



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA UNICO DE ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**

**ESTUDIO DE CASO REALIZADO A UN ADULTO JOVEN CON ALTERACIÓN
DE LA NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES
SECUNDARIOS A CÁNCER DE PÁNCREAS APLICANDO LA FILOSOFÍA DE
VIRGINIA HENDERSON**

**SEGUIMIENTO DE CASO
QUE PARA OPTAR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

**PRESENTA
GARCÍA HERNÁNDEZ GLORIA MARGARITA**

**TUTOR
ESPECIALISTA ONCOLOGA MARTHA PATRICIA VARGAS ALVAREZ
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**

CIUDAD DE MÉXICO SEPTIEMBRE DEL 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

RECONOCIMIENTOS

A la E.E.O Martha Patricia Vargas Álvarez por su dedicación y paciencia para la culminación de este trabajo.

A la L.E. Emma Ávila García por mostrarme r el lado humano de la oncología.

Al E.E.O. Rogelio Rodríguez Díaz por haberme dado la oportunidad de ingresar a la especialidad en enfermería oncológica, por su paciencia y su gran labor como coordinador.

A mis profesores y compañeros aprendí mucho de cada uno de ellos. Agradezco a la vida por haberme permitido conocerlos.

A Margarita Hernández Piña, gracias por nunca dejar de creer en mí y por tu apoyo incondicional.

INDICE

	Página
I. INTRODUCCION.....	4
II. OBJETIVOS.....	5
III FUNDAMENTACION	
3.1 ANTECEDENTES.....	6
IV. MARCO CONCEPTUAL	
4.1 CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERIA.....	10
4.2 PARADIGMAS.....	13
4.3 TEORIAS.....	16
4.4 PROCESO ENFERMERO.....	21
V. MARCO REFERENCIAL	
5.1 ANATOMIA Y FISILOGIA.....	22
5.2 EPIDEMIOLOGIA.....	37
5.3 FACTORES DE RIESGO.....	39
5.4 MANIFESTACIONES CLINICAS.....	40
5.5 VIAS DE DISEMINACION.....	43
5.6 DIAGNOSTICO.....	43
5.7 FACTORES PRONOSTICO	45
5.8 ESTADIFICACION.....	46
5.9 TRATAMIENTO.....	47
VI. METODOLOGIA	
6.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACION.....	51
6.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACION.....	52
6.3 CONSIDERACIONES ETICAS.....	53
VII. PRESENTACION DEL CASO	
7.1 DESCRIPCION DEL CASO.....	55
7.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA.....	56
VIII APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO	
8.1 VALORACION EXHAUSTIVA.....	58
8.2 VALORACION FOCALIZADA.....	70
IX. PLAN DE ALTA.....	72
X. SEGUIMIENTO.....	73
XI. CONCLUSIONES.....	75
XII. SUGERENCIAS.....	76
XIII. BIBLIOGRAFIA.....	77

I. INTRODUCCIÓN

El estudio de caso es un proceso de indagación a profundidad que tiene como propósito la integración de la teoría con la práctica, el profesional de enfermería analiza un hecho de la vida real relacionado con una persona, grupos o familia, estudiándolos dentro de su propio contexto.

Aplicar la filosofía de Virginia Henderson al implementar el método enfermero, proceso sistematizado para proporcionar cuidado a través de sus cinco etapas, permite la identificación de necesidades, jerarquizar, planear e intervenir con la finalidad de dar solución a las respuestas humanas alteradas durante el proceso de salud enfermedad, con el objetivo de llevar a la persona a una independencia total.

Aquí se presenta un estudio de caso realizado durante el curso de la especialidad de enfermería oncológica del Programa Único de Especialidad para Enfermería de la ENEO – UNAM con sede en el en el Instituto Nacional de Cancerología a través del cual se dio seguimiento a un adulto joven con diagnóstico reciente de Cáncer de páncreas.

En el seguimiento de caso se observará principalmente la necesidad de vivir según sus creencias y valores afectada debido a factores culturales y socioeconómicos de la persona.

De acuerdo con los reportes del Globocan para el 2008, el cáncer de páncreas ocupaba ya el octavo lugar como causa de muerte por enfermedades oncológicas, representando desde entonces un gran reto para los sistemas de salud ya que en la mayoría de los casos las manifestaciones clínicas aparecen en etapas avanzadas y se diagnostica de manera tardía.

II.OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

Objetivo general

Implementar el método enfermero en un paciente del Instituto Nacional de Cancerología, utilizando la teoría de Virginia Henderson durante la práctica de la especialidad de enfermería oncológica, cuya finalidad será satisfacer las necesidades alteradas de la persona mediante los cuidados proporcionados por enfermería en lo asistencial y educación para la salud.

Objetivos específicos

- Identificar las respuestas humanas a las necesidades alteradas del sujeto de cuidado.
- Determinar el nivel de independencia que tiene la persona para lograr el autocuidado.
- Elaborar un plan de cuidados en base a las necesidades alteradas.
- Verificar el resultado de las intervenciones y el apego a la educación para la salud que tuvo el sujeto de cuidado.

III. FUNDAMENTACION

3.1 Antecedentes

Se realizó la búsqueda de antecedentes de cuidados enfermero a pacientes con cáncer de páncreas, en diferentes bibliografías sin encontrar suficiente información. Se realizó la búsqueda de artículos que respaldaran el concepto de Virginia Henderson de vivir según sus creencias y valores en la persona; Henderson valora edad y etapa de desarrollo, actitudes y emociones, estado de ánimo, cultura, creencias, entre otras. La persona a quien se le realiza el estudio de caso mostro actitudes de negación con tendencia a ver a la enfermedad como un castigo.

En la biblioteca de la ENEO se encontró un estudio de caso titulado “Estudio de caso realizado a una mujer adulta joven, con cáncer de páncreas avanzado, aplicando el enfoque de la filosofía conceptual de Virginia Henderson” donde se documenta entre otras la alteración de la necesidad de vivir según sus creencias y valores de la persona estudiada.

En una revista brasileña de enfermería se encuentra un artículo indexado de : “Secoli et 2005 el cuidado de la persona con cáncer un abordaje psicosocial”: donde señala que “un proceso de cuidado subjetivo requiere que haya una trascendencia de la dimensión biomédica del cáncer (CA), lo que significa buscar comprender la dimensión psicosocial de esa vivencia - la fuerte influencia en la vida psíquica y social del sujeto que ve comprometida su calidad de vida. El abordaje psicosocial considera que el cuerpo, a pesar de estar determinado por las coordenadas biológicas, es antes de nada una realidad simbólica. Por eso mismo, el individuo puede adolecer y hasta morir en el orden simbólico.

Señala también que el CA es una enfermedad que posee, aún, un significado amenazador para el paciente, presentándose como riesgo prematuro y de muerte, interrumpiendo su trayectoria de vida, alterando su visión del mundo, exigiendo del

portador de la enfermedad fuerza y creatividad para soportar los cambios, muchas veces drásticos, en su estilo de vida. Por lo tanto, el objetivo del artículo fue contribuir con reflexiones acerca de la temática y presentar una propuesta de abordaje psicosocial, como instrumento de intervención en enfermería capaz de considerar la singularidad del sujeto con CA y su familia, en el modo de vivenciar sus experiencias, y los impactos que el CA provoca en la vida psíquica y social.

Abordaje psicosocial en pacientes con cáncer

La preocupación con una interpretación más amplia, no exclusivamente biológica del proceso salud-enfermedad, es antigua en la historia de las ciencias biológicas. Hipócrates – creador de la medicina moderna, enfatizaba que la base del arte médico estaba en la comprensión de la interacción entre cuerpo, mente y ambiente. Él consideraba que los factores culturales (modo de vida) y los psicológicos sumados a los factores ambientales ejercían fuerte influencia sobre el bienestar de los individuos. Actualmente, existe unanimidad en la afirmación de que los aspectos psicosociales son importantes en las prácticas profesionales de la salud. Siendo así, todo abordaje del individuo con CA debe basarse en una anamnesis que enfoque, del modo más completo posible, los aspectos biológicos y psicosociales. Ésta permitirá identificar pacientes que se muestren más vulnerables y con mayor riesgo a un ajustamiento frente a la nueva condición de vida. Ofrecerá, también, subsidios para un abordaje que, por un lado, disminuya el sufrimiento del paciente y, por otro, permita al equipo multidisciplinario, una mejor integración. La importancia de ésta se relaciona con las variadas necesidades del paciente y su familia pasando a ser éstos la unidad del cuidado. De las numerosas fases del proceso de la enfermedad, el momento del diagnóstico, reacción al tratamiento, recidiva y el avance del CA se destacan por la necesidad de una evaluación psicosocial del paciente y su familia.

El encuentro con el cáncer

Cada paciente tiene sus propias creencias, miedos y ansiedades con relación al cáncer, reaccionando de forma singular al diagnóstico de la enfermedad. Sin embargo, una vez confrontados con éste, reeditan reacciones emocionales semejantes a las presentadas en crisis severas que vivieron en el pasado. Raramente, el enfermo es tomado de sorpresa por total ignorancia de su caso. Cuando se dirige al servicio de salud, ya lleva consigo una sospecha o un diagnóstico. Por su relato se puede percibir que, generalmente, tiene conciencia de la gravedad de su enfermedad.

