



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN
PACIENTE CON CÁNCER GÁSTRICO TRATADO CON
GASTRECTOMÍA TOTAL MÁS QUIMIOTERAPIA
INTRAPERITONEAL (HIPEC).**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

ISRAEL ARTURO ZAMUDIO CABAÑAS

N° DE CUENTA 403079737

DIRECTOR DEL TRABAJO:

MTRO. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA.



MÉXICO,

ABRIL 2010.



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 MIS PADRES:

Gracias por darme la vida, cariño, comprensión, cuidados, educación y enseñarme los valores éticos y morales, mil gracias por todo el sacrificio que realizaron para que yo lograra mis objetivos.

A MIS HERMANOS:

Armando y Carlos. Por su apoyo y por estar siempre conmigo.

A MI ABUELITA:

Muchas gracias a mi PICO por estar siempre a mi lado en los buenos y malos momentos de mi vida, al estar pendiente de mí, por tu cariño siempre sincero; a tus consejos y a la motivación que siempre brindaste con tu frase *el querer es poder*.

A MIS TÍOS:

Angelina, Roberto y Alfredo. Gracias por todos sus consejos pero sobre todo por sus enseñanzas, cariño y por acompañarme en los mejores momentos de mi vida.

A MIS PRIMOS:

Víctor Hugo, Doris, J. Alfredo, Gabriel, Manuel, Concha, Lupe, R. Carlos, Antonio, Diana y Claudia. Muchas gracias por su apoyo.

A MIS AMIGOS DE LA ENEO:

Ernesto, Rolando, Nancy, Isis, Eunice, Marco A. Cobos, Marco A. Islas, Karina, Martha, Eloisa, gracias por los buenos momentos que pasamos en estos años de estudio.

A MIS AMIGOS DEL INCAN:

Adriana V. Anita D. Ángeles, Liliana, María Luisa, Alejandra, Pilar, Guadalupe, Irene, Rafa, Anita, Leo, Yadira, Ramón, Antonio, Pedro Hdez. Pedro Glez. Martin A, Carlos N. José R. por haber contribuido en la realización de este sueño y en la elaboración de este trabajo.

A MI ESPOSA:

Yanel gracias por estar conmigo durante todo este tiempo incondicionalmente, por tú apoyo, porque eres parte importante de mi vida y sobre todo por el AMOR que me brindas.

A MI BEBÉ:

A ti Danny muchas gracias por darle un extra a mi vida, porque con tus sonrisas y llantos he comprendido muchas cosas, porque eres el motor de mi vida, por la dicha y felicidad que me has brindado.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
MARCO TEÓRICO	4
1 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	4
1.1 Antecedentes históricos del Proceso Atención Enfermería.....	4
1.2 Definición del Proceso Atención Enfermería.....	6
1.3 Etapas del Proceso Atención Enfermería.....	7
1.3.1 Valoración.....	9
1.3.2 Diagnóstico.....	16
1.3.2.1 Tipos de diagnósticos.....	18
1.3.2.2 Formulación de diagnósticos.....	19
1.3.3 Planeación.....	20
1.3.4 Ejecución.....	23
1.3.5 Evaluación.....	24
1.4 Ventajas del Proceso Atención Enfermería.....	25
1.4.1 Ventajas para el paciente.....	25
1.4.2 Ventajas para la enfermería.....	26
2 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON	27
2.1 Fuentes teóricas.....	27
2.2 Principales conceptos y definiciones.....	28
2.3 Afirmaciones teóricas.....	30
2.4 Necesidades humanas básicas.....	31
3 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	35
3.1 Descripción del caso.....	35
3.2 Valoración de enfermería preoperatoria.....	37
3.2.1 Plan de cuidados preoperatorio.....	41
3.3 Valoración de enfermería transoperatoria.....	41
3.3.1 Plan de cuidados transoperatorios.....	43
3.4 Valoración de enfermería postoperatoria inmediata.....	44
3.4.1 Plan de cuidados postoperatorios inmediatos.....	47
3.5 Jerarquización de necesidades.....	48

3.5.1	Preoperatorio.....	48
3.5.2	Transoperatorio.....	49
3.5.3	Postoperatorio inmediato.....	50
3.6	Plan de atención de enfermería.....	52
3.6.1	Preoperatorio.....	52
3.6.2	Transoperatorio.....	55
3.6.3	Postoperatorio inmediato.....	58
3.7	Plan de alta.....	61
3.7.1	Objetivo.....	61
4	CONCLUSIONES.....	63
5	GLOSARIO.....	64
6	BIBLIOGRAFÍA.....	67
7	ANEXOS.....	71
7.1	Epidemiología del cáncer gástrico.....	71
7.2	Diagnóstico.....	72
7.3	Tratamiento.....	73
7.4	Procedimiento quirúrgico.....	75
7.4.1	Gastrectomía total.....	75
7.4.2	Perinetectomía.....	75
7.4.3	Quimioterapia intraperitoneal.....	76

INTRODUCCIÓN.

El proceso atención enfermería ha sido concebido a partir del método científico y puede aplicarse a un modelo teórico de enfermería en los diferentes niveles de atención, donde se proporcionen cuidados al individuo, familia y comunidad.

No es posible actuar sin tener una idea clara de lo que tenemos que hacer; es decir, la enfermería, como disciplina, debe diferenciarse de las demás disciplinas sanitarias, lo podrá hacer siempre que use un marco de referencia como base de sus observaciones, que dirijan la forma y los objetivos de su práctica. Además, un método nos ayuda a precisar la naturaleza de los cuidados, guiándonos con paso firme a la elección de las intervenciones que favorezcan nuestros objetivos.

Así, al incorporar el P.A.E. en la atención de la paciente con cáncer gástrico con tratamiento de gastrectomía total más quimioterapia intraperitoneal (HIPEC), aporta de manera específica una metodología propia que nos ayude a resolver de la manera más satisfactoria la atención de su proceso salud enfermedad.

Se aplicó el modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades humanas como guía para una valoración más detallada. De tal forma el siguiente trabajo comprende de diversos apartados donde se explica de forma precisa lo siguiente:

- Fundamentación teórica del Proceso Atención Enfermería (PAE).

- Teoría de Virginia Henderson. Presentación del caso clínico, objetivos y la metodología.
- Proceso Atención Enfermería a un paciente con cáncer gástrico.

Como parte del complemento de este trabajo, se añade en los anexos información de la fisiopatología del cáncer de estómago así como, una breve explicación del procedimiento quirúrgico gastrectomía total más quimioterapia intraperitoneal (HIPEC), que sirven como marco referencial para elaborar el proceso enfermero.

En la parte final, se coloca la bibliografía que soporta el marco teórico del trabajo.

OBJETIVO.

GENERAL.

- Aplicar el Proceso Atención Enfermería al paciente con cáncer gástrico, utilizando las 14 necesidades de Virginia Henderson, con el fin de integrar los conocimientos teóricos prácticos adquiridos durante la formación académica para lograr una atención eficiente.

ESPECÍFICOS.

- Identificar a través de la valoración las necesidades que se encuentran alteradas en el paciente para planear un cuidado integral.

MARCO TEÓRICO.

1. PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

La ciencia de enfermería se basa en un sistema amplio de teorías que conducen la práctica profesional. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema, se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del paciente.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería es el método conocido como proceso de atención de enfermería (P.A.E.). Este método le permite al profesional de enfermería brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.¹

1.1. Antecedentes históricos del Proceso Atención Enfermería.

El proceso ha evolucionado hacia un método de cinco fases, que se han ido construyendo con la evolución de la profesión. "Hall en 1995 lo describió como un proceso distinto. Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actualmente. En 1967, Yura y Walsh

¹ Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 2a. Barcelona. Doyma. 1992.

fueron los primeros autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases:

- Valoración.
- Planificación.
- Ejecución.
- Evaluación.

A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases”.²

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras(os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras(os) aún en nuestros días.

² Iyer P. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3a. Ed. México. Mc Graw Hill Interamericana. 1995.

1.2. Definición del Proceso Atención Enfermería.

Con la aparición del proceso en los años 60' las enfermeras han utilizado diferentes conceptualizaciones del mismo. Así para Leddy, Mae el término proceso de enfermería indica la serie de etapas, que lleva a cabo este profesional al planear y proporcionar los cuidados de enfermería.

Para Gordon, es un método de identificación y resolución de problemas. Aunque derivado del método científico objetivo, según cabe suponer, el proceso enfermero se aplica de una forma objetiva y libre de valores. Los valores humanos influyen tanto en la identificación del problema como en su resolución.³

De la misma manera Alfaro lo define como un método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del individuo, familia o comunidad a procesos vitales, alteraciones de la salud real o potencial.

