentamente, por si aparecen reacciones alérgicas.</p> <p>3.- Los apósitos de la vía de alimentación parenteral, deben cambiarse cada 48hrs.</p> <p>4.- Los pacientes sometidos a NPT deben estar bajo control de temperatura, diuresis y gravedad específica de orina cada 6hrs.</p> <p>5.- Debe comprobarse el punto de inserción EV en busca de signos de infiltración, edema de cuello, cara o manos, así como la distensión de las venas de las manos y cuello.</p> <p>6.- Las soluciones de NPT se preparan para ser administradas secuencialmente.</p> <p>7.- Una de las complicaciones de la NPT prolongada es el contenido del descenso de los ácidos grasos.</p>	<p>1.- La terapia hiperalimentaria, también denominada alimentación parenteral total, proporciona la cantidad necesaria de aminoácidos, calorías y electrolitos en una pequeña cantidad de líquido.</p> <p>2.- La cantidad adecuada para cada individuo es preparada por la farmacia del hospital, de acuerdo con las indicaciones del médico.</p> <p>3.- Dado que las soluciones están muy concentradas, será necesario el uso de agujas de gran calibre o catéteres insertados en venas grandes (yugular, vena subclavia).</p> <p>4.- Las principales complicaciones de la NPT son la sepsis y el desequilibrio electrolítico.</p> <p>5.- El cese brusco de la NPT puede dar lugar a la hipoglucemia. Mientras el organismo se adapta al elevado contenido de glucosa es posible que aparezca hiperglucemia, incluso aunque se haya añadido insulina a la solución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ° El paciente conserva el equilibrio nutricional. ° Logra conservar el peso corporal normal para su cirugía. ° Logra conservar una hidratación adecuada. ° El paciente se encuentra normotermico. ° Ausencia de drenaje purulento en el sitio de inserción del catéter. ° Se mantiene la integridad de la línea I.V. ° Hidratación adecuada de la piel. ° Conserva un adecuado control de líquidos.

²⁶ De Brunner y suddarth , Enfermería Medicoquirúrgica, Ed Interamericana. Vol I. P 967-969.

2.5.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA EN EL INTRAOPERATORIO:

1.- Alto riesgo de lesión relacionado con la estancia del paciente en el quirófano.²⁷

OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
1.- Evitar cualquier riesgo o lesión durante el tiempo que permanezca el paciente en el quirófano.	<p>1.- Tranquilizar al paciente a su llegada al quirófano, explicándole el entorno que lo rodea en forma amable y cortés.</p> <p>2.- Presentar a los miembros del equipo.</p> <p>3.- Explicarle lo que se le va hacer para evitar cualquier reacción violenta.</p> <p>4.- Colocar la parte anestesiada en una posición cómoda, evitando traumatismos y presiones.</p> <p>5.- No dejar solo al paciente durante su estancia en el quirófano.</p> <p>6.- Animar al paciente a pedir ayuda siempre que lo necesite.</p> <p>7.- Vigilar los signos vitales después de la anestesia y la recuperación de sus funciones: físicas y mental.</p>	<p>1.- La fase intraoperatoria, consiste en aplicar anestesia al paciente y prepararlo para cirugía.</p> <p>2.- La enfermera trasoperatoria, anestesista o anestesióloga colaboran con el cirujano para lograr resultados satisfactorios para el paciente.</p> <p>3.- Antes de la cirugía, la enfermera transoperatoria puede visitar al paciente para establecer una relación de confianza, comentar la experiencia y contestar preguntas.</p> <p>4.- la principal atención debe enfocarse a la seguridad del paciente.</p> <p>5.- La anestesia general por lo común se administra por inhalación o por vía endovenosa. Se clasifica en cuatro etapas fisiológicas: la I, II y la III y son normales, en tanto la IV pone en peligro la vida.</p>	<p>° Una vez que el paciente salió del quirófano, se observa que respira con ayuda de nebulizador.</p> <p>° La piel es adecuada en cuanto a coloración, no hay abrasiones, quemaduras ni equimosis.</p> <p>° Se vigilan los tipos de drenes, cuenta con un penrose, sonda de foley, sonda nasogástrica, catéter venoso central, los cuales no presentan acodaduras ni obstrucciones y funcionan adecuadamente.</p> <p>° Apósito adecuado para drenaje, fijados con seguridad.</p>

²⁷ De Brunner y Suddarth, Enfermería Medicoquirúrgica, Ed. Interamericana. Vol I México. P 462-463.

2.5.3. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO:

1.- Alto riesgo de déficit volumétrico, relacionado con evento quirúrgico.²⁸

OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
1.- Prevenir que el paciente no caiga en choque por la pérdida de líquidos.	1.- Se valora al paciente en busca de signos de choque: a. Evaluar el drenaje de los apósitos. b. Evaluar la presión sanguínea. c. Administrar sangre y líquidos, según se indique. c. Indicar al paciente que informe si hay síntomas.	1.- La disminución del volumen sanguíneo circulatorio puede ocasionar choque hipovolémico.	° alerta a la enfermera sobre desvanecimientos, aumento de la frecuencia cardíaca, confusión, fatiga excesiva o enfriamiento de la piel.
2.- Prevenir algún tipo de hemorragias.	2.- Estar alerta de signos de hemorragia: a. Observar el aspirado gástrico. b. Observar la línea de sutura en busca de hemorragia. c. evaluar la presión sanguínea del pulso y la frecuencia respiratoria. d. Preparar al paciente para la transfusión de sangre e iniciar la terapéutica, según se indique. e. Si continúa la hemorragia, preparar al paciente para intervención quirúrgica.	2.- La hemorragia puede ocasionar choque hipovolémico y la muerte.	° Alerta a la enfermera sobre signos de hemorragia.
3.- Llevar un estricto control de líquidos.	3.- Vigilar y registrar el ingreso y egreso por hora. El paciente debe excretar al menos 30ml/hr.	3.- el manejo de líquidos suele modificarse antes de la operación. Durante la misma y después de ella.	° Esta hidratado adecuadamente según lo demuestra lo siguiente: . Excreción urinaria mayor de 30ml/hr. . Signos vitales estables. . Sin edema periférico excesivo.