Reacción al tratamiento

Muchas de las modalidades terapéuticas adoptadas en el tratamiento del CA son profundamente adversas a los pacientes. Existen miedos asociados al control o cura de la enfermedad. Miedo a la mutilación consecuente de una cirugía, miedo a la pérdida de cabellos y esterilidad causados por la quimioterapia, miedo a las quemaduras provocadas por la radioterapia, miedo a sentir dolor y de morir. El paciente se siente, además, vulnerable a la pérdida de control de la propia vida. Existen algunos factores que influyen en la adaptación a la vivencia en el hospital, después del diagnóstico, relacionados con: contacto con personas conocidas que tuvieron CA; temores despertados por el internamiento y relacionados con aspectos psicosociales, como ansiedad por la separación de personas queridas y retiro del trabajo que a su vez es causa de problemas económicos; el ingreso al hospital hace que el paciente ponga su vida y su cuerpo en manos de personas cuyas intenciones y competencia desconoce y problemas personales del paciente.

La adaptación al internamiento está relacionada a su habilidad para enfrentar las crisis. Las personas que en la fase pre-mórbida presentan personalidad estable, ausencia de trastornos mentales y una vida proficua y placentera tienden a adaptarse, razonablemente bien, a esta nueva condición. Normalmente, estas

personas confrontan los hechos, evalúan las informaciones de forma real y siguen exactamente el tratamiento propuesto. Los pacientes que responden mal al inicio del tratamiento son aquellos que presentan historia de enfermedad psiquiátrica, cáncer avanzando de difícil control, pesimismo en relación al futuro, trastornos sociales como dificultades conyugales, bajo nivel socio-económico, ausencia de creencias religiosas e inexistencia de un grupo social de apoyo.

IV.MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERIA

La conceptualización incluye los entendimientos de aquellos factores biológicos, del comportamiento, sociales y culturales que tienen influencia en la salud y la enfermedad, incluyendo las definiciones de indicadores y resultados de salud.

El concepto de disciplina de enfermería empieza a ser introducido en los años 1950 en EE.UU., con un grupo de académicas-teóricas que señalaban que una profesión nueva como enfermería debía explicitar su propio conocimiento a través de sus bases teóricas para poder sobrevivir como profesión. Es decir, la importancia del desarrollo de la ciencia de enfermería como una racionalidad teórica para la práctica de enfermería. En las décadas del 60 y 70, con el desarrollo de programas de postgrado de enfermería se inicia la indagación y reflexión que permite confeccionar marcos conceptuales y una preparación educacional de enfermeras/os para la investigación, iniciándose así un desarrollo disciplinario de incorporación de conocimientos desde otras disciplinas, produciéndose un fuerte optimismo en el proceso de enfermería y en el método científico. No obstante, desde que se publicó los patrones fundamentales del conocimiento de enfermería, se produjo un cambio en donde se reconoce el conocimiento práctico, personal y la intuición, los cuales forman parte de un conocimiento de enfermería más amplio que ha producido un impacto en la disciplina, permitiendo una concepción desde varios paradigmas o visiones que representan a enfermería actualmente. Se entiende básicamente por una disciplina aquella rama de instrucción o educación, o departamento de aprendizaje del conocimiento. El término disciplina como la perspectiva única, la forma distintiva de ver el (los) fenómeno(s), la cual define, en última instancia, los límites y naturaleza de su interés. Así también enfermería es señalada a pertenecer a las disciplinas humanas porque están orientadas a producir “conocimiento sobre

Seres humanos”, y enfermería está relacionada con la naturaleza y estructura del todo, sobre ese conocimiento humano. Incorporada en éste, las disciplinas se clasifican en las de ciencias, como son la física, biología, sociología y antropología, y en las de humanidades, como son la filosofía, la ética, la historia y las artes. Dentro de ese arquetipo se distinguían a las disciplinas profesionales como aquellas profesiones cuyo objetivo es saber aplicar, describir, o prescribir conocimiento, y a las disciplinas académicas, cuyo objetivo es el conocimiento puro o saber por saber. Enfermería, entonces, se definió como disciplina profesional práctica, porque busca usar el conocimiento propio desde una o más ciencias para las resoluciones de problemas del diario vivir en la práctica o dentro de un campo práctico.

La respuesta de cuáles son los tipos de conocimientos esenciales y sustantivos es una de las tareas más importantes a dilucidar en la explicación de enfermería como ciencia. La ciencia es vista como una actividad o como una actividad crítica, sistemática, controlada, y empírica que resulta en generar y testear teorías. No obstante, el término ciencia de enfermería no ha sido fácil de asimilar en muchas enfermeras/os, ya sea por la dificultad desde las definiciones de enfermería o porque las definiciones de ciencia han sido realizadas entre dos posiciones, ya sea como científica y/o como humanista. Dado esto, es importante exponer qué se entiende por el concepto y definición de enfermería y, posteriormente, qué es ciencia y cómo ésta es declarada por las/los científicos de enfermería. De los tiempos de Nightingale (1820-1910), en su libro Notas de Enfermería asumía el tomar cargo de la salud de la persona o individuo y situarlo “lo mejor posible”, y permitir que la naturaleza actúe. Esta descripción sirvió para clarificar el concepto de salud y ambiente, dos conceptos centrales en enfermería. Posteriormente, otras definiciones fueron hechas; asociando el único rol de enfermería y pacientes con el rol del cuidado, y cuando los pacientes no son capaces de cuidarse por sí mismos debido a problemas de salud, las enfermeras proporcionan ese cuidado. Otras teoristas definieron enfermería como un sustantivo o verbo que significaba “saber”, considerando que la práctica de enfermería no es enfermería, sino más bien es el uso del conocimiento de enfermería para una mejoría de los seres

humanos o como una disciplina, es decir, a la práctica de la cual es una ejecución como arte. En general, ha sido difícil precisar qué se entiende por enfermería, y en la realidad diaria muchas enfermeras ni siquiera se lo cuestionan. La Asociación de Enfermeras Norteamericanas –American Nursing Association (ANA) definió enfermería como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales. Esta definición dio origen a la evidencia de enfermería profesional a través de las taxonomías y las intervenciones de enfermería como también significó reforzar el concepto esencial de enfermería en la salud de los individuos. Más reciente, la ANA amplió su definición como la práctica, la promoción y optimización de la salud y sus habilidades, previene la enfermedad y el daño, alivia el sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, y tiene la defensa del cuidado de los individuos, familias, comunidades y población en general. Será importante para una comunidad disciplinaria el debate y la reflexión sobre qué definiciones de enfermería serían pertinentes en el nivel local y contextual, que puedan responder a las diversas escuelas de pensamientos y de realidades comprendidas por las enfermeras/os, sin perder sus aspectos esenciales. En síntesis, es importante que una disciplina profesional como enfermería formule conceptualizaciones concordantes y comunes en relación a lo que comprende su práctica y, por ende, le otorgue el significado de que tipo(s) de ciencia(s) requiere para la búsqueda de su conocimiento.¹

¹ Urra M. Ciencia y Enfermería. Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. Consultado mayo 2016 disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200002

4.2 PARADIGAMAS

La profesión de Enfermería ha venido desarrollándose desde hace más de un siglo y ha sido a partir de los años 50 cuando el auge de las teorías ha tenido una rápida evolución.

- 1. Filosofía:** orientación, manera habitual de abordar la vida: posición general con relación a la naturaleza de las cosas y del mundo; disciplina teórica que comprende la axiología (ética y estética), la epistemología (estudio del conocimiento), la metafísica (ontología y cosmología) y la lógica. La filosofía de una ciencia guía los valores que son la base del desarrollo de una disciplina. La filosofía explica el significado de los fenómenos de la enfermería a través del análisis, el razonamiento y del argumento o exposición lógica.
- 2. Ciencia:** conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados y de los que se deducen principios y leyes generales (DRAE).
- 3. Ciencia enfermera:** conjunto de saber empírico, estético, personal y ético, resultado de diferentes enfoques metodológicos utilizados para profundizar en el campo del estudio de la disciplina enfermera.
- 4. Disciplina:** campo de investigación marcado por una perspectiva única, es decir, una manera distinta de ver los fenómenos. Una disciplina profesional recomienda (se refiere a, reivindica) maneras de intervención para la práctica (ciencias enfermeras, medicina, ciencias sociales, etc.) contrariamente a una disciplina teórica que describe o analiza los fenómenos a partir de modelos precisos (filosofía, sociología, etc.), sin

intervenir.

5. Paradigma: corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas. Para Kuhn, un paradigma está constituido por los supuestos teóricos generales, las leyes y las técnicas para su aplicación que adoptan los miembros de una determinada comunidad científica. Kérocuac et al describen los paradigmas propuestos en la ciencia enfermera, los cuales se detallan a continuación:

a) Paradigma de la categorización: concibe los fenómenos como divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. El paradigma de la categorización ha inspirado dos orientaciones en la profesión enfermera, una centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. La teorista más representativa de este paradigma es Florence Nightingale.

b) Paradigma de la integración: es una prolongación del paradigma anterior, reconoce los elementos y las manifestaciones de un fenómeno y lo integra al contexto específico en que se sitúa el fenómeno. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Esta orientación se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica.

c) Paradigma de la transformación: presenta un cambio de mentalidad, según este paradigma un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un patrón único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado nuevas concepciones de la disciplina enfermera.