Una forma ordenada y sistemática de determinar los problemas de un individuo, formulando y realizando los planes para resolverlos, llevarlos a cabo y evaluar hasta qué punto estos planes resultan eficaces para solucionar los problemas identificados.⁴

Por otra parte, para J. Kneedler el proceso enfermero representa: Una serie sistemática de acciones, cambios o funciones que conducen a un resultado específico. Es la aplicación de solución a los problemas de enfermería y del

3 Gordon M. Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación. 3ª. Ed. Madrid. Harcourt Brace; 1999.

4 Ballesteros, H et al. El proceso de atención de Enfermería y la ciencia. En: Conceptos de Enfermería. Barcelona: Doyma; 1993.

paciente, la planificación y la ejecución sistemática de la atención de enfermería.

1.3. Etapas del Proceso Atención Enfermería

La configuración del P.A.E. en etapas se inicia en torno al año 1955 cuando Lidia Hall describe el proceso como “un proceso en partes”.⁵ A partir de este momento, empiezan a aparecer diversas propuestas de división del proceso enfermero en etapas, que van evolucionando de manera que estas propuestas pasarán de presentar el proceso dividido en tres etapas a las cinco que actualmente se trabajan. Aun así podemos dividir el P.A.E. en dos grandes bloques:

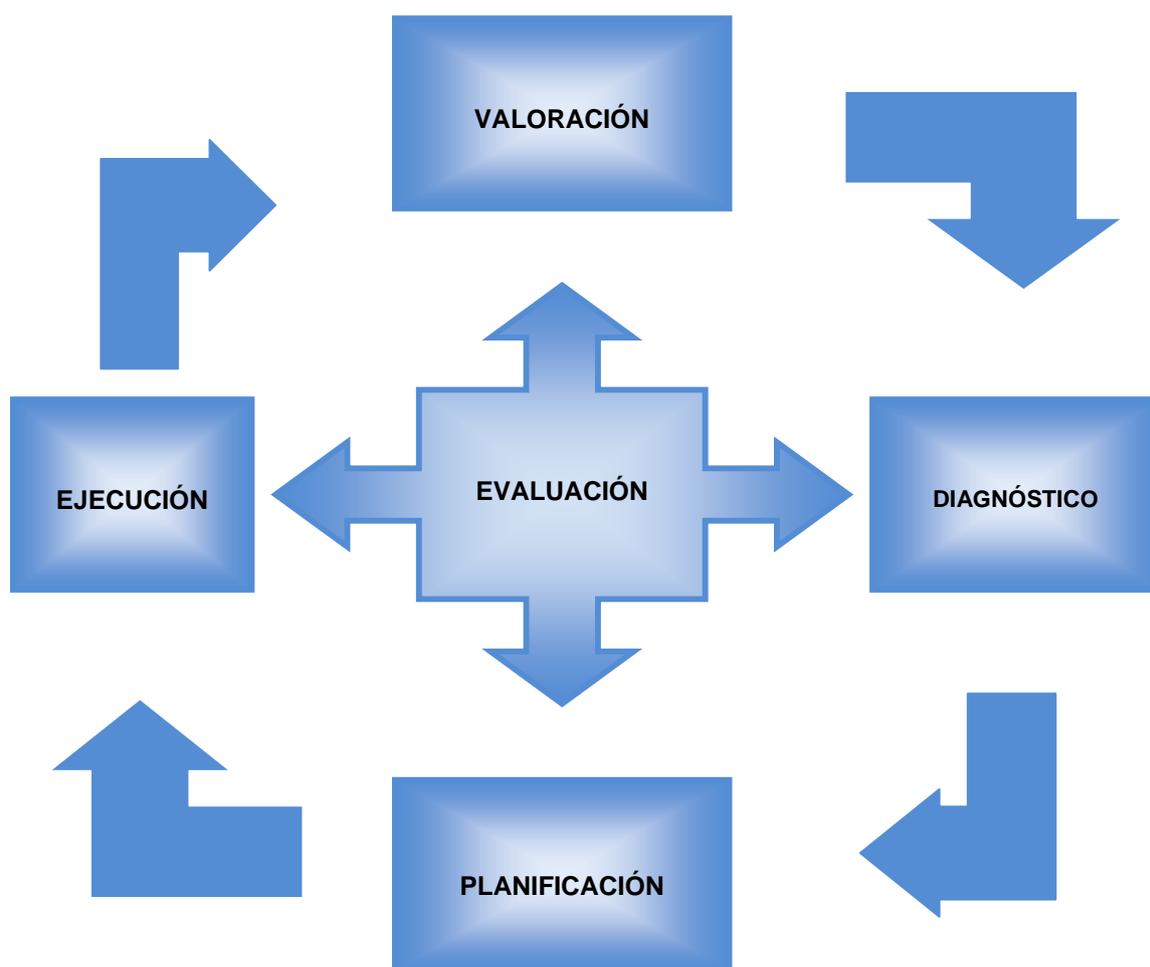
1. Juicio diagnóstico: valoración y diagnóstico.
2. Juicio y acción terapéutica: planificación, ejecución y evaluación.

A medida que la enfermera va adquiriendo experiencia práctica en la utilización del proceso, su actuación sobre el paciente es global y simultáneamente valora, diagnóstica, planifica, ejecuta y evalúa. Utilizan estos cinco pasos en toda interacción con los pacientes, por más breve que sea el contacto. Las enfermeras expertas han dominado este proceso en tan alto grado que incluso aplican inadvertidamente cada uno de los pasos.

Pasaremos en primer lugar, a analizar la importancia de cada una de las etapas, para concluir con la descripción de las ventajas que se le atribuyen al proceso enfermero.

⁵ Griffin A. Diagnóstico de enfermería. Madrid. Pirámide. 1985.

En el siguiente esquema se representan las etapas del Proceso Atención Enfermería y la relación que guardan entre si los conceptos:



Relación de la evaluación con las diferentes etapas del P.A.E.

Cuadro realizado por: L.E.O. Israel A. Zamudio Cabañas.

1.3.1. Valoración.

Etapa que consiste en la organización sistemática, la obtención y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente,⁶ a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria y al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que de atención al paciente, como fuentes secundarias.

Requisitos para una valoración.

- **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:** las enfermeras y enfermeros 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:** Abarcan también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- **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.

⁶ Fernández F. C. El Proceso de Atención de Enfermería. Barcelona España. Masson. 1995. p.5.

- **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.

Criterios para la valoración.

Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": Sigue el orden de valoración de los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, espalda dejando para el final los genitales, de forma sistemática.

Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": Se valora el 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 "necesidades humanas básicas": La obtención de datos pone de manifiesto los hallazgos que determinan el buen funcionamiento del paciente.

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 continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la obtención de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos básicos de anatomía, fisiología, etc.
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc.).
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a obtener:

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

Tipos de datos:

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.
- **Datos objetivos:** Se pueden medir por escala o instrumento (signos vitales).
- **Datos históricos - antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.).
- **Datos actuales:** Son datos sobre el problema de salud actual.

Técnicas 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:

En 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 en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas:

- **Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas 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 sobre el pulmón normal lleno de aire.
- **Timpánicos:** Se encuentra al percutir 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 de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Validación de datos.

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. 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 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.

Organización de datos.

Es el cuarto paso en la obtención 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.⁷

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 diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física.
- Necesidades básicas de salud.

⁷ Griffith Janet W. Proceso de Atención de Enfermería. México. El manual moderno. 1986.

1.3.2. Diagnóstico.

El término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry para describir un paso necesario para el desarrollo del plan de cuidados. Esta autora afirmaba que... *“Una vez que las necesidades del paciente son identificadas pasamos al siguiente paso: Formular un diagnóstico de enfermería.”* Años más tarde, Johnson y otras autoras definen al diagnóstico de enfermería como una función independiente.⁸

En la década de los años 70's la American Association (ANA), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería y los incluye en los estándares de la práctica de enfermería (1973). Este hecho configura al diagnóstico de enfermería como una parte del proceso de atención, dando legalidad a su utilización en las actividades independientes de enfermería y significa una referencia a la calidad de la práctica.⁹

Esta etapa del proceso utiliza habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados a los problemas del paciente. El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a procesos vitales y ha problemas de salud reales.¹⁰

8 Gordon M. Diagnóstico de Enfermería, proceso y aplicación. 3a. Ed. Barcelona, Santafé de Bogotá. Mosby Doyma 1996

9 Carpenito L. Diagnósticos de Enfermería: aplicaciones a la práctica clínica. 9ª. Ed. Madrid. Mc Graw Hill Interamericana. 2002.

10 Alfaro R. *op. cit.* Pp. 62.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.
- Síntesis es 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 la novena conferencia de 1990 se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1. ***Etiqueta descriptiva o título:*** Ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). 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.

- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas 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.

4. **Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo:** Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo.

1.3.2.1. Tipos de diagnóstico.

- Diagnóstico real: “describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos)”, además de tener factores relacionados.
- El diagnóstico de riesgo (potencial): “describe respuesta humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables”, (Luís, 1998) no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoyan en los factores de riesgo (etiología).
- El diagnóstico de salud (bienestar): “es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza

de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor”.¹¹

1.3.2.2. Formulación de diagnósticos.

Los diagnósticos se formulan en función del tipo de problema identificado.