²⁸ De Brunner y Suddarth, Enfermería Médicoquirúrgica. Ed. Interamericana, Vol I México. P. 964.

2.- Nutrición alterada, menor que los requerimientos corporales, relacionado con ayuno prolongado.²⁹

OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>1.- Lograr una nutrición óptima.</p>	<p>1.- Administrar líquidos intravenosos según se prescriba.</p> <p>2.- administrar líquidos por la boca, según se prescriba, cuando se recupere los sonidos intestinales.</p> <p>3.- Aumentar la ingestión de líquidos según lo tolere el paciente.</p> <p>4.- Dar dieta blanda al paciente con complementos vitamínicos según su estado patológico.</p> <p>5.- Mantener el suplemento de hierro y vitaminas según se prescriba.</p> <p>6.- Desalentar el consumo de alimentos que puedan provocar el síndrome de vaciamiento rápido., alentar el consumo de cantidades moderadas de grasa y bajas de carbohidratos.</p>	<p>1.- Los líquidos intravenosos ayudan a prevenir el choque y mantener el equilibrio de líquidos y electrólitos.</p> <p>2.- Los sonidos intestinales positivos indican que hay peristaltismo.</p> <p>3.- Mantiene el equilibrio de líquidos.</p> <p>4.- Los alimentos blandos son menos irritantes para la mucosa intestinal.</p> <p>5.- El hierro y las vitaminas son necesarios como complemento de la dieta postoperatoria para la reparación tisular y prevenir la anemia.</p> <p>6.- La disminución de la hipertonicidad intestinal previene la eliminación osmótica de líquido extracelular al área intestinal.</p>	<p>° Coopera en la terapéutica endovenosa.</p> <p>° Acepta líquidos, según los tolere.</p> <p>° Se adhiere a la dietoterapia.</p> <p>° Ingiere suplementos de hierro y vitaminas, según se prescriba.</p> <p>° Se adhiere a la dietoterapia.</p>

²⁹ De Brunner y Suddarth. Enfermería Medicoquirúrgica. Ed Interamericana. Vol I. México. P 964.

3.- Alto riesgo de infección relacionado con evento quirúrgico y presencia de drenajes.³⁰

OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
1.- Valorar algún tipo de infección, por la instalación de drenajes.	1.- Valorar la herida en busca de signos y síntomas de infección, como enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad, drenaje purulento., fiebre. Informar si aparecen.	1.- Bebe limpiarse la herida; puede ocurrir cierto drenaje serosanguinolento las primeras 24hrs y luego desaparecer.	° No muestra signos ni síntomas de infección.
2.- Valorar infecciones por el evento quirúrgico.	2.- Valorar el abdomen en busca de signos de peritonitis: sensibilidad, rigidez, distensión.	2.- Puede ocurrir peritonitis después de la cirugía gástrica.	° No muestra signos de peritonitis.
3.- Prevenir infecciones.	3.- Administrar antibióticos profilácticos según se prescriba.	3.- Los antibióticos se administran frecuentemente después de la cirugía abdominal para prevenir infección.	° No hay reacción a los antibióticos.

³⁰ De Brunner y Suddart. Enfermería Medicoquirúrgica. Ed. Interamericana. Vol. I México 1994. p 964- 965.

4.- Dolor y molestias relacionado con el evento quirúrgico y la presencia de la sonda nasogástrica.³¹

OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
1.- Disminuir el dolor ocasionado por el evento quirúrgico.	1.- Evaluar con frecuencia el dolor, antes y después de la administración de analgésicos.	1.- La intensificación del dolor suele indicar la aparición de complicaciones (pancreatitis, peritonitis, perforación de vísceras o fugas en la anastomosis).	<ul style="list-style-type: none"> ° Señala la disminución del dolor y las molestias. ° Experimenta disminución de la intensidad o la frecuencia del dolor.
2.- Administración de analgésicos.	2.- Administrar los analgésicos con frecuencia, según las ordenes del médico.	2.- Los antecedentes del uso de analgésicos contra el dolor persistente suele modificar la respuesta a estos medicamentos y hacer que se precisen dosis más grandes.	<ul style="list-style-type: none"> ° Toma el analgésico según las ordenes del médico. ° Cambia de posición con frecuencia y asume posiciones cómodas. ° Descansa cómodamente sin dolor ni molestias.
3.- Explicar las consecuencias y el uso de la sonda nasogástrica.	3.- Ayudar al paciente para que asuma una posición cómoda.	3.- Los cambios de posición alivian la presión en áreas específicas y disminuyen la presión y tensión sobre las líneas de sutura.	<ul style="list-style-type: none"> ° La piel de los tejidos de los orificios nasales exteriores se mantienen intactos, sin irritación, en el sitio de entrada de la sonda nasogástrica. ° No hay dolor ni irritación de nasofaringe u orificios nasales exteriores. ° La mucosa del la boca y la nasofaringe estén húmedas y limpias. ° No hay sed excesiva. ° Expresa los fundamentos de la sonda nasogástrica. Y la aspiración.
	4.- Aplicar un lubricante hidrosoluble en los orificios externos de la nariz.	4.- Se lubrican los tejidos y disminuye la fricción en el sitio de entrada de la sonda nasogástrica.	
	5.- Administrar higiene bucal y enjuagues con colutorios.	5.- Se alivian sequedad e irritación de la bucofaringe.	
	6.- explicar las razones del uso de la sonda y el drenaje.	6.- La información mejora la capacidad del paciente para adaptarse a la sonda nasogástrica.	