6. Modelo conceptual: Fawcett afirma que un modelo conceptual proporciona un marco de referencia distinto para sus partidarios que les explica cómo observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina. Es una representación abstracta que explica una perspectiva de la disciplina enfermera, es decir, una concepción que guía la práctica, la investigación, la formación y la gestión de los cuidados. El modelo conceptual clarifica la contribución o razón de ser de las enfermeras y el objetivo del servicio que prestan a la población.

7. Teoría: conjunto de enunciados y proposiciones, formados por los conceptos y relaciones entre estos conceptos, organizados de manera coherente y sistemática que tiende a describir, explicar o predecir un fenómeno. Las teorías enfermeras tienden a describir, explicar y predecir los fenómenos de interés para la disciplina

4.3 Teorías de enfermería

Los modelos conceptuales, son definidos como un conjunto de conceptos abstractos y generales, así como proposiciones que se integran para dar un significado. Incorporan observaciones empíricas, intuiciones de los estudiosos, deducciones combinadas con las ideas creativas del campo de la investigación (Fawcett, 1996). Esto quiere decir que los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el autocuidado, la promoción a la Salud, las relaciones interpersonales, el proceso de adaptación entre otros.

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto, se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado. Tanto los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos y Fawcett (1996) los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina como lo hicieron: Orem sobre el déficit de autocuidado, Roy; adaptación y estímulo, Henderson; Necesidades básicas, Pender; Conducta promotora de salud y Neuman.

Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica. En relación a la educación, los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar un plan de estudios; los programas y las actividades de enseñanza

aprendizaje. En la administración; provee una estructura sistemática para observar las situaciones e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera muy particular.

En la práctica clínica; proveen guías generales para la práctica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por el modelo conceptual y en el método de trabajo de enfermería o Proceso Atención Enfermería (PAE). Es fundamental enmarcar, que la aplicación de los modelos y teorías de enfermería debe estar basado en el método de trabajo de enfermería o PAE.

MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

En su libro *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona. El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados. “La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.

Proposiciones

La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad. El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control. La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros.

Elementos

Objetivo de los cuidados. Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

Usuario del servicio. La persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo.

Papel de la enfermería. Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

Enfermera como sustituta. Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

Enfermera como ayudante. Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

Enfermera como acompañante. Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

Fuente de dificultad. También denominada área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

Intervención de la enfermera. El centro de intervención de la enfermera son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo). El modo de la intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. El grado hasta el cual las enfermeras ayudan a los pacientes a adquirir independencia es una medida de su éxito. Cuando la independencia es inalcanzable, la enfermera ayuda a la persona a aceptar sus limitaciones o su muerte, cuando esta es inevitable.

Consecuencias de la intervención. Es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

Conceptos

Necesidades básicas.

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.²

4.4 PROCESO ENFERMERO

Es un método sistemático, flexible y organizado cuya finalidad es administrar los cuidados de enfermería. Se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

Este se compone de 5 etapas las cuales son:

- ❖ **Valoración:** en esta etapa se lleva a cabo la recolección de datos, en esta se incluye la entrevista, la observación y la exploración física. En esta fase se recopilan datos sobre la persona que permiten registrar las respuestas físicas, las ideas, valores y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de la persona y se determinan las prioridades en el plan de cuidados. Donde por lo tanto se obtendrán datos objetivos y subjetivos.
- ❖ **Diagnóstico:** es un juicio clínico, este está compuesto por: etiología o problemas, factor relacionado o causa y datos objetivos y subjetivos que indican dicho problema. Y estos pueden ser reales, potenciales y de educación para la salud.
- ❖ **Planeación:** es el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas saludables o bien para corregir o disminuir el daño. En esta etapa se establecen prioridades mediante la formulación de objetivos.
- ❖ **Ejecución:** Puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los objetivos establecidos en el plan de cuidados.

² Bellido J. et Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Primera de edición. Consultado: agosto 2016 disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf

- ❖ Evaluación: La evaluación se centra tanto en las acciones como en el progreso. Los resultados en términos del comportamiento del cliente son en esta etapa tan importantes como en las dos anteriores: planeamiento y diagnóstico

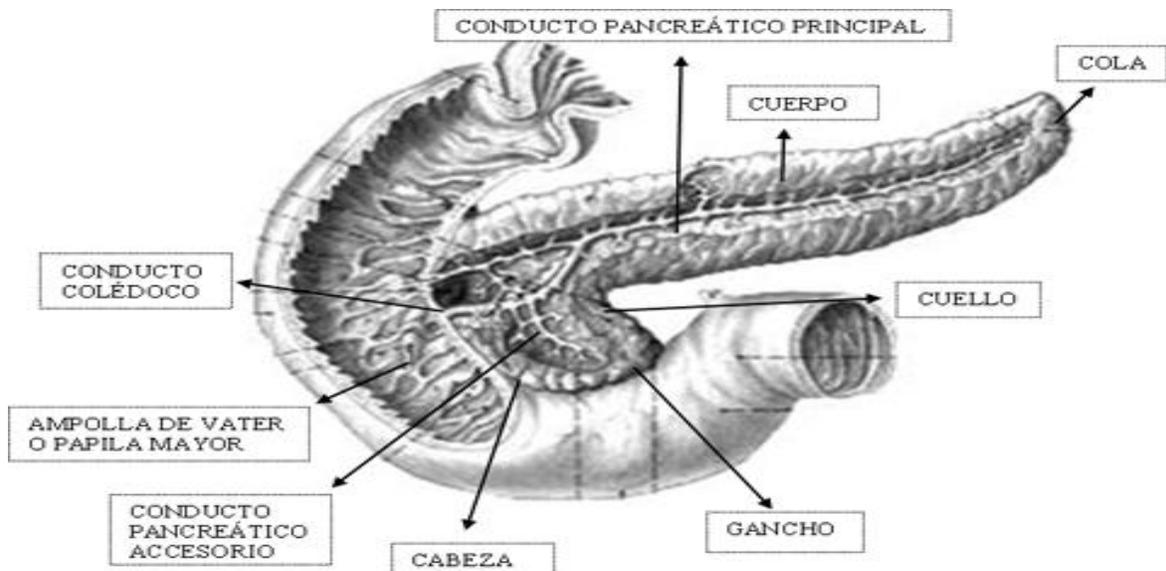
V. MARCO REFERENCIAL

5.1 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL PÁNCREAS

El páncreas es un órgano retroperitoneal con funciones exocrinas y endocrinas, la mayor parte de la glándula tiene funciones exocrinas, el 80% de las células son acinares y sólo el 2% son células de los islotes de Langerhans. Tiene un peso de 100 gramos y diariamente produce 500 cc de jugo pancreático compuesto por agua, electrolitos y enzimas digestivas. El páncreas tiene tres funciones fisiológicas generales:

- a. Neutralizar el ácido gástrico que ingresa al duodeno
- b. Sintetizar y segregar enzimas digestivas
- c. Liberar hormonas con funciones metabólicas.

El páncreas está dispuesto transversalmente en el retroperitoneo entre el duodeno a la derecha y el bazo a la izquierda, a la altura de L1 -L2. Se relaciona con la trascavidad de los epiplones por arriba, el mesocolon transversal por adelante y el epiplón mayor por abajo. La glándula pancreática pesa entre 85 a 100 gr y mide entre 14 a 18 cm. Su peso está constituido por agua en el 71% y por proteínas en el 13%, mientras que su composición grasa es variable y puede oscilar entre 3 y 20%. Anatómicamente está dividido en 4 porciones, la cabeza (la porción hacia la derecha de los vasos mesentéricos) el cuello (por delante de los vasos mesentéricos) y el cuerpo y la cola a la izquierda de los vasos mesentéricos).(imagen 1)