1. Diagnóstico real.

Se formula en tres partes: problema + etiología + signos y síntomas.

El problema es la respuesta humana, la etiología son los factores que contribuye o son la causa del problema y los signos y síntomas son los datos objetivos y subjetivos (características definitorias), son evidencia de que el problema existe.

El problema se une a los problemas relacionados con la palabra **RELACIONADO CON**, y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras **MANIFESTADO POR**.

2. Diagnóstico de riesgo (potencial).

Se emplean únicamente dos partes: problema + etiología, ya que no existen características definitorias (signos y síntomas).

3. Diagnóstico de bienestar.

Este tipo de diagnósticos solo llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le

11 Marriner A. El proceso de Atención de Enfermería. México. El Manual Moderno. 1993. p 325.

anteponen las palabras “Potencial de aumento de... o potencial de mejora de”.¹²

1.3.3. Planeación.

En esta fase se establece y se lleva a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas:

1. *Establecer prioridades en los cuidados.*

Seleccionar todos los problemas y/o necesidades que puede presentar una familia y una comunidad, raras veces pueden ser abordados 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.

2. *Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados.*

Una vez que hemos priorizado 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.

12 Marriner A. op. cit. Pp. 325.

- Medir la eficacia de las actuaciones.

Normas generales para la descripción 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 Enfermería.

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 ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Lo que se pretende con los objetivos de las intervenciones de enfermería es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los 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:** 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:** De un tiempo largo.

3. Elaboración de las intervenciones de enfermería.

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.

- **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.

- **Para un Diagnóstico de Enfermería riesgo.** Las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

4. Documentación y registro.

Se trata de recabar toda la información por escrito de los datos obtenidos y llevar un registro si es posible de forma cronológica de los acontecimientos más relevantes.

1.3.4. Ejecución.

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 elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades 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 a otros miembros del equipo de salud. En esta fase se realizarán todas

las intervenciones enfermería dirigidas a la resolución de problemas diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.¹³

1.3.5. Evaluación.

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:

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

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. 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.¹⁴

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando

13 Marriner A. op. cit. Pp. 335.

14 Fernández F. C. op. Cit. Pp.55.

el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

1.4. Ventajas del P.A.E.

Las ventajas que se le atribuyen al proceso enfermero como instrumento metodológico son:

- Para el paciente.
- Para enfermería.

1.4.1. Ventajas para el paciente.

- Mejora la calidad en la prestación de cuidados ya que permite la consideración del sujeto desde su totalidad e individualidad.
- Posibilita la intervención del usuario al ser éste el centro de todo el proceso.
- Mejora la comunicación y la relación enfermera-paciente.
- Permite identificar a los responsables de sus cuidados lo que aumenta la seguridad.

1.4.2. Ventajas para enfermería.

- Aumenta la satisfacción personal y profesional.
- Los cuidados planificados por escrito coordinan esfuerzos de equipo.
- Facilita la comunicación entre profesionales.
- Asegura la continuidad de los cuidados.
- Evita omisiones y/o repeticiones lo que aumenta la eficacia.

2. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo de Virginia Henderson es ubicada en las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Que pertenecía a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la que realiza las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado la independencia por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.¹⁵

2.1. Fuentes teóricas.

En The Nature of Nursing obra escrita por Henderson, identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería. Entre estas se encuentra:

- **ANNIE W. GOODRICH:** Decana de la Army School of nursing, donde Henderson adquirió su educación básica en enfermería, fue su gran inspiradora.
- **CAROLINE STACKPOLE:** Profesora de fisiología en el Teachers College de la universidad de Columbia cuando Henderson era estudiante. Inculcó en Henderson la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

¹⁵ Phaneuf Margot. Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid España. McGraw Hill. 1993 p.2

- **JEAN BROADHURST:** Profesora de microbiología en el Teachers College. La importancia de la higiene y la asepsia hicieron mella en Henderson.^{16*}

2.2. Principales conceptos y definiciones.

El modelo de Virginia Henderson es considerado como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello.

- **Definición de Enfermería:**

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza,

¹⁶ [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/descargas/enfermeria/modelo de cuidados.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/descargas/enfermeria/modelo%20de%20cuidados.pdf).

voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

- **Salud:**

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

- **Entorno:**

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

- **Persona (paciente):**

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

- **Independencia:**

Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

- **Autonomía:**

Es la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

- **Dependencia:**

Desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para lograr un nivel óptimo de satisfacción de las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de

acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida. Está causada por una falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

2.3. Afirmaciones teóricas.

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- **La enfermera como sustituta del paciente:** este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- **La enfermera como auxiliar del paciente:** durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- **La enfermera como compañera del paciente:** la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.^{17**}

¹⁷ Rodrigo L, Fernández F, Navarro G. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson. Ed. Masson. 3er. Ed. Barcelona 2005.

2.4. Necesidades humanas básicas.

Siguiendo el modelo de V. Henderson la recogida de datos sería:

1. Necesidad de respirar:

Términos que debemos valorar: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos.

Factores que influyen en esta necesidad: postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo.

2. Necesidad de beber y comer:

Términos que debemos valorar: Alimentos, apetito, electrolitos, hambre, metabolismo, nutrición, saciedad.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, status socioeconómico, religión, cultura.

3. Necesidad de eliminar:

Términos que debemos valorar: defecación, diuresis, micción, heces, sudor, orina.

Factores que influyen en esta necesidad: alimentación, ejercicio, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Términos que debemos valorar: amplitud, ejercicios activos, ejercicios pasivos, ejercicios físicos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, pulsación, ritmo, tono muscular.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

5. Necesidad de dormir y descansar:

Términos que debemos valorar: descanso, sueño, ritmo circadiano, sueños.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo, medio ambiente.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse:

Términos que debemos valorar: vestimenta, ropa.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, status social, empleo, cultura.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

Términos que debemos valorar: producción de calor, eliminación de calor.

Factores que influyen en esta necesidad: sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:

Términos que debemos valorar: tegumentos.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, corriente social, organización social.

9. Necesidad de evitar los peligros:

Términos que debemos valorar: entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, status socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

10. Necesidad de comunicar:

Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio de ideas, vía de relación, estímulo.

Factores que influyen en esta necesidad: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social.

11. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores:

Términos que debemos valorar: creencias, fe, ideología, moral religión, ritual espiritualidad, valores.

Factores que influyen en esta necesidad: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

12. Necesidad de ocuparse para realizarse:

Términos que debemos valorar: autonomía, autoestima, rol social estatus social, valoración.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.

13. Necesidad de recrearse:

Términos que debemos valorar: diversión, juego, ocio, placer.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social.

14. Necesidad de aprender:

Términos que debemos valorar: aprendizaje, enseñanza.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno.

3. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

3.1. Descripción del caso.

Datos generales.

Femenina de 46 años de edad, originaria del estado de Guanajuato, quien vive con su esposo, 3 hijos y sus suegros., su vivienda es de concreto en obra negra, cuenta con los servicios necesarios. Con una alimentación de tres veces al día basada principalmente en vegetales, carne o pollo cada tercer día, ingiere agua en promedio un litro al día. Realiza aseo personal diario, con cambio de ropa y aseo bucal de una a dos veces por día, refiere no tener problemas en la eliminación intestinal y vesical. Dedicada al cien por ciento al hogar.

Su padecimiento actual lo inicia hace tres meses al presentar sangrado transvaginal importante, que le causa una anemia +/- 4g, requiriendo de transfusión de cuatro unidades de concentrado eritrocitario

Ingresa al servicio de gastroenterología del Instituto Nacional de Cancerología en febrero de 2008. Acude por presentar dolor abdominal, falta de apetito de más de tres días de evolución, realizando tomografía, encontrando engrosamiento de la pared gástrica de aproximadamente 1.5 cm. a nivel del píloro por lo cual es enviada a Oncología médica para valoración de quimioterapia paliativa, a base FOLFOX (oxaliplatino 140mg, leucovorin 40mg, 5-Fu 700mg y 5-Fu 3.8gr. para 46 hrs.), cada 21 días.

La respuesta al tratamiento no es el adecuado, motivo por el cual se programa para gastrectomía total + quimioterapia intraperitoneal con hipertermia (HIPEC).

Antecedentes personales.

- Histerectomía FINC en noviembre de 2007, donde se diagnostica Ca de Ovario. Motivo por el cual es referida al instituto para su estudio.
- Niega toxicomanías y enfermedades crónicas degenerativas.
- Fumadora pasiva pues la mayor parte de su vida ha cocinado con leña.

Situación actual.

Se encuentra en el preoperatorio mediato con buen estado general, un peso de 61.5Kg. Talla de 1.62mts. Consiente y orienta en sus tres esferas.

A la exploración física presenta signos vitales de T/A 110/60 FC: 74, FR. 18x´ Temperatura 36°C. Ventilación espontánea, tolerando vía oral de forma normal, cuello negativo, abdomen blando y depresible, sin visceromegalias, ni masas palpables, no ascitis y miembros torácicos y pélvicos con movimientos normales, resto de la valoración sin cambios.