³¹ De Brunner y Suddart, Enfermería Medicoquirúrgica. Ed. Interamericana. Vol. II México 1994. p. 1180.

5.- Alteración de la función respiratoria, relacionado por el evento quirúrgico, la inmovilidad y la anestesia prolongada.³²

OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>1.- Mejorar la función respiratoria.</p> <p>2.- Prevenir la presencia de secreciones en boca y faringe.</p> <p>3.- Cambiarlo de posición frecuentemente.</p>	<p>1.- evaluar el estado respiratorio: Dependencia respecto al ventilador mecánico, frecuencia y otras características, excursión torácica, ruidos respiratorios normales y adventicios.</p> <p>2.- Aspirar las secreciones de bucofaringe, según la necesidad del paciente.</p> <p>3.- Alentar al paciente para que tosa y respire profundamente cada hora.</p> <p>4.- Ayudar a los cambios de posición cada hora.</p>	<p>1.- La disminución de los movimientos respiratorios a causa de incisiones quirúrgicas, inmovilidad prolongada y anestesia con frecuencia origina que las respiraciones sean ineficaces y se retengan las secreciones pulmonares.</p> <p>2.- La retención de secreciones obstaculiza adecuado de gases.</p> <p>3.- la tos y la respiración profunda facilitan la expectoración de secreciones pulmonares y previenen la atelectasia.</p> <p>4.- los cambios frecuentes de posición facilitan el drenaje de todos los lóbulos pulmonares.</p>	<p>° La frecuencia respiratoria es de 12 a 18 ciclos / min. Con excursión torácica adecuada.</p> <p>° La respiración eficaz, sin necesidades de ventilador mecánico.</p> <p>° Los ruidos respiratorios son normales y no hay ruidos adventicios.</p> <p>° Respira profundamente y tose cada hora al tiempo que protege las incisiones abdominales.</p> <p>° La tos es productiva, con esputo transparente o blancuzco.</p> <p>° Cambia de posición con frecuencia.</p> <p>° La temperatura corporal es normal y no hay infecciones respiratorias.</p>

³² De Brunner y suddarh, Enfermería Medicoquirúrgica, Ed. Interamericana, Vol II, México 1994. p 1180.

6.- Posibles trastornos de la piel y la integridad de los tejidos.³³

OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
1.- Mejorar la integridad de la piel y los tejidos.	1.- Evitar la presión sobre la anastomosis y suturas: a. Irrigar la sonda nasogástrica y otras de drenaje lentamente sólo si lo indica el médico. b. Evaluar la adecuación del drenaje, sonda nasogástrica y otros sistemas de drenaje. c. Prevenir las acodaduras de los tubos o sondas.	a Se logra el libre flujo por los tubos de drenaje, el cual evita aumentar la presión dentro de ellos y la disrupción de la anastomosis y las líneas de sutura. b. Se logra el libre tránsito por los tubos de drenaje. c. Se previene la acumulación de presión dentro de los tubos y la presión sobre la anastomosis misma.	<ul style="list-style-type: none"> ° El tipo de drenaje de la sonda nasogástrica y otros drenajes es el adecuado. ° No hay efectos adversos después de la irrigación de los tubos y sondas de drenaje, si se precisa tal irrigación. ° restauración de los ruidos intestinales normales. ° Ausencia de distensión abdominal. ° Expulsión de flatos. ° No hay náusea ni vómito. ° La incisión quirúrgica está limpia, sin signos de infección, inflamación o formación de abscesos. ° Muestra normotermia. ° Piel íntegra y de color normal, sin signos de maceración, irritación ni excoriación. ° No hay drenaje purulento ni de secreciones gastrointestinales en la superficie cutánea. ° No aumenta el dolor ni la presión en las incisiones quirúrgicas o sitios de salida de las sondas de drenaje.
2.- Verificar la presencia de ruidos intestinales.	2.- No reanudar la ingestión en tanto se restaure la función gastrointestinal y se prescriba la ingestión.	2.- La ingestión pronta de alimentos y líquidos puede causar distensión abdominal y vómito, con lo que aumenta el riesgo de disrupción de las anastomosis quirúrgicas.	
3.- Observar heridas quirúrgicas.	3.- Evaluar los ruidos intestinales y el abdomen en busca de distensión. 4.- Inspeccionar las incisiones quirúrgicas en búsqueda de inflamación, infección y formación de abscesos. 5.- Inspeccionar la piel en búsqueda de maceración, irritación y excoriación. 6.- conservar la asepsia en el manejo de los apósitos de la incisión, el drenaje y todas las secreciones.	3.- Se obtienen datos acerca de la función gastrointestinal y la obstrucción intestinal inicial. 4.- El estado nutricional deficiente y la cirugía extensa aumenta la susceptibilidad a la deficiente cicatrización de incisiones y aumenta el riesgo de maceración de la piel y los tejidos. 5.- Las fugas de drenaje gastrointestinal pueden causar digestión y excoriación de la piel. 6.- Se minimiza el riesgo de infección en pacientes susceptibles.	

³³ De Brunner y suddarth, enfermería Medicoquirúrgica, ed. Interamericana, vol II. México 1994. p. 1181.