1 Imagen disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-anatomia-aparato-digestivo/pancreas>

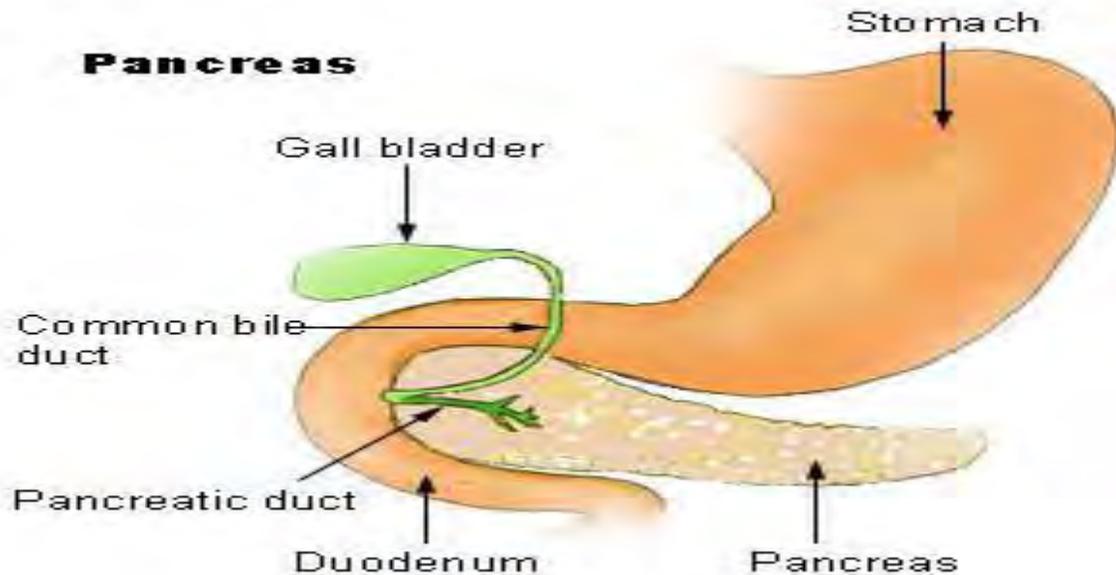
Cabeza: Se relaciona hacia adelante con el estómago, el colon y el mesocolon transverso. Por detrás se relaciona con el riñón derecho, hilio renal y vena cava inferior. Esta relación con los vasos mesentéricos. a.h : arteria hepática, v.e.: vena esplénica, íntimamente relacionado con la cara interna del duodeno y adherido al plano posterior mediante la fascia de coalescencia de Treitz. La adherencia del duodeno al páncreas empieza aproximadamente a 3 cm del píloro, en donde la arteria gastroduodenal, preglandular, cruza la cara posterior de la primera porción del duodeno. La segunda porción duodenal está íntimamente pegada a la superficie del páncreas lo que hace imposible la separación total de estos dos órganos. La tercera porción del duodeno es fácil de separar del páncreas, ya que solo está unida por hojillas peritoneales y elementos vasculonerviosos con un plano de despegamiento muy laxo. La cuarta porción está situada a cierta distancia del tejido pancreático, y para liberarla basta con seccionar los vasos, dispuestos en forma de arcos junto al duodeno. Sobre la cara anterior del duodenopáncreas se implanta la raíz del mesenterio describiendo una ligera oblicuidad hacia arriba y a la izquierda. La implantación de la raíz del mesocolon divide a la cabeza en una porción supramesocolonica y otra inframesocolonica. Esta última porción está adherida al mesocolon a través de la fascia de coalescencia preduodenopancreatica o fascia de Fredet.

Páncreas menor: la cabeza de páncreas presenta en su extremidad inferior e izquierda una prolongación, el gancho (uncus, o páncreas menor de Winslow). El mismo se localiza por detrás de la vena mesentérica superior, en el 41% de los casos no supera la vena, en el 32% de los casos alcanza el intervalo entre la arteria y la vena mesentérica superior, en el 15% de los casos se extiende por detrás de la arteria mesentérica superior y en el 12% de los casos llega hasta la aorta. Cuando ya se ha liberado la cabeza y seccionado el istmo, la pieza de exéresis está todavía fija por una lámina conjuntiva densa que fija al páncreas a la arteria mesentérica superior y a la aorta. En dicha lamina transcurren elementos nerviosos y linfáticos y el segmento inicial de las arterias pancreaticoduodenales posterior y casi totalmente de las láminas nerviosos procedentes del ganglio semilunar, del plexo preaórtico y del plexo mesentérico. Durante la pancreatometomía cefálica, hay que prestar especial atención a esta lámina ya que por su espesor transcurre la arteria hepática aberrante rama de la arteria mesentérica superior.

Cuerpo: El cuerpo de páncreas es completamente supramesocolónico. Anteriormente, está cubierto por el estómago, el ligamento gastrocólico y el colon transversal. Su cara anterior se transparenta a través de la hojilla peritoneal que constituye la pared posterior de la bolsa retrogástrica de la tras cavidad. Esta fijo al plano posterior por la fascia de coalescencia retropancreática de Toldt. Por mediación de esta fascia la cara posterior se corresponde con el pilar izquierdo del diafragma, el riñón izquierdo y su pedículo y con la cara anterior de la vena suprarrenal. El mesocolon transversal se fija a la porción inferior del cuerpo y cola del páncreas. En contacto con la cara posterior del cuerpo discurre la vena esplénica, la misma tiene un recorrido rectilíneo y está íntimamente adherido a la cara posterior del cuerpo páncreas. Por detrás del istmo del páncreas se une a la vena mesentérica superior para formar la vena porta. A partir del istmo del páncreas, el borde superior del cuerpo está en relación con la arteria esplénica, la misma finaliza en el hilio esplénico dividiéndose en ramas esplénicas, vasos cortos y vasos gastroepiplóicos izquierdos.

Cola de páncreas: es el único segmento intraperitoneal del órgano, está contenido en el espesor del epiplón pancreaticoesplénico. La hojilla anterior de este ligamento prolonga la hojilla preglandular que tapiza el fondo de la trascavidad. La hojilla posterior se refleja sobre el peritoneo parietal posterior. A nivel del hilio esplénico, la unión de los epiplones pancreaticoesplénicos y gastroesplénicos forma el límite izquierdo de la bolsa retrogástrica de la trascavidad. Según la extensión del adosamiento del peritoneo de la cara posterior del páncreas al peritoneo parietal primitivo, y según la longitud del epiplón pancreaticoesplénico, el pedículo esplénico será más o menos fácil de exteriorizar.

Conductos pancreáticos: El conducto pancreático principal o conducto de Wirsung drena la secreción exocrina del páncreas. El mismo nace en la cola a partir de la confluencia de pequeños conductos, recorre todo el páncreas y desemboca junto con el colédoco intrapancreática en la ampolla de Vater. El conducto de Wirsung en el cuerpo y cola se encuentra en la porción media entre el margen superior e inferior. En el cuello se aproxima a la cara posterior y se inclina en dirección caudal y dorsal atravesando la cabeza para finalmente unirse al borde izquierdo del colédoco intra pancreático y formar la ampolla de Vater. Durante su trayecto el conducto de Wirsung recibe en ángulo recto numerosos conductos secundarios que drenan la secreción exocrina de todo el páncreas. Un drenaje adicional del páncreas puede ser realizado a través del conducto accesorio (Santorini) que se anastomosa con el conducto pancreático principal y drena su contenido en el duodeno a través de la papila menor, localizada aproximadamente a 2cm por arriba de la papila mayor.(imagen 2)



2 Imagen disponible en: <http://www.ecoaldea.com/cuerpo/vesicula.htm>

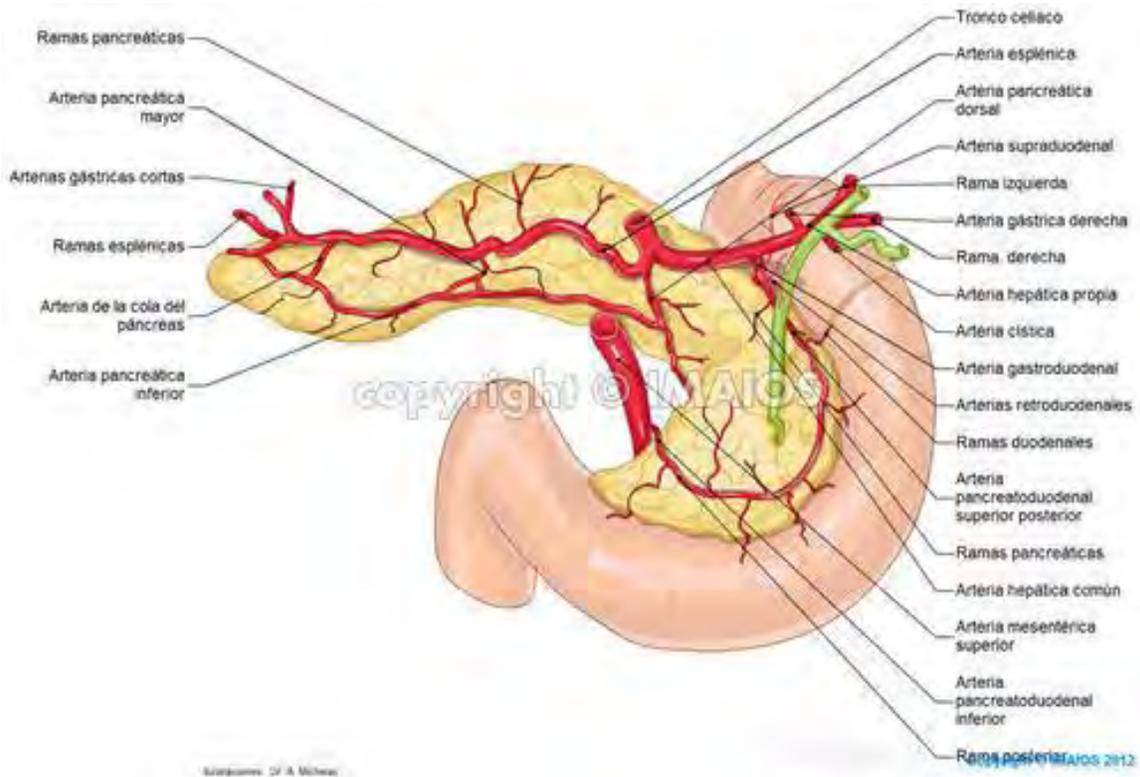
IRRIGACION ARTERIAL

El páncreas recibe su irrigación del tronco celiaco y la arteria mesentérica superior. Una vez que han penetrado las arterias en el páncreas las mismas se interconectan a través de una rica red de anastomosis arteriales que hacen del páncreas un órgano particularmente resistente a la isquemia. Aproximadamente 10- 25% de la irrigación vascular total del páncreas va hacia los islotes, por lo tanto, estas células que constituyen el 1 al 2% de la masa pancreática son irrigadas de 10 a 20 veces más que la secreción exocrina.