La paciente se muestra ansiosa, angustiada, refiere sufrir insomnio en los últimos días la falta de conocimientos al procedimiento quirúrgico.

3.2. Valoración de Enfermería Preoperatoria.

Datos personales.

Nombre: E. V. O. Fecha de nacimiento: 06/11/1961.
Edad: 46 años. Lugar de nacimiento: Celaya, Gto.
Sexo: Femenino. Lugar de residencia: Celaya, Gto.
Peso: 66 Kg. Ocupación: Ama de casa.
Talla: 1.62 mts. Estado civil: Casada.

Oxigenación.

Su respiración actual es normal, pausada, rítmica sin estertores, con una FR: de 20x', FC: 94x', Temperatura de 36°C, TA: 100/70 mm/Hg. No padece problemas respiratorios frecuentes. Normalmente realiza sus actividades cotidianas sin problemas. Nunca ha fumado, aunque si es fumadora pasiva pues su esposo si es fumador. Su padre fallece de cáncer pulmonar y durante su infancia estuvo expuesta al humo de leña ya que su madre cocinaba con leña.

Nutrición e Hidratación.

Su dieta habitual consta de tres a cinco tomas durante el día en poca cantidad, basada principalmente en verduras, no irritantes ni grasas, come carne de res en poca cantidad, pescado una vez al mes y pollo cada tercer día. Ingiere de 1 a 1 ½ Lts. de agua durante el día.

Su piel, uñas y cabello se observan de acuerdo a su edad cronológica, con mucosas orales hidratadas.

Eliminación.

Comúnmente evacua una vez al día con heces semiduras, café y fétidas. Micciona en promedio de 4 a 6 veces al día con las siguientes características: color transparente, no concentrada.

En la exploración física se palpa abdomen blando y depresible, doloroso, cicatriz de cirugía anterior. Genitales sin problema.

Termorregulación.

La Sra. E.V.O. se adapta a los cambios de temperatura, teniendo preferencia por el clima templado. Se protege a los cambios bruscos de temperatura del medio ambiente. Durante la valoración preoperatoria se encuentra normo térmica (36°C).

Moverse y mantener una buena postura.

La paciente realiza por sí misma todas sus actividades, sin necesitar ayuda de aparatos o alguna persona para realizarlos. No cuenta con rutinas de ejercicios, aunque refiere caminar bastante. Mantiene buena marcha, y tono muscular adecuado.

Descanso y sueño.

Normalmente se acuesta a dormir a las 22hrs. y se despierta alrededor de las 7hrs. de la mañana. Últimamente refiere sufrir de insomnio por que le preocupa pensar que va pasar con su tratamiento y su familia. No toma medicamentos para conciliar el sueño y si le es posible durante la tarde realiza una siesta, en este momento su estado emocional es intranquilo.

Uso de prendas de vestir adecuadas.

Cambia su ropa interior diariamente, refiere no tener los recursos necesarios para cambiar su ropa diariamente pero procura realizarlo con frecuencia. Al momento no necesita ayuda para vestirse o desvestirse. Sabe adecuar su ropa de acuerdo al clima, le gusta vestir con ropa holgada. Acepta la ropa hospitalaria aunque se siente incómoda.

Higiene y protección de la piel.

Trata de bañarse diariamente, se lava las manos antes de comer y después de ir al baño, la higiene bucal la realiza de una a dos veces al día. No acostumbra el uso de lociones, si utiliza desodorante, lubrica su piel una vez al día. Su piel se observa hidratada, mucosas orales hidratadas.

Evitar peligros.

Identifica la presencia de riesgos ambientales, así como los riesgos que podría enfrentar de no seguir las indicaciones médicas y hospitalarias.

Necesidad de comunicarse.

Refiere tener buena comunicación con su familia, mantiene buena relación con las personas cercanas a ella. A la entrevista se mantiene con disponibilidad, simpatía, receptividad y confianza, expresando de forma abierta sus sentimientos y temores sobre su tratamiento.

Vivir según las creencias y valores.

Profesa la fe católica, acude a misa con regularidad. Uno de los principales valores que le ha inculcado su familia es la honestidad. El significado que tiene ante la vida es que Dios nos la ha dado y tenemos que dar cuentas de ello, y ante la muerte es que es irremediable y de descanso. No tiene miedo a la muerte, pero le preocupa el que algún día tendrá que dejar a su familia.

Necesidad de trabajar y realizarse.

Se dedica al hogar, con gusto de brindarle a su familia toda su atención. Estudio hasta la secundaria, refiere sentirse satisfecha con lo que tiene.

Participar en actividades recreativas.

Pasa la mayoría del tiempo con su familia, refiere que su mayor diversión es ver la televisión junto a sus seres queridos, no participa en ningún deporte pero le gusta mucho ver el fútbol.

Necesidad de aprendizaje.

Sabe leer y escribir, puede comprender hasta cierto punto su padecimiento actual, aunque en ocasiones le genera muchas dudas, pero que poco a poco pudo comprender un poco más las dimensiones de su problema de salud durante el tratamiento que ha llevado hasta ahora.

3.2.1. Plan de cuidados preoperatorio.

- Se hidrata por vía endovenosa, previa colocación de catéter venoso central (CVC).
- Se realiza preparación intestinal, a base de enema evacuante.
- Enseñar las medidas de seguridad en la unidad hospitalaria.
- Estará en ayuno a partir de las 22hrs.
- Se le explicara que en la mañana siguiente se tendrá que levantar temprano a bañar y que se le colocara un vendaje compresivo en las piernas.

3.3. Valoración de enfermería transoperatoria.

Oxigenación.

Se encuentra orointubada con cánula orotraqueal #7.5 Fr. Conectada a máquina de anestesia para apoyo ventilatorio y monitorización de esta constante, con intercambio gaseoso adecuado.

Nutrición e Hidratación.

Se ingresa un volumen aproximado de 6000ml de coloides y cristaloides, se transfunden dos paquetes globulares y dos plasmas. Se coloca sonda nasoyeyunal (SNY), como auxilio de la yeyuno-anastomosis.

Eliminación.

Durante el acto quirúrgico tiene una diuresis de 2100cc con ayuda de diuréticos de asa. Presenta un sangrado aproximadamente de 1900ml.

Termorregulación.

Durante la gastrectomía se mantiene en 36°C, conservado temperatura con la ministración de soluciones tibias por vía endovenosa. Al iniciar procedimiento de HIPEC se eleva temperatura intraperitoneal hasta los 44°C. mediante la aplicación solución de diálisis caliente por tiempo aproximado de 2hrs. Como parte de la técnica quirúrgica. Al término del procedimiento disminuye la temperatura hasta parámetros normales.

Moverse y mantener una buena postura.

Se encuentra limitada al movimiento por estar en un estado de anestesia completo.

Descanso y sueño.

Se encuentra con sedación y relajación inducida.

Uso de prendas de vestir adecuadas.

Se halla con campos quirúrgicos, como parte del protocolo.

Higiene y protección de la piel.

Presenta área aséptica en zona quirúrgica.

Evitar peligros.

Se vigila un estado de sedación óptimo, así como la fijación de miembro torácico izquierdo y colocación de medias antitrombóticas como medida de antiedema.

Necesidad de comunicarse.

No valorable por presencia de tubo orotraqueal y sedación.

Vivir según las creencias y valores.

No valorable por presencia de tubo orotraqueal y sedación.

Necesidad de trabajar y realizarse.

No valorable por presencia de tubo orotraqueal y sedación.

Participar en actividades recreativas.

No valorable por presencia de tubo orotraqueal y sedación.

Necesidad de aprendizaje.

No valorable por presencia de tubo orotraqueal y sedación.

3.3.1. Plan de cuidados transoperatorios.

- Traslado del paciente a quirófano.
- Comunicación con la paciente. (interrogación sobre antecedentes de riesgo para el acto quirúrgico, como son: alergias, hipertensión, diabetes, etc.).

- Protocolos quirúrgicos específicos. (profilaxis de antibióticos a base de Cefuroxima 1.5gr.).
- Protocolos anestésicos y analgésicos. (profilaxis farmacológica en base a Dexametasona 8mg. Ranitidina 50mg. Metoclopramida 50mg. Ketorolaco 60mg. Sulfato de Morfina, Fentanilo, Besilato de Cisatracurio).
- Protocolos en medidas de seguridad, esterilización y asepsia. (colocación de sonda de Foley, asepsia y antisepsia abdominal).
- Preparación y ministración de medicamentos durante el acto quirúrgico. (analgesia, antieméticos, quimioterapia).

3.4. Valoración de enfermería postoperatoria inmediata.

Oxigenación.

Función respiratoria normal, FR: 17 – 20x', con apoyo de nebulizador FIO2 al 100%, cánula de Guedel. Presencia de secreciones transparentes, saturando al 95%. Presenta palidez de tegumentos, expansión de tórax normal, presión arterial sistémica no invasiva.