7.- Alteración de la eliminación urinaria relacionada con el drenaje urinario.³⁴

OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>1.- mantenimiento de la eliminación urinaria.</p>	<p>1.- Evaluar de inmediato el sistema de drenaje urinario.</p> <p>2.- Evaluar el gasto de drenaje urinario y el libre flujo del sistema de drenaje.</p> <p>3.- Emplear técnicas de asepsia y lavado de manos cuando se brinda asistencia y se manipula el sistema de drenaje.</p> <p>4.- Mantener cerrado el sistema de drenaje urinario.</p> <p>5.- Ayudar al paciente a cambiar de posición y moverse en la cama, y durante la ambulación para evitar el desplazamiento o desconexión accidental de la sonda urinaria.</p> <p>6.- Observar color, volumen, olor y otros contribuyentes de la orina.</p> <p>7.- Limpiar suavemente con jabón el meato urinario durante el baño.</p> <p>8.- Fijar el tubo de drenaje.</p> <p>9.- Ayudar a alentar la ambulación temprana, y asegurar la colocación del sistema de drenaje urinario.</p>	<p>1.- Sirve de base para evacuaciones y acciones ulteriores.</p> <p>2.- Sirve de base.</p> <p>3.- Se previenen o disminuyen los riesgos de contaminación del sistema de drenaje urinario.</p> <p>4.- Disminuye el riesgo de contaminación bacteriana e infecciones.</p> <p>5.- Evita el traumatismo accidental de la sonda urinaria, que requiere instrumentación repetida.</p> <p>6.- Brinda información sobre lo adecuado del gasto urinario, condición y permeabilidad del sistema de drenaje urinario.</p> <p>7.- Elimina los desechos y las incrustaciones sin causar traumatismo o contaminación de la uretra.</p> <p>8.- Previene el movimiento o desplazamiento del tubo de drenaje urinario, y reduce al mínimo el traumatismo y la contaminación de la uretra o el catéter.</p>	<p>° Muestra gasto urinario adecuado y permeabilidad del sistema de drenaje.</p> <p>° Muestra gasto urinario consistente con el ingreso de líquidos.</p> <p>° Demuestra valores normales de laboratorio.</p> <p>° Los cultivos de orina son negativos.</p> <p>° La orina es transparente y sin desechos o incrustaciones en el sistema de drenaje.</p> <p>° Establecer los fundamentos para evitar el manejo del catéter, drenaje o sistema de irrigación.</p> <p>° Muestra temperatura corporal normal sin signos de infección de vías urinarias.</p> <p>° Ingiere cantidades adecuadas de líquidos.</p> <p>° Mantiene el sistema de drenaje urinario en su lugar en tanto no lo quite o suspenda el médico.</p> <p>° Mantiene el sistema de drenaje urinario sin infección ni obstrucción.</p>

³⁴ De Brunner y suddarth, enfermería medicoquirúrgica. Ed interamericana. Vol II México 1994. p 1236.

2.6. EJECUCION DEL PLAN

Los principales componentes de los cuidados directos de enfermería y la educación para el paciente están en relación con el control de la nutrición.

2.6.1. Nutrición:

Se refiere al proceso corporal para utilizar el alimento. Incluye el consumo de cantidades y clases correctas de alimentos para las necesidades del cuerpo, la digestión de los alimentos de modo que el organismo pueda aprovechar los nutrientes³⁵, la absorción de los nutrientes en la corriente sanguínea; el uso de nutrientes individuales en las células del cuerpo para la producción de energía y el mantenimiento y desarrollo de las propias células, los tejidos, los órganos y la eliminación de desechos.

Nutrientes: son aquellas 50 o más sustancias químicas contenidos en los alimentos y que el cuerpo necesita. Se divide en seis clases: proteínas y aminoácidos; grasas y ácidos grasos; carbohidratos; elementos minerales, vitaminas y agua.

los requerimientos calóricos para pacientes de peso normal son de 2200 a 2500 calorías., por lo menos que el 45% de las calorías totales sean provenientes de carbohidratos (200 a 300g.) 30% grasa (70 a 80g.) y 25 de proteínas (100 a 125g.)

Un estado de buena nutrición, anterior a una intervención quirúrgica, favorece la cicatrización de la herida, aumenta la resistencia a la infección, corta el periodo de convalecencia y disminuye la tasa de mortalidad. Por otra parte, un estado de mala nutrición anterior a la operación produce una pérdida de peso excesiva, cicatrización defectuosa de la herida, edema y deshidratación, morbilidad motilidad reducida del tubo gastrointestinal y úlceras de decúbito. Los niveles de proteína, hemoglobina y electrolitos séricos a menudo están reducidos. Los pacientes mal nutridos casi siempre representan un riesgo mayor durante y después de la intervención quirúrgica.

2.6.2. NURICION PARENTERAL TOTAL

Los líquidos parenterales suelen consistir de una solución salina fisiológica, a la que se pueden añadir 5% de glucosa, aminoácidos, electrolitos, vitaminas y medicamento. No son nutricionalmente adecuados, pero mantienen el equilibrio de los líquidos y electrolitos durante el periodo postoperatorio inmediato.

La nutrición parenteral consiste en la provisión de nutrientes mediante su infusión a una vía venosa a través de catéteres específicos, para cubrir los requerimientos metabólicos.

³⁵ Mahan L. Kathleen. Krause. Nutrición y Dietoterapia. 8ª ed. México D.F. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 1995. p. 35.

Complicaciones asociadas al uso de nutrición parenteral.