Cabeza: La cabeza esta irrigada por las arterias pancreático duodenales superior rama de la arteria gastroduodenal y por las arterias pancreaticoduodenal inferior rama de la arteria mesentérica superior. Ambas arterias pancreaticoduodenales se dividen en ramas anteriores y posteriores para anastomosarse y formar las arcadas arteriales anterior y posterior. Las arterias pancreaticoduodenales superiores anterior y posterior son casi constantes en su origen, mientras que las arterias pancreaticoduodenales inferiores anterior y posterior pueden nacer en forma separada o de un tronco común de la arteria mesentérica superior. La arcada posterior generalmente discurre por detrás del colédoco retroduodenal y

luego detrás de la cabeza del páncreas, en el espesor de la fascia de coalescencia de Treitz. La arcada anterior que es la rama terminal de la arteria gastroduodenal discurre a 1,5 cm de distancia de la pared interna del duodeno. La irrigación de la porción terminal del colédoco y la ampolla de Vater es provista por las ramas de la arcada posterior.

Cuerpo y cola: Esta irrigada por la arteria pancreática dorsal que discurre por detrás del cuello del páncreas. Su origen es variable, puede ser rama de la arteria esplénica (40%), del tronco celiaco (22%), de la arteria mesentérica superior (14%) o de la arteria hepática común (12%). Transcurre hacia el borde inferior y se divide en la porción media en rama izquierda y derecha. Hacia la izquierda se convierte en la arteria pancreática transversa y a la derecha envía ramas para irrigar la cabeza y el gancho anastomosándose con las arterias pancreaticoduodenales superiores. La arteria pancreática transversa también puede ser rama de la arteria gastroduodenal, la gastroepiplóica derecha o la arteria pancreaticoduodenal superior. Discurre por la parte inferior y posterior del páncreas para anastomosarse con la arteria pancreática magna. La arteria pancreática magna es la colateral más grande de entre 2 a 10 colaterales que emite la arteria esplénica a lo largo de su recorrido por la porción superior del páncreas. Generalmente nace entre el cuerpo y la cola de páncreas y desciende hacia el borde inferior del páncreas y emite ramas derecha e izquierda para anastomosarse con la arteria pancreática transversa.(imagen 3)



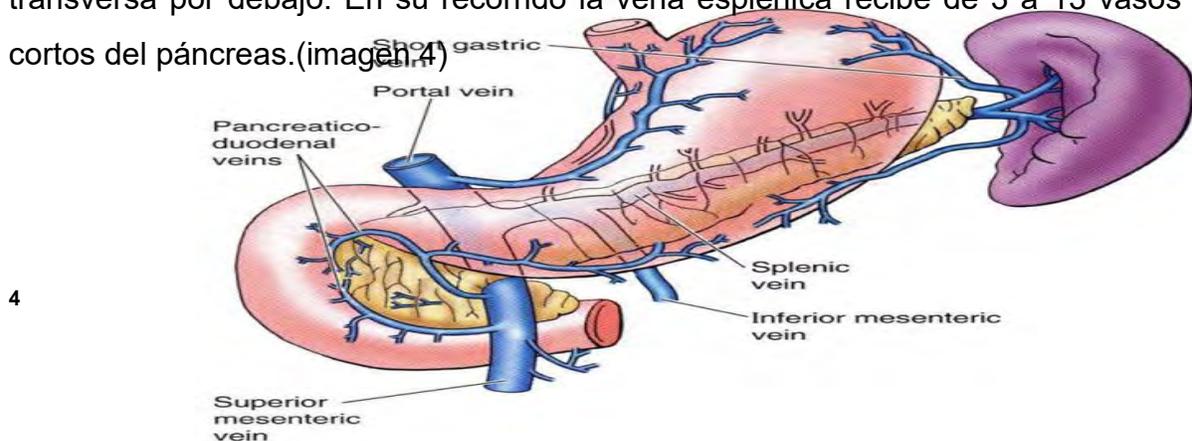
3

Irrigación arterial del páncreas. Imagen disponible en: <https://www.imaios.com/es/e-Anatomy/Torax-abdomen-pelvis/Sistema-digestivo-Ilustraciones?structureID=4627&frame=79#!>

IRRIGACION VENOSA

El drenaje venoso del páncreas drena en el sistema portal a través de la vena esplénica, la vena mesentérica superior, la vena mesentérica inferior y la propia vena porta.

La vena esplénica, discurre por debajo de la arteria esplénica en la porción posterior del cuerpo y cola del páncreas, y se une por detrás del cuello del páncreas con la vena mesentérica superior para formar la vena porta. La vena mesentérica inferior puede drenar en la vena esplénica (60%) o en la vena mesentérica superior (40%). En general, las venas pancreáticas corren paralelas a las arterias. La cabeza del páncreas es drenada por las venas pancreaticoduodenales superior e inferior con sus respectivas ramas anteriores y posteriores. La rama posterior de la vena pancreaticoduodenal superior es casi constante y pasa el colédoco por detrás y termina en la cara lateral derecha de la vena porta. Las venas anterior y posterior de la vena pancreaticoduodenal inferior drenan en la primera vena yeyunal en forma separada o por un tronco común, pasando por detrás de la vena mesentérica superior. La vena pancreaticoduodenal anterior y superior drena en la vena mesentérica superior a través del tronco venoso gastrocólico o tronco venoso de Henle. Dicho tronco está formado por la unión de tres venas, la mencionada vena pancreaticoduodenal anterior y superior, la vena gastroepiplóica derecha y la vena cólica media. El cuerpo y la cola de páncreas están drenados por la vena esplénica arriba y la vena transversa por debajo. En su recorrido la vena esplénica recibe de 3 a 13 vasos cortos del páncreas. (imagen 4)



⁴ Irrigación venosa imagen disponible en: <http://docplayer.es/1946041-Pancreas-cuidados-en-la-diabetes-mellitus.html>

Anatomía linfática

El tejido intralobular del páncreas está desprovisto de tejido linfático, el mismo comienza a partir de capilares linfáticos en el tejido interlobular. Estos linfáticos capilares se conectan por anastomosis para formar conductos linfáticos mayores que trascurren por la superficie del páncreas generalmente alrededor de los vasos sanguíneos. Los linfáticos del páncreas vacían su contenido en ganglios linfáticos regionales. Se han propuesto varias clasificaciones de los ganglios regionales del páncreas.

Drenaje linfático de la cabeza: El drenaje linfático principal de la cabeza se hace a través de los nódulos pancreaticoduodenales anterior y posterior.

Drenaje linfático del cuerpo y cola de páncreas: La mayoría de los linfáticos del cuerpo y cola de páncreas drenan en los ganglios esplénicos. Algunos linfáticos también drenan directamente en nódulos de la porción inferior de la cabeza o paraaórticos. Los linfáticos eferentes de los nódulos esplénicos drenan en los ganglios yuxta y paraaórticos. (imagen 5)

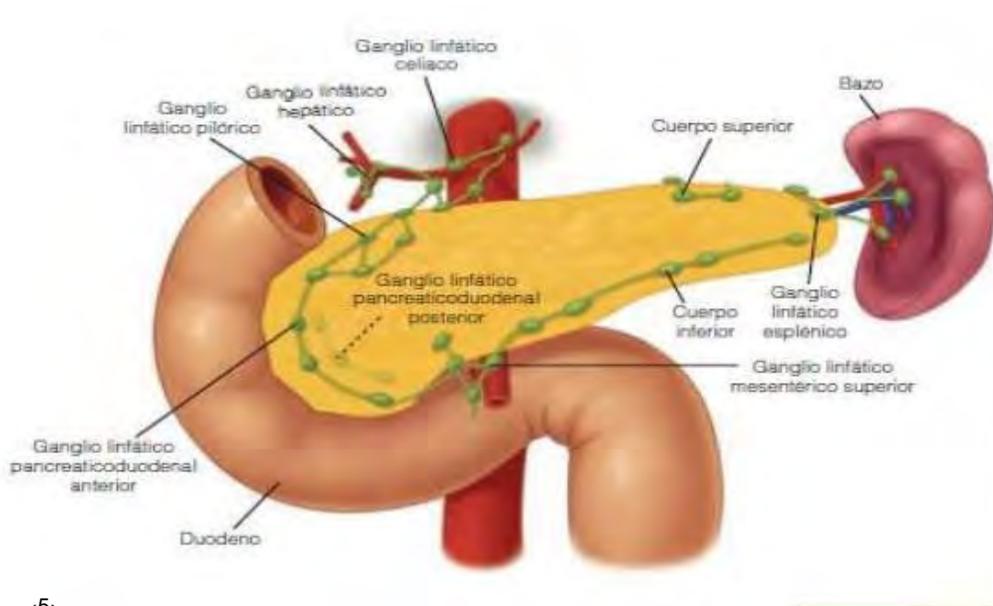


Figura (5)

⁵ Drenaje linfático del páncreas imagen disponible en: <http://es.slideshare.net/ednamendoza2/pancreatitis-aguda-y-cronica-55766736>

INERVACIÓN

Como cualquier otro órgano abdominal el páncreas está inervado por nervios simpáticos y parasimpáticos.