Gasometría:

PH: 7.35
 PCO2: 39mmHg.
 PO2: 80mmHg.
 HCO3: 22mEq/L.
 SaO2: 95%

Necesidad de nutrición e hidratación.

Se observan el control de líquidos se reporto positivo de 2000ml. Mucosas semihidratadas, por el momento se encuentra en ayuno.

Necesidad de eliminación.

Cuenta con sonda nasoyeyunal a derivación permeable con salida de líquido de característica biliar, sin datos de lesión en la fosa nasal izquierda. Drenajes Biovac, con salida de líquido hemático en poca cantidad, sonda Foley a derivación con un gasto urinario de 500ml. transparente.

Necesidad de moverse y tener buena postura.

Se encuentra bajo efectos residuales de anestesia por lo que la condición motora se ve disminuida, se coloca en posición semifowler, refiriendo dolor en la incisión quirúrgica.

Necesidad de descanso y sueño.

Por el momento somnolienta, con respuesta reducida a estímulos externos.

Necesidad de termorregulación.

Mantiene una temperatura corporal de 35⁰c, palidez de tegumentos.

Necesidad de higiene y condiciones de la piel.

Se encuentra con incisión quirúrgica vertical, en mesogástrico, sin datos de sangrado activo. Cuenta con dos inserciones de drenajes en flancos.

Uso de prendas de vestir adecuadas.

Se halla con ropa hospitalaria.

Evitar peligros.

Se vigila un estado de efectos residuales de anestesia.

Necesidad de comunicarse.

Responde a estímulos verbales.

Vivir según las creencias y valores.

Da gracias a Dios por haber salido de cirugía.

Necesidad de trabajar y realizarse.

No valorable.

Participar en actividades recreativas.

No valorable.

Necesidad de aprendizaje.

No valorable.

3.4.1. Plan de cuidados en postoperatorio inmediato.

- Apoyo ventilatorio con nebulizador FIO2 al 100%.
- Monitorización de signos vitales.
- Control del dolor con infusión continúa.
- Solución Hartmann para 8 hrs.
- Colocación de colcha térmica.
- Control de líquidos.
- Toma de signos vitales cada 15´ en la primera hora y cada 30´ en las horas siguientes.
- Administración de hemoderivados.
- Vigilancia de drenajes (sonda Foley, SNY, Biovac en ambos flancos).
- Vigilancia de control hemodinámico.

3.5. Jerarquización de necesidades.

3.5.1. Preoperatorio.

14 Necesidades de V. Henderson.		Jerarquización de necesidades.	Situación del paciente.
1.	Oxigenación.	Oxigenación.	Independiente.
2.	Nutrición e Hidratación.	Nutrición e Hidratación.	Independiente.
3.	Eliminación.	Eliminación.	Independiente
4.	Moverse y mantener buena postura.	Termorregulación.	Independiente
5.	Descanso y sueño.	Higiene y protección.	Independiente
6.	Usar prendas de vestir adecuadas.	Evitar peligros.	Independiente
7.	Termorregulación.	Usar prendas de vestir adecuadas.	Independiente
8.	Higiene y protección de la piel.	Comunicación	Independiente
9.	Evitar peligros.	Aprendizaje.	Dependiente.
10.	Comunicarse.	Moverse y mantener buena postura.	Independiente
11.	Vivir según sus creencias.	Descanso y sueño.	Dependiente.
12.	Trabajar y realizarse.	Creencias.	Independiente
13.	Actividades recreativas.	Trabajar y realizarse.	Independiente
14.	Aprendizaje.	Actividades recreativas.	Independiente

3.5.2. Transoperatorias.

14 necesidades de V. Henderson.		Jerarquización de necesidades.	Situación del paciente.
1.	Oxigenación.	Oxigenación.	Dependiente.
2.	Nutrición e Hidratación.	Nutrición e Hidratación.	Dependiente.
3.	Eliminación.	Eliminación.	Dependiente
4.	Moverse y mantener buena postura.	Higiene y protección.	Dependiente
5.	Descanso y sueño.	Termorregulación.	Dependiente
6.	Usar prendas de vestir adecuadas.	Evitar peligros.	Dependiente
7.	Termorregulación.	Usar prendas de vestir adecuadas.	Dependiente
8.	Higiene y protección de la piel.		
9.	Evitar peligros.		
10.	Comunicarse.		
11.	Vivir según sus creencias.		
12.	Trabajar y realizarse.		
13.	Actividades recreativas.		
14.	Aprendizaje.		

3.5.3. Postoperatorio inmediato.

14 necesidades de V. Henderson.		Jerarquización de necesidades.	Situación del paciente.
1.	Oxigenación.	Oxigenación.	Dependiente.
2.	Nutrición e Hidratación.	Nutrición e Hidratación.	Dependiente.
3.	Eliminación.	Eliminación.	Dependiente
4.	Moverse y mantener buena postura.	Termorregulación.	Dependiente
5.	Descanso y sueño.	Evitar peligros.	Dependiente
6.	Usar prendas de vestir adecuadas.	Usar prendas de vestir adecuadas.	Dependiente
7.	Termorregulación.	Higiene y protección.	Dependiente
8.	Higiene y protección de la piel.	Moverse y mantener buena postura.	Dependiente
9.	Evitar peligros.	Descanso y sueño.	Dependiente.
10.	Comunicarse.	Comunicación.	Independiente

11.	Vivir según sus creencias.	Aprendizaje.	Dependiente.
12.	Trabajar y realizarse.	Creencias.	Independiente
13.	Actividades recreativas.		
14.	Aprendizaje.		

3.6. Plan de atención de enfermería.

3.6.1. Preoperatorio.

Diagnóstico NANDA	Conocimientos deficientes relacionados al procedimiento quirúrgico (HIPEC) manifestado por ansiedad, limitación cognitiva.	
Objetivo.	Acciones de enfermería.	Fundamentación.
Informar al paciente sobre el procedimiento quirúrgico, y los cuidados que llevara después del acto quirúrgico.	Asegurarse que el paciente comprenda el tipo de cirugía que va a tener.	El conocimiento preoperatorio ayuda al paciente a comprender las razones de los procedimientos postoperatorios.
	Advertir al paciente que será colocado en posición de semifowler cuando se esté recuperando de los efectos de la anestesia.	La posición modificada de fowler promueve una mejor oxigenación, lo que facilita la recuperación postanestésica.
	Advertirle que se le pedirá que respire profundamente y que tosa después de la cirugía.	La tos y la respiración profunda previenen las complicaciones pulmonares.
	Advertirle que se pondrá una SNY durante el acto quirúrgico.	El tubo nosoyeyunal proporciona drenaje de la anastomosis que puede contener sangre en las primeras 12 hrs.
	Se informa al paciente que recibirá líquidos por vía parenteral.	Los líquidos parenterales cubren las necesidades de líquido compensando la pérdida por los drenajes y vomito si existiera.
	Informar que se agregaran alimentos por vía oral lentamente y progresivamente de líquidos a sólidos.	Los pequeños incrementos de alimento y líquidos se inician para determinar la tolerancia del paciente.
	Informar que necesitara ponerse de pie y caminar al siguiente día de la cirugía.	La deambulación temprana, previene la estasis venosa y la flebotrombosis.
	Indicarle que le serán colocados drenajes, los cuales van a contener salida de material serosanguinolento y que estos estarán cubiertos por un apósito y fijados a la piel.	Después de la cirugía se espera por lo menos un drenaje el cual tendrá salida de líquido serosanguinolento.
Evaluación:	La paciente mostró satisfacción al comprender la magnitud del procedimiento quirúrgico.	

Diagnóstico NANDA	Temor relacionado con estímulos fóbicos (unidad quirúrgica) manifestado por aumento al estado de alerta.	
Objetivo.	Acciones de enfermería.	Fundamentación.
Emplear métodos para disminuir la ansiedad.	<p>Crear una relación basada en la confianza entre paciente – enfermero.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentarse con el paciente. • Tener una idea del problema del paciente. • Ser constante en la asistencia y la manera de tratar al paciente. • Proporcionar las intervenciones en forma clara y sencilla. 	<p>La ansiedad es una reacción normal al estrés y a las amenazas percibidas.</p> <p>Se trata de una emoción que surge ante la percepción de peligros, reales o imaginarios, que se experimentan de manera fisiológica, psicológica y conductual.</p>
Enseñar técnicas para enfrentar la ansiedad	<p>Ayudarla a identificar el tipo de ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alentar la expresión de la ansiedad en el paciente. • Permanecer con ella cuando resulte apropiado. • Ayudarle a identificar acontecimientos que intensifiquen la ansiedad. • Analizar la relación del aumento de ansiedad con el funcionamiento fisiológico. <p>Analizar la relación del aumento de la ansiedad con los patrones de conducta.</p>	<p>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.</p> <p>La ansiedad se considera un proceso que incluye los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
Evaluación:	Con la orientación que se le brinda de la unidad quirúrgica la paciente logra mantener momentáneamente su temor a este tipo de sitios.	