Complicaciones a corto plazo:

- Complicaciones técnicas relacionadas con la inserción del catéter.
- Trombosis y oclusión.
- Infecciones.
- Alteraciones metabólicas: déficit de nutrientes, exceso de nutrientes, peroxidación lipídica.

Complicaciones a largo plazo:

- Complicaciones mecánicas relacionadas con el catéter: rotura, desplazamiento u obstrucción del catéter.
- Trombosis del sistema venoso.
- Complicaciones infecciosas.
- Complicaciones metabólicas: complicaciones óseas, complicaciones hepatobiliares y otros como: renales, déficit de nutrientes.
- Problemas sociales y del desarrollo.

Después de una gastrectomía suelen presentarse problemas. Al faltar los jugos gástricos, toda la digestión de proteína debe hacerse en el intestino delgado. La grasa es menos bien utilizada debido a la mezcla inadecuada de los alimentos con jugos digestivos. En ausencia de jugo gástrico, el hierro se absorbe menos bien y con frecuencia sobreviene anemia por deficiencia de hierro. Puesto que el estómago no produce ya el factor intrínseco, la vitamina B 12 deja de absorberse.

A menos que se le inyecte está vitamina, el paciente sufrirá de anemia perniciosa algunos años más tarde. La pérdida de peso común, y muchos pacientes nunca recuperan los niveles de peso deseables.

Inmediatamente después de la gastrectomía, suelen administrarse 60 a 90ml. De líquidos claros por hora. Hacia el tercer día, generalmente se permite una dieta líquida completa o de muy pocos residuos. Sin embargo, los alimentos se introducen gradualmente, en comidas muy pequeñas y a intervalos frecuentes. Se da preferencia a los alimentos altos en proteínas y grasa y bajos en carbohidratos.

2.7. SINDROME DE VACIAMIENTO RAPIDO

Algunos pacientes que ha sido sometidos a gastrectomía se quejan de náusea, debilidad, diaforesis y mareo poco tiempo después de las comidas. Son frecuentes los vómitos, la diarrea y pérdida de peso.³⁶

³⁶ C.H. Robinson, E. S. Weigley, nutrición Básica y dietoterapia, Ed. La Prensa Medica Mexicana 5ta ed. México 1990. p 390.

Estas molestias son producidas por la entrada rápida del material alimenticio directamente al tubo intestinal. La gran cantidad de carbohidratos absorbe agua de la circulación sanguínea hacia el intestino delgado, reduciendo así el volumen de la sangre circulante. Los azúcares se absorben rápidamente en la sangre. Esto causa la producción de demasiada insulina, y en poco tiempo el azúcar sanguíneo desciende a niveles muy bajos, produciendo síntomas de choque insulínico, como también aquellos que acompañan la reducción de volumen de sangre circulante.

2.8. DIETA FRACCIONADA PARA EL PACIENTE.

2.8.1. PRIMER DIA POSTOPERATORIO

- 30ml de té de manzanilla sin azúcar, cada hora hasta ingerir 360ml.

2.8.2. SEGUNDO DIA:

- 60ml de té de manzanilla sin azúcar cada hora, de 8:00 a 11:00 hrs. (240ml).
- 60ml de atole sin leche (1 cucharadita = 5gr de harina de arroz y 5g de casec o casilan en agua hervida) cada 2 hrs. De 12:00 a 2:00hrs (300ml).

2.8.3. TERCER DIA:

- 60ml de atole sin leche (5g de harina de arroz, 5g de casec o casilan y 5g de protevit en agua hervida) cada 2hrs, de 8:00 a 12hrs (180ml).
- 13:00hrs. 60ml de consomé de pollo desgrasado., 60ml de jugo de manzana envasado, diluido (30ml de jugo/30ml de agua hervida)., una rebanada de pan blanco sin orillas tostado.
- 16:00hrs. 100g de fruta molida con 40ml de agua (manzana o papaya sin azúcar), 60ml de atole sin leche (5g de harina de arroz, 5g de casec o casilan y 5g de pritevit en agua hervida).
- 18:00hrs. 120ml de atole sin leche (10g de harina de arroz, 10g de casec o casilan y 10g de protevit en agua hervida). 2 rebanadas de pan blanco sin orillas tostado.
- 21:00hrs. 120ml de atole sin leche (10g de harina de arroz, 10g de casec o casilan y 10g de protevit en agua hervida).

2.8.4. CUARTO DIA:

- 60ml de atole sin leche (5g de harina de arroz, 5g de casec o casilan y 5g de protevit en agua hervida) cada 3 hrs. De 8:00 a 20:00hrs. (300ml).
- 9:00hrs, un huevo tibio, una taza de gelatina de agua.
- 12:00, 1 rebanada de pan blanco sin orillas tostado, 1 taza de puré de vegetales cocidos.
- 15:00hrs, 100g de fruta molida con 40ml de agua (manzana o papaya sin azúcar), una rebanada de pan blanco sin orillas tostado.
- 16:00, 200ml de jugo de manzana diluido (140ml de jugo/60ml de agua hervida), una taza de gelatina de agua.
- 18:00, 1 taza de puré de vegetales cocidos, 2 rebanadas de pan blanco sin orillas tostado (con ½ cucharadita de margarina).
- 21:00, 1 taza de gelatina de agua.

2.8.5. QUINTO A SEPTIMO DIA:

DIETA:

- baja en residuo, sin azúcar simples, baja en grasa, sin irritantes, (de acuerdo a la listas de alimentos permitidos).
- Licuada o de consistencia suave.
- Fraccionada en cinco tomas (alternando líquidos y alimentos sólidos con una hora de diferencia). Hasta integrarse una dieta blanda tomando en cuenta recomendaciones generales.