Los nervios simpáticos se originan principalmente de los nervios esplácnicos mayores y menores.

El nervio esplácnico mayor está usualmente formado por ramas del ganglio simpático T4-10 y el nervio esplácnico menor por los ganglios T9-L2.

Los nervios esplácnicos pasan a través del diafragma para formar el plexo celiaco.

La innervación parasimpática del páncreas se origina de los nervios vagos y llegan al páncreas a través del plexo celiaco. La principal ruta tanto de nervios simpáticos y parasimpáticos desde el plexo celiaco hasta el páncreas se realiza de la siguiente forma:

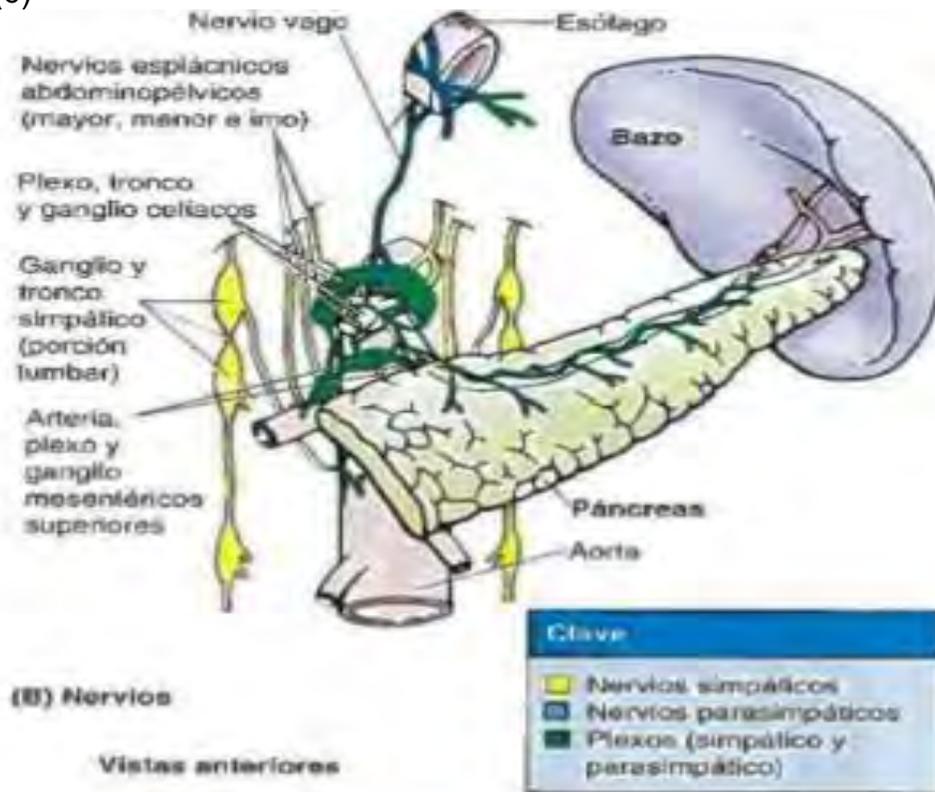
- 1) Vía directa del ganglio celiaco a la parte posterior de la cabeza de páncreas (plexo pancreático capital I)
- 2) La vía desde ganglios celiacos bilaterales al margen izquierdo del proceso uncinado vía el plexo alrededor de la arteria mesentérica superior (plexo pancreático capitalis II)
- 3) La vía alrededor de la arteria hepática hacia la región anterior del páncreas a través de la arteria gastroduodenal y sus tributarias
- 4) La vía desde el ganglio celiaco izquierdo hacia el cuerpo y la cola a través del plexo de la arteria esplénica y sus tributarias
- 5) La vía directa del ganglio celiaco izquierdo hacia la región posterior del cuerpo de páncreas.

A través de estas rutas, fibras nerviosas extrínsecas entran en la glándula pancreática a través de la cápsula, habitualmente siguiendo el curso de la irrigación vascular.

Las fibras simpáticas postganglionares directamente inervan los vasos sanguíneos y los islotes, mientras que las fibras postganglionares parasimpáticas son distribuidas en los acinos y los conductos pancreáticos.

El plexo nervioso del páncreas, especialmente el plexo pancreático capitali I y II sirve como ruta principal para la propagación extrapancreática perineural del cáncer de cabeza.(imagen 6)

Cuadro (6)



MOORE, K. (2010). *Anatomía con Orientación Clínica.: Vísceras abdominales.* (pp. 267). Barcelona: Wolters Kluwer.

Cuadro (1)

Inervación del páncreas imagen disponible en:
<http://es.slideshare.net/jorgepoma11/visceras-abdominales-bazopancreas>

FISIOLOGIA

El páncreas está dividido tanto funcional como estructuralmente en una porción exocrina (acinos y células ductales) y una porción endocrina (los islotes de Langerhans).

La unidad anatómica y funcional del páncreas exocrina es el acino. El acino pancreático está compuesto por 20 a 50 células acinares dispuestas en forma piramidal. En condiciones normales las células acinares sintetizan las enzimas pancreáticas en los polisomas que luego son transferidas al retículo endoplásmico rugoso y al aparato de Golgi, posteriormente son almacenados en forma de gránulos de zimógenos y secretados por exocitosis hacia el sistema ductal en tanto que las hidrolasas lisosomales después de sintetizadas son localizadas en forma separada de los zimógenos en los lisosomas.

La unidad anátomo funcional del páncreas endocrino son los islotes de Langerhans, cuya masa corresponde a 1% del peso total del órgano. En ellos se sintetizan la insulina (células beta), el glucagón (alfa) y la somatostatina (delta). Los islotes tienen una fina red vascular y están dotados de un sistema venoso tipo portal orientado desde las células beta, hacia las alfa y delta. Están inervados por el sistema nervioso autónomo y existen comunicaciones intercelulares

Síntesis de Insulina:

El gen responsable de la síntesis está en el brazo corto del cromosoma 11. El primer péptido de su síntesis es la "pre-proinsulina". En el retículo endoplásmico se pliega espacialmente con 2 puentes disulfuros, formándose la "proinsulina". En el Golgi se estructura una membrana alrededor de un número de moléculas, constituyendo un gránulo. Por la acción de enzimas proteolíticas la pro-insulina genera cantidades equimolares de insulina y péptido C. Adicionalmente, existe captación de zinc, formándose moléculas de zinc-insulina.

La progresión de los gránulos hacia la membrana plasmática se hace a través de microtúbulos impulsados por filamentos ciliares contráctiles y gradientes de potencial electroquímico.

Los gránulos se fusionan a la membrana celular y son secretados por exocitosis. La insulina en forma de monómeros, junto al péptido C, son difundidos hacia los

capilares en forma equimolar. También existe una pequeña secreción de proinsulina (10% de la insulina).

Síntesis de Glucagón:

El glucagón es una hormona peptídica, sintetizada y secretada por las células alfa del páncreas. El cerebro, glándulas salivares e intestino sintetizan y secretan péptidos inmunológicamente relacionados con el glucagón.

La prohormona, proglucagón, es capaz de liberar otros péptidos a través de un proceso de post-traducción tejido específico. El páncreas sintetiza predominantemente glucagón. El intestino no sintetiza glucagón, en cambio genera oxytomodulina glicentina, GLP-1 y GLP-2.

El glucagón actúa en el metabolismo de sustratos energéticos y el GLP-1 es la señal intestinal más importante para inducir síntesis y secreción de insulina en el páncreas.

Síntesis de Somatostatina:

La somatostatina aislada originalmente del hipotálamo, está ampliamente distribuida en las neuronas del sistema nervioso central y del intestino y en las células delta de la mucosa gástrica, intestinal, del colon y de los islotes de Langerhans.

La prohormona, la pro-somatostatina es sometida a un proceso de post-traducción diferencial y tejido específico que condiciona su expresión. La localización de la somatostatina en órganos cuya función es la digestión, absorción y utilización de los nutrientes recibidos a través de la alimentación, ha sugerido que esta hormona juegue un rol en la homeostasis de nutrientes.

EFFECTOS METABOLICOS DE LAS HORMONAS PANCREATICAS

Efectos de la Insulina:

La insulina tiene un destacado rol en la regulación metabólica. Se le define como una hormona anabólica (promueve el depósito de sustratos energéticos y la síntesis de proteínas) y anticatabólica (frena la movilización de sustratos). El

aumento de secreción luego de una comida, induce una vasodilatación (por su efecto de síntesis de óxido nítrico al estimular la *óxido nítrico sintasa* endotelial) que facilita la distribución de sustratos hacia los tejidos.