Diagnóstico NANDA	Deterioro del patrón de sueño relacionado a la ansiedad por la incertidumbre de su estado de salud manifestado por quejas verbales de no sentirse descansado.	
Objetivo.	Acciones de enfermería.	Fundamentación.
<p>Que el paciente realice sus actividades y que adquiera una rutina habitual antes de irse a la cama.</p> <p>Comprender los factores que contribuyen a los trastornos del sueño.</p>	Obtener los antecedentes del sueño.	Ruido, calor y frío, cama muy dura o muy suave, compañeros de cuarto y luces que perturban el sueño.
	Valorar en busca de factores del entorno actual que afecten el sueño.	Los hábitos normales del propio hogar se asocian a un buen patrón del sueño.
	Ofrecer un masaje en la espalda antes de dormir.	Para sentirse descansado una persona debe completar un ciclo completo de sueño (de 70 a 100 min.) de 4 a 6 veces cada noche.
	Fomentar hábitos de higiene antes de dormir.	La buena alineación corporal reduce la tensión muscular y favorece la comodidad para conciliar el sueño.
Evaluación:	Que el paciente orine a la hora de dormir. Con la orientación brindada sobre el desarrollo del proceso quirúrgico, se obtuvo una mayor relajación que favoreció su patrón del sueño.	

3.6.2. Transoperatorio.

Diagnóstico NANDA	Riesgo de aspiración relacionado con la presencia de tubo endotraqueal.	
Objetivo.	Acciones de enfermería.	Fundamentación.
Mejorar la función respiratoria.	<p>Evaluar el estado respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia. • Intensidad. • Características. • Excursión respiratoria. • Ruidos respiratorios. 	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.
Prevenir la presencia de secreciones en boca y faringe.	<p>Aspirar las secreciones bucofaríngeas, según la necesidad del paciente.</p> <p>Alentar a la paciente que tosa y respire profundamente cada hora.</p>	<p>La retención de secreciones obstaculiza el adecuado intercambio de gases.</p> <p>La tos y la respiración profunda facilitan la expectoración de secreciones pulmonares y previene la atelectasia.</p>
Evaluación:	Se logró manejar la vía aérea adecuadamente.	

Diagnóstico NANDA	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad inducida por fármacos y situaciones que favorecen un aumento de la presión sobre la piel.	
Objetivo.	Acciones de enfermería.	Fundamentación.
Evitar cualquier riesgo o lesión durante el tiempo de estancia del paciente en la unidad quirúrgica.	Tranquilizar al paciente a su llegada al quirófano, explicándole el entorno que lo rodea en forma amable y cortés.	La fase transoperatoria, consiste en aplicar anestesia al paciente y prepararlo para la cirugía.
	Presentar a los miembros del equipo multidisciplinario.	El equipo de enfermería, anestesiólogo y cirujanos colaboran de manera colectiva para obtener resultados satisfactorios para el paciente.
	Explicarle lo que se le va a realizar para evitar cualquier reacción violenta.	Antes de comenzar con la inducción de anestesia, la enfermera debe explicarle al paciente los actos que se van a realizar para establecer una relación de confianza, comentar la experiencia y si es posible responder sus dudas.
	No dejar solo al paciente durante su estancia en el quirófano.	La principal atención debe enfocarse a la seguridad del paciente.
	Vigilar los signos vitales antes, durante y después de la anestesia y la recuperación de sus funciones físicas y mentales.	La anestesia general por lo común se administra por inhalación o por vía endovenosa, se clasifica en cuatro etapas fisiológicas: la I, II, III estas son normales mientras que la IV pone en peligro la vida del paciente.
	Una vez anestesiado se realizara la sujeción de miembros torácicos.	La principal atención debe enfocarse a la seguridad del paciente y la fijación de miembros torácicos nos ayuda a evitar algún tipo de fractura o lesión de estos, por la relajación que existe.
Evaluación:	No se observaron ningún tipo de lesión y/o laceración que pusiera en riesgo la integridad de la piel.	

Diagnóstico NANDA	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con fluidoterapia y oliguria/poliuria.	
Objetivo.	Acciones de enfermería.	Fundamentación.
Prevenir que el paciente no caiga en choque por la pérdida de líquidos.	<p>Se valora al paciente en busca de signos de choque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presión sanguínea. • Administrar hemoderivados y líquidos, según se indique. • Indicar al paciente que informe si hay síntomas. 	La disminución del volumen sanguíneo circulatorio puede ocasionar choque hipovolémico.
Prevenir algún tipo de hemorragia.	<p>Estar alerta de signos de hemorragia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar el drenaje gástrico. • Evaluar la presión sanguínea del pulso y la frecuencia respiratoria. 	La hemorragia puede ocasionar choque hipovolémico y la muerte.
Llevar un estricto control de líquidos.	Vigilar y registrar el ingreso y egresos por hora. El paciente debe excretar al menos 30 ml/hr.	El manejo de líquidos suele modificarse antes, durante y después de la cirugía.
Evaluación:	Con las medidas administradas se evito un desequilibrio hidroelectrolítico en la paciente.	

3.6.3. Postoperatorio inmediato.

Diagnóstico NANDA	Dolor agudo relacionado con incisión quirúrgica manifestado por facies de dolor.	
Objetivo.	Acciones de enfermería.	Fundamentación.
Disminuir el dolor ocasionado por el evento quirúrgico.	Evaluar con frecuencia el dolor, antes y después de la administración de analgésicos.	La intensificación del dolor suele indicar la aparición de complicaciones (pancreatitis, peritonitis, perforación de viseras o fuga de la anastomosis).
	Administrar los analgésicos con frecuencia, según prescripción médica.	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.
	Ayudar al paciente para que asuma una posición cómoda.	Los cambios de posición alivian la presión en áreas específicas y disminuyen la presión y tensión sobre líneas de sutura.
Explicar las consecuencias y el uso de la SNY.	Aplicar un lubricante hidrosoluble en los orificios externos de la nariz.	Se lubrican los tejidos y disminuye la fricción en el sitio de entrada de la sonda nasogástrica.
	Realizar higiene bucal y enjuagues con colutorios.	Se alivian sequedad e irritación bucofaringea.
	Explicar las razones del uso de la sonda y el drenaje.	La información mejora la capacidad del paciente para adaptarse a la sonda nasogástrica.
Evaluación:	La paciente mostró disminución considerable del dolor.	

Diagnóstico NANDA	Riesgo de trastornos hemostáticos relacionados con hemorragia.	
Objetivo.	Acciones de enfermería.	Fundamentación.
Prevenir que el paciente no caiga en choque por la pérdida de líquidos.	<p>Se valora al paciente en busca de signos de choque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el llenado de los drenajes. • Evaluar la presión sanguínea. • Administrar hemoderivados y líquidos, según se indique. • Indicar al paciente que informe si hay síntomas. 	La disminución del volumen sanguíneo circulatorio puede ocasionar choque hipovolémico.
Prevenir algún tipo de hemorragia.	<p>Estar alerta de signos de hemorragia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar el drenaje gástrico. • Vigilar la línea de sutura en busca de una hemorragia. • Evaluar la presión sanguínea del pulso y la frecuencia respiratoria. 	La hemorragia puede ocasionar choque hipovolémico y la muerte.
Llevar un estricto control de líquidos.	Vigilar y registrar el ingreso y egresos por hora. El paciente debe excretar al menos 30 ml/hr.	El manejo de líquidos suele modificarse antes, durante y después de la cirugía.
Evaluación:	Por el momento no se presenta evidencia de sangrado activo.	

Diagnóstico NANDA	Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor manifestado por limitaciones de la amplitud de movimientos y dificultad para girarse en la cama.	
Objetivo.	Acciones de enfermería.	Fundamentación.
Verbalización del decremento de la inmovilidad <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la ansiedad de la paciente. • Que logre realizar sus actividades por sí mismo. • Que la paciente deambule lo antes posible. 	Ayudar a los cambios de posición.	Los cambios frecuentes de posición estimulan una mejor circulación sanguínea.
	Proporcionar técnicas de relajación.	Las respiraciones profundas, pausadas y rítmicas favorecen la relajación.
	Estimular a la deambulación temprana.	La deambulación favorece la regularidad de peristaltismo, y da confianza al paciente a moverse por sí mismo.
Evaluación:	Con las medidas prescritas se logró una mejora en la movilización de manera gradual.	