CAPITULO III

3. PLAN DE ALTA

3.1 OBJETIVO.

- a) Dar a conocer la tabla de alimentación para cálculo de contenido en carbohidratos y así poder llegar al requerimiento necesario.
- b) Dar a conocer medicamentos y vía de administración.
- c) Dar a conocer posibles complicaciones así como signos de alarma:
 - choque.
 - Hemorragia

Dieta: blanda fraccionada en quintos

Desayuno: Thé, Atole, Pan tostado, y Fruta.

Colación: Huevo, fruta.

Comida: Carne, Pescado, o Pollo, Verduras, Fruta, Arroz.

Colación: Verduras bien cocidas.

Cena: Leche, Cereal, fruta.

Colación:

Medicación:

- 1- Dolac 10mg vo, cada 8hrs, tres veces al día por 7 días.
- 2- Zinnat 500mg vo, cada 8 hrs por 7 días.
- 3- Primperam 10mg v.o. antes de los alimentos cada 8 hrs.

3.2. TABLA DE ALIMENTOS PARA EL CALCULO DEL CONTENIDO EN CARBOHIDRATOS

25 gramos de hidratos de carbono están contenidos en

Bebidas alcohólicas.		Jugos de fruta sin azúcar o frescos.	
Cerveza clara	1000g.	Manzana	200g.
Coñac	(no contiene).	Fresa	500g.
Vino de Magála	130g.	Frambuesa.	400g.
Cerveza tipo pilsen	480g.	Grosella	340g.
Vino de oporto	400g.	Cereza amargas	240g.
Mosto	380g.		
Vino espumoso seco	600g.	Productos lácteos	
		Suero de mantequilla	640g.
Pan harinas y pastas.		Quesos grasoso	1400g.
		Leche condensada	220g.
Pan de Graham	56g.	s/azúcar	400g.
Pan integral	44g.	Leche de vaca	800g.
Tortillas	50g.	Queso fresco	700g.
Panecillo viena	44g.	Yogurt	800g.
Pan de centeno	50g.	Nata	
Pan de caja	50g.	Frutos secos	
Pan blanco	50g.		180g.
Pan tostado	40g.	Cacahuates sin cáscara	70g.
Hojuelas de avena	36g.	Castañas sin cáscara	100g.
Macarrones	40g.	Avellanas sin cáscara	200g.
Fideos	36g.	Almendras sin cáscara	210g.
Arroz	36g.	Nueces sin cáscara	
Fécula de arroz	36g.	Verduras	
Harina de centeno	36g.		210g.
Sémola de trigo	32g.	Zanahoria	200g.
Fécula de trigo	30g.	Chícharos	380g.
		Col blanca	340g.
Papas y legumbres		Remolacha	800g.
Alubias y frijoles	60g.	Apio	
Lentejas	50g.		
Garbanzos	56g.		
Papas peladas y con cáscara	132g.		

FRUTAS	GRAMOS
Manzanas	400g.
Piña	360g.
Naranjas	420g.
Chabacano	360g.
Plátano	360g.
Peras verdes	350g.
Peras maduras	500g.
Moras	440g.
Fresas	400g.
Higos frescos	120g.
Mangos	200g.
Frambuesa	480g.
Grosella	380g.
Cereza dulce	150g.
Cereza amarga	200g.
Mandarinas	500g.
Uvas	140g.
Duraznos	450g.
Ciruelas	200g.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

3.3. ALIMENTOS PERMITIDOS EN ESTE PADECIMIENTO

2. Carne, pescado, pollo: de todo tipo, asado al horno o a la parrilla, o cocidos.
3. Huevos: 2-3, escalfados, revueltos, pasados por agua blandos o duros.
4. Pan: tostado, sólo una rebanada por comida.
5. Sustitutos del pan: galletas, soda, fideos, macarrones, espaguetis, arroz, patatas heridas o en puré, camote, sémola, alubias, elote, guisantes y frijoles secos cocidos.
6. Cereales: bien cocidos, una ración al día.
7. Verduras: de todas clases, solo una ración por comida.
8. Frutas: frescas, ensaladas, congeladas sin azúcar, seca, no más de una ración.
9. Grasas: mantequilla, margarina, tocino, queso crema, crema.
10. Nueces: en la medida que se toleren.
11. Varios: aceitunas, pimienta, sal.

La dieta empleada para este padecimiento se resume como sigue:

- a) Evitar azúcares, dulces y postres. Limitar los carbohidratos de 100 a 120g por día.
- b) Incluir bastante proteína y grasa.
- c) Tomas seis comidas pequeñas con un horario regular.
- d) Tomar líquidos 30 a 60 minutos después de las comidas.
- e) Evitar alimentos extremadamente calientes o fríos.
- f) Descansar antes y después de las comidas, comer despacio y masticar bien los alimentos.
- g) Incluir complementos vitamínicos y minerales.
- h) Adaptar la dieta al individuo; por ejemplo, a menudo la leche no es tolerada.

3.4. EXTENSION AL HOGAR

Se advierte al paciente que puede requerir unos seis meses antes de ingerir una dieta blanda después de una gastroyeyunoanastomosis. Al inicio, recibe comidas frecuentes o de poco volumen. Suele precisarse la hiperalimentación endovenosa. El síndrome de vaciamiento rápido es factible con cualquier tipo de alimentación entérica, por lo que es necesario enfrentarlo y analizar las formas de enfrentarlo.

También se reenseña que puede necesitar unos tres meses para reanudar sus actividades normales. Son necesarios los periodos diarios de reposo, así como las consultas frecuentes con el médico después de que regrese al hogar. Los cambios en el estilo de vida son afectados por la radioterapia o quimioterapia.