Si bien sus efectos son más evidentes en la regulación de la homeostasis de la glucosa, tiene un papel fundamental en la metabolización de aminoácidos, ácidos, grasos, cetoácidos y lipoproteínas.

Sus efectos fisiológicos in vivo deben considerarse en el contexto de su relación con las hormonas llamadas catabólicas (glucagón, catecolaminas, glucocorticoides y hormona de crecimiento).

Efectos en el metabolismo de los hidratos de carbono:

Favorece la utilización de la glucosa (oxidación y depósito) y frena su producción endógena. En el tejido muscular y adiposo estimula el transporte de glucosa a través de la membrana y aumenta la oxidación de la glucosa al activar la *pirúvico dehidrogenasa*. En el hígado, en donde el transporte de glucosa es independiente de insulina, activa la *glucokinasa* y la *glucógeno sintetasa*, favoreciendo su oxidación y el depósito como glicógeno. Deprime la glicogenolisis y la neoglucogenia y en consecuencia, la producción hepática de glucosa. Inhibe la *glucosa fosfatasa* que regula la glicogenolisis. La neoglucogenia se reduce porque frena el catabolismo muscular y el flujo de alanina hacia el hígado e inhibe las enzimas responsables del paso de fosfoenolpirúvico a glucosa.

Acciones del Glucagón:

Es una hormona catabólica y tiene una importante función en la movilización de sustratos. Estimula la neoglucogenia y la glicogenolisis, activando la producción hepática endógena de glucosa. Activa la lipólisis y el transporte de ácidos grasos hacia el hígado. Tiene un rol fundamental en la cetogénesis hepática, incrementando los niveles de carnitina y reduciendo los niveles de malonil CoA. Con ello se acelera el paso de ácidos grasos a la mitocondria y en condiciones de déficit insulínico, su transformación en cetoácidos. A nivel muscular, favorece la degradación de proteínas a aminoácidos, su salida hacia el hígado y su posterior transformación a glucosa (neoglucogenia).

Acciones de la Somatostatina:

Su principal efecto es modular la absorción intestinal de sustratos, ya que inhibe las funciones endocrinas, exocrinas y motoras del tracto gastrointestinal. Es posible que en forma indirecta regule la respuesta proporcional de insulina y glucagón en acuerdo a los requerimientos, oferta y disponibilidad de sustratos energéticos. Ello porque existe una compleja interregulación entre las treshormonas, ejerciendo la somatostatina un efecto inhibitor sobre el glucagón e insulina.

5.2 EPIDEMIOLOGIA

Según estadísticas de la Organización para la Cooperación y Desarrollo (OCDE), el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo siendo la tasa de mortalidad por todos los cánceres en el 2009 de 124 y 208 por 100 000 habitantes para mujeres y hombres respectivamente. El cáncer de páncreas (CP) es el décimo segundo cáncer más común en el mundo, con más de 330 000 nuevos casos al año. Es la cuarta y quinta causa de muerte relacionada al cáncer en Estados Unidos y Europa respectivamente. Las tasas más altas de incidencia se encuentran en los países desarrollados -13,6 por 100 000 en hombres en USA .. El tabaco es el factor de riesgo más asociado al cáncer de páncreas, pero sólo se puede atribuir a este alrededor del 25 % de los casos con diagnóstico reciente. Otros factores de riesgo asociados son la edad, la diabetes, la pancreatitis crónica y la obesidad. La proporción de cáncer de páncreas que puede ser atribuido a exposiciones laborales es aproximadamente del 12%, aunque representan un pequeño porcentaje, es importante identificarlos ya que de esta manera es posible disminuirlos. Dentro de los agentes cuya exposición se ha asociado con más consistencia a esta neoplasia maligna son los hidrocarburos clorados u órgano-clorados.

A diferencia de otros tumores malignos sólidos, la tasa de sobrevivida a 5 años del cáncer de páncreas no ha mejorado significativamente en las últimas décadas, permaneciendo alrededor del 7%. Generalmente, el adenocarcinoma pancreático se diagnostica tardíamente, de modo que menos del 20% son susceptibles de cirugía curativa, el 30% es localmente avanzado y aproximadamente el 50% es metastásico. El GLOBOCAN 2008 reporta una incidencia de 4,129 casos (3.2%) y una mortalidad 3,976casos (5%).El INEGI reportó 74,685 muertes por cáncer en 2010 (13% muertes en México) de las cuales 3,393(4.8%) son por cáncer de páncreas, ubicándose en el 8vo lugar en nuestro país, con un índice de fatalidad (IF) de 0.96, es decir, casi el 100%de los pacientes muere a causa de este padecimiento al año.

CLASIFICACIÓN PATOLÓGICA

La neoplasia más común, es el adenocarcinoma del conducto pancreático, el cual representa alrededor del 80% de todos los cánceres de páncreas.

La invasión del duodeno contiguo, con ulceración y obstrucción del duodeno, sucede en el 25% de los carcinomas de cabeza de páncreas.

Una característica patológica distintiva de los adenocarcinomas pancreáticos es el desarrollo precoz de metástasis. El 20% de los pacientes tiene enfermedad macroscópicamente limitada al páncreas en el momento del diagnóstico: 40% se presentan con enfermedad avanzada local, incluyen compromiso de los nódulos regionales linfáticos y tejidos contiguos pancreáticos, y cerca del 40% tienen evidentes metástasis viscerales, cuando se diagnostica el cuadro. Los implantes peritoneales se encuentran en el 35% de los pacientes afectados de carcinoma pancreático.

Las neoplasias quísticas del páncreas son tumores raros que tienen características patológicas especiales. Estos tumores son normalmente grandes, llenos de secreciones mucinosas y pueden ser multiloculares. Microscópicamente, los quistes están formados por una columna epitelial cistoadenomas o con una mezcla de columna epitelial y células epiteliales con atipias (cistoadenocarcinomas). Estos carcinomas, a menudo son localizados, y aproximadamente el 50% de ellos pueden ser curados solo con cirugía. Otros tumores (< 1%) raros del páncreas exocrino incluyen carcinomas de células acinares, sarcomas y linfomas.

5.3 FACTORES DE RIESGO

Como todas las neoplasias, para el cáncer de páncreas su origen es multifactorial con factores de riesgo que predisponen la alteración celular que desencadena la pérdida de control y retraso de la muerte celular programada ante la exposición a carcinógenos ambiental y molecular. Para Wynder y colaboradores, la bilis puede contener carcinógenos de la dieta, consumo de tabaco y del medio ambiente que cuando la bilis entra en contacto con los conductos pancreáticos esta puede causar las alteraciones necesarias para la formación del cáncer de páncreas.

Sin profundizar en factores moleculares, existen condiciones mórbidas que están asociadas con un posible riesgo para el desarrollo del cáncer de páncreas, entre éstas las más asociadas son:

Demográficos/ambientales:

- ❖ Edad mayor a 70 años
- ❖ Género masculino
- ❖ Tabaquismo

Factores biológicos

- ❖ DM2
- ❖ Obesidad
- ❖ Cirugía gástrica previa
- ❖ Colangitis esclerosante
- ❖ Infección por Helicobacter Pylori
- ❖ Pancreatitis crónica

Factores hereditarios

- ❖ BRCA2
- ❖ Sx de melanoma múltiple atípico
- ❖ Sx Peutz – Jeghers
- ❖ Sx de Lynch
- ❖ Pancreatitis hereditaria
- ❖ Ataxia- telangiectasia

5.4 MANIFESTACIONES CLINICAS

En 1981 el *American Joint Committee for Cancer Staging and End Results Reporting* publicó una clasificación del carcinoma pancreático basada en el alcance del tumor primario, la condición de los nódulos regionales linfáticos, y la presencia de enfermedad metastásica. El tumor primario viene definido por la extensión a través de la cápsula pancreática; los nódulos fueron definidos por colonización o no de los linfáticos regionales y para el estado de enfermedad metastásica se consideró la presencia de nódulo distal linfático, peritoneal o enfermedad visceral metastásica. La clasificación quirúrgica actual es la del sistema TNM que considera los siguientes estadios: a) estadio I: la enfermedad es localizada dentro de la cápsula pancreática y susceptible de resección quirúrgica; b) estadio II: tumor localmente avanzado con invasión de duodeno o tejidos blandos peripancreáticos y que puede no ser resecable quirúrgicamente; c) estadio III: existen nódulos linfáticos regionales colonizados; y d) estadio IV: existen metástasis a distancia.