Diagnóstico NANDA	Riesgo de infección relacionado con procedimientos Invasivos (acto quirúrgico).	
Objetivo.	Acciones de enfermería.	Fundamentación.
Valorar algún tipo de infección, por la instalación de drenajes.	Valorar la herida quirúrgica en busca de signos y síntomas de infección, como enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad, salida de líquido purulento, fiebre.	Debe realizarse curación en la inserción del drenaje; puede ocurrir cierta salida de líquido serosanguinolento las primeras 24 hrs. y luego desaparecer.
Valorar infecciones por el evento quirúrgico.	Valorar el abdomen en busca de signos de peritonitis: sensibilidad, rigidez, distensión.	Puede ocurrir peritonitis después de la cirugía gástrica.
Prevenir infecciones.	Administrar antibióticos profilácticos según se prescriba.	Los antibióticos se administran frecuentemente después de la cirugía abdominal para prevenir infección.
Evaluación:	Con los cuidados de enfermería se mantiene una herida libre de procesos infecciosos.	

3.7. Plan de alta.

3.7.1. Objetivo.

- Dar a conocer los cuidados que deberá llevar el paciente en su domicilio, para una pronta recuperación.

I. Sobre la intervención quirúrgica.

- Orientar al cuidador sobre cada cuando y con qué tipo de material se le realizara la curación.
- Informar el tiempo y el lugar que debe presentarse para retiro de puntos.
- Comentar que ante cualquier dato anormal como: fiebre, salida de cualquier tipo de material (pus o sangre) acuda inmediatamente y a cualquier horario para su atención.
- Brindar una orientación sobre qué tipos de actividades le están permitidas en su proceso de recuperación.

II. Sobre los medicamentos a tomar.

- Informar claramente y en repetidas ocasiones el medicamento, la dosis, el horario y por cuánto tiempo se deben de consumir (analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos).
- Orientar sobre con qué tipo de líquido y si puede ser antes, durante o después de los alimentos el consumo de medicamentos.

III. Sobre la dieta.

- Proporcionar información sobre el consumo de la dieta ideal para favorecer el proceso de cicatrización.
- Enviar al servicio de nutrición para que se le oriente sobre el tipo de alimentos que puede consumir después de la cirugía a que se sometió.

IV. Sobre la rehabilitación.

- Proporcionar información de los ejercicios que se deben realizar para una pronta recuperación.

CONCLUSIONES.

De acuerdo al planteamiento de los objetivos se puede concluir:

El proceso enfermero es un instrumento que permite proporcionar continuidad en la atención de este tipo de pacientes, porque permite reflexionar sobre la manera en que se desarrollarán las intervenciones de enfermería que satisfagan de la manera más amplia las necesidades humanas del paciente.

La utilización de una teórica como Virginia Henderson que propone 14 necesidades para la valoración del paciente, es una guía que conduce la práctica profesional de enfermería.

GLOSARIO.

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.

FINC: Tratamiento realizado fuera del Instituto Nacional de Cancerología.

Fluidoterapia: Método terapéutico por medio de líquidos.

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.

Metastatizar: Diseminarse de una parte del cuerpo a otra. Cuando las células cancerosas se metastatizan y forman tumores secundarios, las células del tumor metastásico son como las del tumor original (primario).

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 cual 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.

BIBLIOGRAFÍA.

- ANIORTE H. Teoría y método II (citado el 20 de noviembre de 2008). Disponible en:
http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_teor_metod5.htm
- ALFARO. RN. MSN. Rosalinda, Aplicación del proceso de enfermería. Ed. Dogma, Tr. J. Jiménez 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. Haría, 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. 1995. P. 351. Haría.
- 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.
- ELIAS D, Matsuhisa T, Sideris L, G. Liberale, L. Drouard-Troalen, B. Raynard, et al. Heated intra-operative intraperitoneal oxaliplatin plus irinotecan after complete

resection of peritoneal carcinomatosis: pharmacokinetics, tissue distribution and tolerance. *Ann Oncol* 2004; 15: 1558-1565.

- ESQUIVEL J, Sticca R, Sugarbaker P, Levine E, et al
Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intraperitoneal
Chemotherapy in the Management of Peritoneal Surface
Malignancies of Colonic Origin: A Consensus Statement.
Ann Surg Oncol 2007; 14: 128-133.
- FERNÁNDEZ. Ferrin Carmen y Novel Marti Gloria. El
proceso de atención de Enfermería. España, 1993, Ed.
Masson, 1999, p 113.
- GAUNTLETT, Beare Patricia. Enfermería Principios v
Prácticas. España. Ed. Panamericana, 1993. P. 1706.
- GRIFFITH. H. Janet y Chistensen J. Paula, *Proceso de
Atención de Enfermería*. Aplicación de teorías, guías v
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 Médico-Quirúrgicos. México.
1999. Ed. McGraw-Hill Interamericana, P. 774.
- KATHLEEN, Manan L Krause Nutrición v Dietoterapia.
México. Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 1995. P. 947.
- KIM JY, Bae HS. A controlled clinical study of serosa-
invasive gastric carcinoma patients who underwent surgery
plus intraperitoneal hyperthermo-chemo-perfusion (IHCP).
Gastric Cancer 2001; 4: 27-33.
- KOZIER, Barbará. Fundamentos de Enfermería. México Ed.
Interamericana McGraw-Hill, 1994. P.964.
- KRUPP, Marcus A. Diagnóstico Clínico v Tratamiento,
México. Ed. El Manual Moderno, 1984. P. 1204.

- LEDDY SJ, MAE P. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. WY. 16 LED. 1984.
- LUVERNE, Wolff Lewis, y Kuhn Timby Barbara, Fundamentos de Enfermería, México. Ed. Haría, ed, 4a, 1993, P. 1119.
- MARRINER, Ann. Ed. Proceso de Atención de Enfermería. México. Ed. El Manual Moderno, 1983. P. 325.
- MARRINER, Tomey Ann y Raile Alüigood 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, isas. 1983.
- SMELTZER, Suzanne C. Enfermería Medicoquirúrgica. México. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1998. P. 213.
- SMITH, Suddarth Doris. Enfermería Práctica. México. Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 1995. P. 2136.
- TANIDA O, Kaneshima S, Iitsuka Y, Kuda H, Kiyasu Y, Koga S. Viability of intraperitoneal free cancer cells in patients with gastric cancer. Acta Cytol 1982; 26:681-687.
- TORTORA, Anatomía y Fisiología Humana, México. Ed. Haría, ed.108, p. 1536.
- TSIFTIS D, de Bree E, Romanos J et al. Peritoneal expansion by artificially produced ascites during perfusion chemotherapy. Arch Surg 1999; 134: 545-549.

- YAN TD, Black D, Sugarbaker PH, Zhu J, Yonemura Y, Petrou G, Morris DL. A systematic review and meta-analysis of the randomized controlled trials on adjuvant intraperitoneal chemotherapy for respectable gastric cancer. *Ann Surg Oncol* 2007; 14: 2702-2713.
- WESLEY, L. Ruby, Teorías y Modelos de Enfermería, Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, 2a ed. 1997, p. 179.
- (*). Fuentes teóricas. Modelo de cuidados. Gestión de Cuidados .Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz, 2003. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hp m/descargas/enfermeria/modelo de cuidados.pdf>.
 Consultada el 27 de junio 2009.
- (**). Afirmaciones teóricas. Rodrigo L, Fernández F, Navarro G. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson. Ed. Masson. 3er. Ed. Barcelona 2005.
- (***) *Piñol JF, Estévez MP.* Cáncer gástrico: factores de riesgo *Rev Cubana de Oncol* 1998; 14(3):171-79.

ANEXOS.

7.1. Epidemiología del cáncer gástrico.

La Organización Mundial de la Salud señala que el cáncer gástrico es una de las neoplasias más frecuentes en el mundo contemporáneo; constituye la segunda causa de muerte en el hombre y la tercera en las mujeres. Numerosos son los factores de riesgo que se asocian con la aparición del cáncer gástrico en determinadas regiones del mundo; muchos permanecen en discusión y otros se han consolidado con el tiempo. A pesar de que las tasas de incidencia están disminuyendo, sigue siendo un problema de salud pública. Los países de mayor incidencia de cáncer gástrico actualmente son Japón, China, Europa del Este y algunas regiones de América y Sudamérica, como México, Chile, Colombia y Venezuela.¹⁸

En México, es la segunda causa de mortalidad por tumores malignos y no ha disminuido en las últimas décadas. Algunas posibles explicaciones de esta situación son un mejor diagnóstico y registro de nuevos casos, la presencia de factores de riesgo potenciales, principalmente de tipo dietético, que en la población mexicana no han sido modificados, entre otros el consumo de chile; así como el desconocimiento de la magnitud de otros determinantes, como la infección por *Helicobacter pylori*.^{19***}

18 Instituto Nacional de Cancerología. Manual de Oncología: Procedimiento-Médico Quirúrgico. México. Mc Graw Hill. Interamericana. 1999. Pp. 262.

19 Piñol JF, Estévez MP. Cáncer gástrico: factores de riesgo. Cuba. Cubana de Oncología 1998. Pp. 171-179.

7.2. Diagnóstico.

a) Analítica:

En el Ca. Gástrico precoz la analítica de rutina, por lo general, es normal, en el Ca. Gástrico avanzado puede haber anemia microcítica ferropénica y alteración de las pruebas hepáticas si existen metástasis hepáticas.

b) Marcadores tumorales:

Los marcadores tumorales séricos del Ca. Gástrico estudiados hasta la actualidad tienen escasa utilidad clínica. El CEA (antígeno carcinoembrionario) y el CA 19-9 están elevados en el 20-30% de los pacientes con Ca. Gástrico 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.