La orientación nutricional se inicia en el hospital y se refuerza en el hogar. Una enfermera visitadora debe supervisar cualquier procedimiento de alimentación y enseñar al paciente y a sus familiares así como la detención de complicaciones.

El paciente debe aprender la forma de registrar la ingestión y excreción diarias, así como el peso, y la forma de hacer frente al dolor, náusea, vómito y flatulencias. También se hace que tome conciencia de las complicaciones que requieren de atención médica, como hemorragia, obstrucción, perforación y todo síntoma que empeore de forma constante.

La enfermera debe enseñar al paciente la forma de cuidar la incisión y de examinar la herida en busca de signos de infección) drenaje con mal olor, dolor, calor, inflamación, hinchazón). El paciente y sus familiares necesitan saber los tipos de cuidados que impartirán durante el tratamiento y después de éste.

La enseñanza del paciente se basa en la valoración física y psicológica para su regreso al hogar y su comunidad. Para el paciente con cáncer gástrico, los objetivos serán de sostén y paliativos. El paciente y su familia se beneficiarán de los métodos de equipo asistencial para los cuidados del alta.

Los miembros del personal asistencial incluyen enfermera de la comunidad, médico, nutriólogo y trabajadora social. Se recomiendan las instrucciones escritas acerca de los alimentos, actividades, medicamentos y visitas de seguimiento.

3.4.1. PROMOCION A LA SALUD

Del grupo interdisciplinario de salud el elemento que tiene mayor participación es la enfermera, quien debe observar las siguientes medidas:

- orientación y aprovechamiento de los recursos existentes para tener una buena nutrición.
- Promover la recreación y espaciamento social.
- Resaltar la importancia que tiene establecer un horario regular para las comidas.
- Especial atención en las complicaciones postquirúrgicas.
- Atención así mismo, de los problemas emocionales, familiares o sociales del paciente con cáncer gástrico.
- Explicar la necesidad de instruir a los miembros de la familia, compañeros de trabajo y comunidad en general respecto al cáncer gástrico.

3.4.2. ASPECTOS DE PROTECCION ESPECIFICA

Al paciente y familiar

- Enseñar signos y síntomas de complicaciones.
- Evitar el consumo de alimentos ahumados.
- Evitar fumar.
- Evitar factores de riesgo.

3.4.3. ASPECTOS DE REHABILITACION

- Orientar sobre la medicación y complementos dietéticos según necesidades del mismo.
- Orientar sobre la importancia de consultas necesarias.
- Terapia ocupacional.
- Regresar al individuo a su vida útil.

CONCLUSIONES GENERALES.

Los objetivos no se cumplieron al 100%. Hubo coordinación Médico- enfermera- paciente - familia., con lo cuál se logro disminuir la angustia del paciente, desde su ingreso al segundo piso hospitalización cirugía, donde se estableció un plan conjunto para desarrollar el PAE al mismo tiempo que se individualizaron los cuidados pre, tran y posoperatorios. Se realizó la hoja de valoración de enfermería resolviendo los problemas de los cuales se enfoca en la atención del paciente postoperado de gastroyeyunoanastomosis.

La permanencia en el Instituto Nacional de Cancerología fue de 28 días, el cuál permitió la recuperación del paciente. los éxitos de las metas propuestas son satisfactorias ya que se lograron los objetivos y propuestas para el tratamiento del cáncer gástrico, reincorporando al paciente a su vida familiar y laboral.

El cáncer se considera una enfermedad sistémica con factores múltiples implicados en su etiología, así como influencias del medio, infecciosas, dietéticas y hereditarias.

La función principal de la enfermera es en el área de prevención y vigilancia. La enseñanza a los pacientes y a quienes requieren cuidados de enfermería acerca de los factores de riesgo, estrategias para detección temprana, signos de alerta y medidas para el fomento a la salud son factores importantes en la prevención y detección del cáncer gástrico.

El paciente en quien se ha diagnosticado cáncer, y su familia, confrontar una crisis mayor., aunque comparan al cáncer con dolor inevitable y muerte, la cura exitosa o el control a largo plazo aumenta con los avances terapéuticos. El paciente puede ser sometido a cirugía para diagnóstico y limitación de la etapa, para extirpación del tumor o para aliviar los síntomas.

El paciente que se somete a cirugía gástrica requiere explicación de los procedimientos preoperatorios y posoperatorios. Los beneficios de la investigación son satisfactorios ya que se obtuvieron conocimientos teóricos para la atención de pacientes con dicha enfermedad, y así la correcta aplicación de acciones de enfermería.

Espero que este trabajo contribuya a la relación de metas y objetivos que traigan como consecuencia el desarrollo de conocimientos teórico-prácticos en la planeación de atención de enfermería en padecimiento con cáncer gástrico.

GLOSARIO DE TERMINOS

Anaplasia: Es la forma de células menos diferenciadas que las displásicas, tiene diferenciación escasa, forma irregular o están organizadas en crecimiento y disposición.

Anestesia: pérdida de las sensaciones.

Asistencia: Servicios brindados a personas sanas o enfermas, con el fin de favorecer su bienestar.

Caloría: Cantidad de energía calorífica necesaria para elevar la temperatura de 1g de agua en 1C.

Cáncer: neoplasia caracterizada por el crecimiento incontrolado de células anaplásicas que tienden a invadir el tejido circundante y metastatizar a puntos distantes del organismo.

Carcinogénesis. Proceso de iniciación e inducción de la formación de un cáncer.