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 son, en realidad, cánceres gástricos.

d) Endoscopia.

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 Ca. Gástrico.²⁰ (Álvarez A., 1991).

7.3. Tratamiento.

Existe tratamiento polivalente para la mayoría de los pacientes con cáncer del estómago. Se emplea cuatro clases de tratamiento.

- **Cirugía.** La cirugía es un tratamiento común de todos los estadios del cáncer del estómago. Pueden utilizarse los siguientes tipos de cirugía:
 - a) ***Gastrectomía subtotal:*** Remoción de la parte del estómago que contiene cáncer, ganglios linfáticos próximos, y partes de otros tejidos y órganos cerca del tumor.
 - b) ***Gastrectomía total:*** Remoción de todo el estómago, ganglios linfáticos próximos y partes del esófago, el intestino delgado y otros tejidos cerca del tumor. Tal vez se extirpe el bazo. El esófago se conecta al intestino delgado de manera que el paciente pueda continuar comiendo y tragando.

20 Álvarez A. Salud pública y Medicina Preventiva. México. El Manual Moderno. 1991.

- **Quimioterapia.** La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Se puede tomar en forma de píldoras o introducirse en el cuerpo con una aguja en la vena o el 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 estomago.

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

- **Radioterapia.** La radioterapia y la terapia biológica se están evaluando en ensayos clínicos. 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 maquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o de materiales que producen radiación (radioisópos) introducidos través de tubos de 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 disimular, dirigir o restaura las defensas naturales del cuerpo contra la enfermedad.

7.4. Procedimiento quirúrgico.

7.4.1. Gastrectomía total.

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).

7.4.2. Perinetectomía.

Es una serie de procedimientos quirúrgicos que se han diseñado con el objetivo de asistir en el tratamiento de las neoplasias de superficie peritoneal, independientemente de su origen primario.

Estos procedimientos se han definido con claridad y corresponden a seis procedimientos:

- Omentectomía del epiplón mayor con esplenectomía.
- Peritonectomía del cuadrante superior izquierdo.
- Omentectomía del cuadrante superior derecho.
- Omentectomía del epiplón menor con colecistectomía y burssectomía de la retrocavidad.
- Peritonectomía pélvica con resección en guante del colon sigmoides.
- Antrectomía.

La cirugía citorreductiva incluye la resección del tumor primario y los procedimientos de peritonectomía que se requieran en cada caso dependiendo de la extensión de la enfermedad.²¹

7.4.3. Quimioterapia intraperitoneal.

Al término de la citorreducción se prepara la cavidad abdominal para la quimioperfusión, se colocan cuatro catéteres aferentes, dos subdiafragmáticos, dos pélvicos y un catéter eferente que puede ser de diálisis peritoneal tipo espiral en región central del abdomen, todos son suturados a la piel para evitar su posible movilización accidental durante el procedimiento; también son colocados tres sensores de temperatura: uno subdiafragmático, otro en la región central del abdomen y el último en región pélvica para monitorizar la temperatura durante todo el procedimiento. Por los catéteres eferentes la quimioterapia se dirige de la cavidad abdominal a la bomba de rodillo, de aquí va al intercambiador de calor, luego nuevamente a la bomba de rodillo para regresar a la cavidad peritoneal

Se ha logrado consensar entre los distintos grupos que la dosis de la mitomicina-C debe ser entre los 15 y 35 mg/m² de superficie corporal (SC).²²

21 Onate-Ocana L.F. Cáncer gástrico en México. México. Revista INCan. 2001.3 (3). Pp. 162-164.

22 Esquivel J, Sticca R, Sugarbaker P, Levine E. Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy in the Management of Peritoneal Surface Malignancies of Colonic Origin: A Consensus Statement. Ann Surg Oncol. 2007. 14 (6). Pp. 128-133.

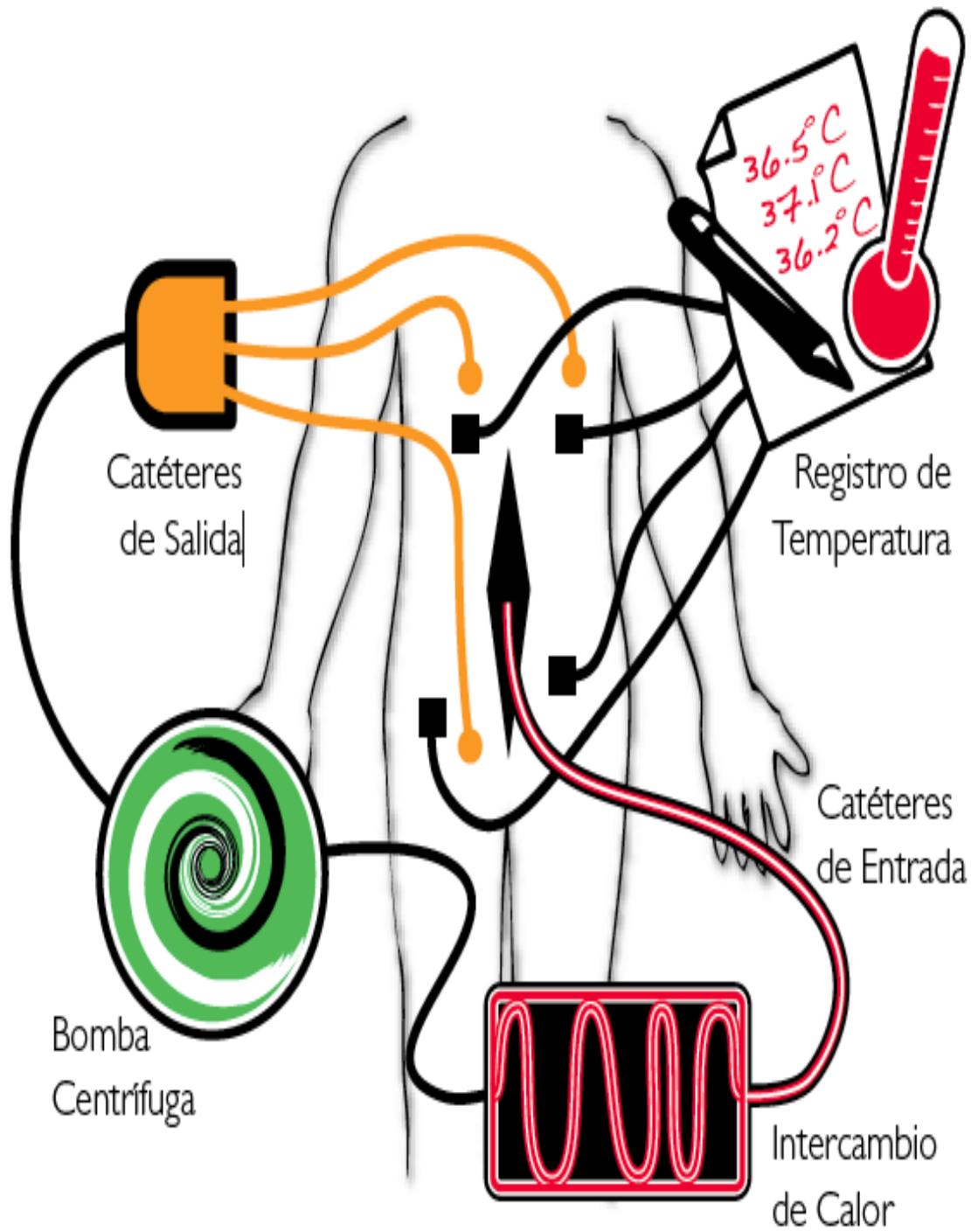


Diagrama del circuito utilizado quimioperfusión intraperitoneal con hipertermia (HIPEC).²³

23 Martínez S. H. Cuellar H. M. Cirugía citorreductiva (Peritonectomía) y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. Revista INCan. 2008. 3 (3). 139.

Datos experimentales y clínicos indican que las células cancerosas son selectivamente destruidas con temperaturas entre un rango de 42°C a 43°C, la hipertermia incrementa la citotoxicidad de las drogas, inhibe los mecanismos de reparación de la célula cancerosa, incrementa la permeabilidad de los fármacos en el tejido tumoral de 2 mm. a 4 mm.; temperaturas mayores pueden causar mayor toxicidad como quemaduras, fistulas de intestino, necrosis, hemorragia. Por tanto se recomienda que la temperatura en el interior de la cavidad abdominal debe ser de 43°C

Este procedimiento tiene limitaciones en los pacientes con enfermedad en etapa IV con metástasis a distancia.²⁴

24 García M. R. Quimioterapia Intraperitoneal: Técnica Quirúrgica. Revista INCan. 2008. 3 (3). 125-130.