Cirugía: Procedimiento que implica penetrar al organismo para extraer o reconstruir estructuras enfermas.

Displasia: Es el crecimiento anómalo que origina células de forma, tamaño y disposición diferentes de otras del mismo tipo de tejido.

Dolor: Sensación de malestar físico y/o mental que causa desdicha y sufrimiento.

Herida: Condición que resulta de una lesión a la piel o a otros tejidos suaves del organismo.

Hiperplasia: es el incremento del número de células de un tejido, proceso proliferativo común durante los periodos de crecimiento rápido y la regeneración del epitelio y médula ósea.

Metaplasia: Es un proceso en que un tipo de célula madura se transforma en otro como resultado de un estímulo externo que modifica las células madre.

Metástasis: Diseminación de células malignas del tumor primario por paso directo a cavidades corporales o por la circulación linfática y sanguínea.

Neoplasia: Crecimiento y proliferación irrefrenable de células sin una necesidad fisiológica. Puede ser maligna o benigna y ambos tipos se clasifican según el tejido de origen.

Nutrición: Proceso en virtud del cuál el cuerpo asimila los alimentos y líquidos para alcanzar y preservar la salud.

Problema potencial: Dificultad de salud que tiene probabilidades de ocurrir.

Problema real: Dificultad de salud que existe en la realidad.

Proceso: Conjunto de acciones que conducen a un objeto en particular.

Proceso asistencial: Método de resolución de problemas por medio del cual la enfermera evalúa, planea, aplica y supervisa la asistencia que se les proporciona a los contribuyentes a favorecer el estado de salud de la población.

Promoción de la salud: Asistencia dirigida a mantener el bienestar de las personas.

Rehabilitación: Arte y técnica de ayudar a personas impedidas a recuperar sus funciones y a evaluarse de la mejor manera posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALFARO, RN, MSN, Rosalinda, Aplicación del proceso de enfermería. Ed. Dogma, Tr. J. Jimenez Payrato, Nueva York, EEUU. 1986, P. 182.
- ANDREOLI, Thomas E. Compendio de Medicina Interna de Cecil Loeb, 3ª. España. Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1995. P. 1054.
- BEE, Helen L. El Desarrollo de la Persona en todas las etapas de su vida, 2ª. México. Ed. Harla, 1984. P. 647
- BERRYMAN, Julia C. Psicología del Desarrollo. México. Ed. El Manual Moderno, 1994, P. 274.
- BRUNNER y Col. Enfermería Medicoquirúrgica , México. 1994 Ed. Interamericana-McGraw-Hill, ed. 6ª. Vol. 1 y 2. P. 2184.
- CARPENITO, Linda Juall. Manual de Diagnóstico en Enfermería, México. Ed. Harla. 1995. P. 351.
- CHANDRASUMA, Pakarama. Patología General, México. Ed. El Manual Moderno, 1994. P. 1161.
- Diccionario Medico de Bolsillo, España. Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1993. P. 882.
- DUGAS, Dymand Barbara Marie. Tratado de Enfermería Práctica, México. Ed. Interamericana, 1995. P. 793.
- GAUNTLETT, Beare Patricia. Enfermería Principios y Prácticas, España. Ed. Panamericana, 1993. P. 1706.
- FERNANDEZ, Ferrin Carmen y Novel Marti Gloria, El proceso de atención de Enfermería, España, 1993, Ed, Masson, 1999, p 113.
- GRIFFITH, H. Janet y Chistensen J. Paula, Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guiadas y modelos, Ed. Manual Moderno, México 1982 p. 406
- GRIFFITH, Janet W. Proceso de Atención de Enfermería, México. Ed. El Manual Moderno, 1986. P. 406.
- INSTITUTO Nacional de Cancerología, Manual de Oncología, Procedimientos Medico-Quirúrgicos, México. 1999. Ed. McGraw-Hill Interamericana, P. 774.
- KATHLEEN, Mahan L. Krause Nutrición y Dietoterapia, México. Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1995. P. 947.

- KOZIER, Barbara. Fundamentos de Enfermería, México Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1994. P.964.
- KRUPP, Marcus A. Diagnóstico Clínico y Tratamiento, México. Ed. El Manual Moderno,1984. P. 1204.
- LUVERNE, Wolff Lewis, y Kuhn Timby Barbara, Fundamentos de Enfermería, México. Ed. Harla, ed, 4ª, 1993, P. 1119.
- MARRINER, Ann. El Proceso de Atención de Enfermería, México. Ed. El Manual Moderno, 1983. P. 325.
- MARRINER, Tomey Ann y Raile Aliligoood Martha, Modelos y Teorías en Enfermería, Ed. Harcourt Brace, 4ª ed. 1999, p. 555
- PEARCE, Evelyn. Manual de Enfermería, España. Ed. Jims, 1995. P. 883.
- PHANEUF, Margot. Cuidados de Enfermería Un Proceso en las Necesidades de la Persona, España. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1993. P. 352.
- ROPER, Nancy. Proceso de Atención Enfermería, México. Ed. Interamericana, 1983. P. 921.
- SHULTIS, Brunner Lillian. Enfermería Práctica, México. Ed. Interamericana, 1985. P. 983.
- SMELTZER, Suzanne C. Enfermería Medicoquirúrgica, México. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1998. P. 213.
- SMITH, Suddarth Doris. Enfermería Practica, México. Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1995. P. 2136.
- TORTORA, Anatomía y Fisiología Humana, México. Ed. Harla, ed.10ª, p. 1536.
- WESLEY, L. Ruby, Teorías y Modelos de Enfermería, Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, 2ª ed. 1997, p. 179.