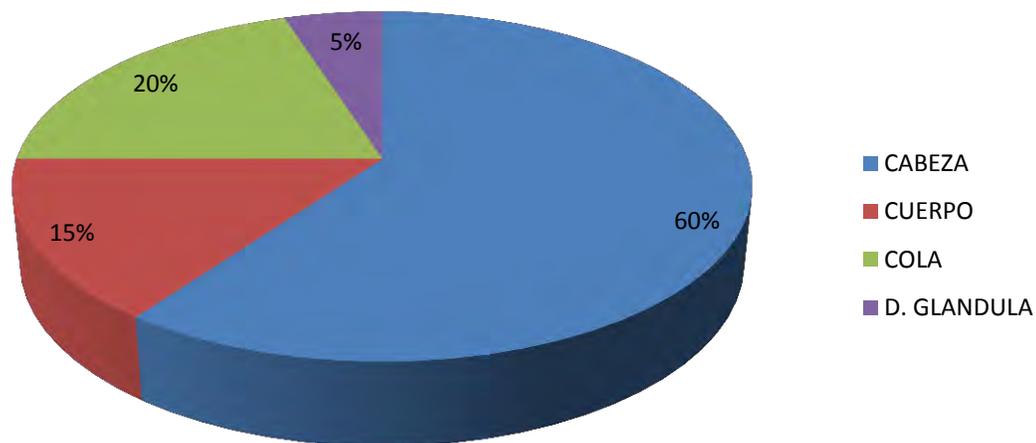
Las características clínicas no se han modificado, si bien hay aspectos que deben ser tenidos en cuenta:

1. Múltiples trabajos exponen el dilatado espacio de tiempo que transcurre entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico. Este parámetro comienza a ser cuestionado, dado que se está acortando extraordinariamente ese espacio.
2. La repentina aparición de diabetes mellitus como una manifestación de insuficiencia pancreática es poco habitual, si bien se cree que es un síntoma del desarrollo del tumor.
3. Existe un mayor riesgo de depresión en estos pacientes, comparados con enfermos con otros tumores abdominales (67% en cáncer pancreático frente al 10% en cáncer de colon).

4. Los pacientes con carcinoma pancreático pueden tener mayor frecuencia de trombosis venosa y tromboflebitis migratoria (signo de Trousseau) y se relaciona generalmente con tumores del páncreas distal.

El dolor es el síntoma más común en pacientes con carcinoma pancreático y es la razón por la que se produce la consulta médica. Prácticamente todos los pacientes tendrán dolor en algún momento de su enfermedad. Típicamente, el dolor se localiza en el epigastrio o hipocondrio derecho y es descrito como punzante. Ocasionalmente, puede ser mitigado con comidas, imitando la enfermedad de úlcera péptica. La irradiación del dolor a la espalda aparece en muchos pacientes, pero, sin embargo, es una presentación poco común del carcinoma pancreático. La presencia de dolor intenso es a menudo indicativo de infiltración local o de los nervios espláncnicos y, a veces, es considerado como un signo de irresecabilidad.

La localización del Cáncer de Páncreas:



⁶ Argüello P. Cáncer de páncreas .Revisión de tema. Consultado mayo 2016 disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rcg/v21n3/v21n3a08pdf.

El cuadro clínico de acuerdo a su origen:

Cabeza pancreática	porcentaje
Perdida ponderal	92%
Hígado palpable	83%
Dolor	72%
Ictericia	82%
Coluria	63%
Acolia	62%
anorexia	64%
Nausa y vomito	37%
Ascitis	14%

Cuerpo y cola	porcentaje
Perdida ponderal	100%
Dolor	87%
Debilidad	43%
Nausea	45%
Anorexia	33%
Ictericia	7%
Hígado palpable	22%
Coliuria/acolia	6%
Ascitis	20%

5.5 VIAS DE DISEMINACION

La diseminación del cáncer de páncreas es principalmente por invasión local, así como diseminación hematológica temprana. La invasión a estructuras adyacentes es común a las venas porta y mesentérica superior, y la invasión de la AMS representa un evento común que contraindica el tratamiento quirúrgico. La diseminación linfática es menos común. La invasión peritoneal (carcinomatosis) es vista en la enfermedad avanzada al igual que las metástasis pulmonares.

5.6 DIAGNOSTICO

La búsqueda de sustancias asociadas al tumor que permita la detección temprana de alteraciones celulares en los momentos más tempranos del desarrollo de una neoplasia maligna constituye el reto para la detección temprana del cáncer de páncreas. Estos marcadores tumorales, en el caso del cáncer de páncreas no han ofrecido una especificidad que permita su utilización en programas de detección masiva. La elevación de los niveles detectados en sangre puede orientar al clínico a sospechar la presencia tumoral, sin embargo, su mayor utilidad radica en la medición consecutiva para evaluación del tratamiento y seguimiento. La elevación del Antígeno Carcinoembrionario (ACE), una glicoproteína asociada con la superficie de células tumorales se observa elevado en una mayoría de tumores malignos del tracto digestivo, su elevación en casos de cáncer de páncreas está asociado a carcinomas mal diferenciados o en estados avanzados, sin embargo, la elevación del ACE ha sido demostrada en un 43%-64% de alteraciones benignas del páncreas, incluyendo la pancreatitis crónica. Otra de estas sustancias asociadas con el cáncer de páncreas es el Antígeno Carbohidrato CA 19-9, este antígeno se encuentra en niveles bajos en la gran mayoría de individuos sanos y sólo un 0,6% de sujetos normales presentan valores superiores a 37 U/mL, el cual ha sido establecido como nivel superior normal.

La sensibilidad y especificidad de su medición en casos de cáncer de páncreas va desde 69% a 93% y desde 78% a 98%, respectivamente. La elevación por encima de los niveles de corte no implica un diagnóstico seguro, aunque los valores por encima de 100 U/mL son considerados de valiosa sensibilidad. Para Forsmark y colaboradores en su estudio de diagnóstico y determinación de la resecabilidad en pacientes con cáncer de páncreas, los niveles de CA19-9 por encima de 90 U/mL tienen una exactitud del 85%, aumentando a 95% cuando los niveles son mayores a 200 U/mL.

Con el mejoramiento de técnicas diagnósticas radiológicas, la detección y evaluación de los tumores del páncreas ofrece la posibilidad de determinar con gran certeza la posibilidad de resecabilidad de las lesiones, evitando el inconveniente de la laparotomía en estos pacientes y ofreciendo la posibilidad de manejo paliativo menos invasivo. En la actualidad, un 90% de pacientes considerados no candidatos para resección mediante escano-grafía computarizada son irresecables en cirugía. Otra herramienta de gran utilidad es el Ultrasonido Endoscópico (EUS) frecuentemente esta técnica es efectuada en conjunto con la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE), combinando diagnóstico y terapéutica, lo cual permite colocar prótesis autoexpandibles en la vía biliar, obteniendo muestras celulares por aspiración con aguja fina sin exponer el peritoneo a la siembra potencial de células tumorales como puede ocurrir con las biopsias realizadas por CT.

5.7 FACTORES PRONÓSTICO

Existen diversos factores que predicen el comportamiento de este tipo de cáncer. Márgenes negativos (R0), contenido DNA del tumor, tamaño y ausencia de N+ son los indicadores pronósticos más fuertes para sobrevida a largo plazo en estos pacientes.

Las lesiones precursoras se denominan “neoplasias pancreáticas intraepiteliales” (PanIN). Éstas se presentan dentro del páncreas en forma paralela a la del carcinoma invasivo, así también se encuentran adyacentes a la neoplasia infiltrante. Se han demostrado alteraciones genéticas en las PanIN que son parecidas a la del carcinoma invasor. Estas alteraciones se observan en los siguientes genes:

K-RAS. Gen K-ras (cromosoma 12p) se encuentra activado y se detecta en el 80-90% de los pacientes con cáncer de páncreas.

P16. Gen p16 (cromosoma 9p). Es un gen supresor de tumores que se encuentra inactivado en esta neoplasia.

SMAD4. Es un gen supresor de tumor (cromosoma 18q) que se ve inactivado en el 55% de los pacientes con cáncer pancreático. Su función normal es suprimir el crecimiento celular y favorecer la apoptosis.

P53. Existe inactivación del gen supresor de tumor p53 (cromosoma 17p). Su actividad es el control del ciclo celular como inductor de muerte celular.

Otros genes que se han estudiado son: AKT2 (cromosoma 19q), gen MYB (6q), gen AIB1 (cromosoma 20q), genes supresores de tumor BRCA2 (cromosoma 13q), LKB1/STK11 (cromosoma 19p) MKK4 (cromosoma 17p), RB1 (cromosoma 13q), los que se encuentran inactivados en menos de 10%

5.8 ESTADIFICACION

Cuadro I. Clasificación del TNM.

	<ul style="list-style-type: none"> • TX: EL tumor no puede ser valorado. • T0: Sin evidencia de lesión tumoral. • Tis: Carcinoma <i>in situ</i>. • T1: El tumor se encuentra confinado al páncreas y es menor de 2 cm. • T2: La neoplasia no se ha extendido fuera del páncreas, pero es mayor de 2 cm. • T3: La neoplasia ha invadido el tejido peripancreático, pero sin involucro vascular o a nervios. • T4: El tumor se ha extendido hacia las estructuras vasculares cercanas o nervios
N	<ul style="list-style-type: none"> • NX: Ganglios linfáticos regionales no pueden ser valorados • N0: Sin involucro de ganglios linfáticos regionales • N1: Involucro de ganglios linfáticos regionales.
M	<ul style="list-style-type: none"> • MX: Diseminación a distancia no puede ser valorada. • M0: El cáncer no se ha diseminado a ganglios linfáticos a distancia ni a órganos como el hígado, pulmón, cerebro • M1: Presencia de metástasis a distancia.

T: Tumor, N: Ganglios linfáticos, M: Metástasis a distancia.

Cuadro II. Estadiaje de acuerdo al TNM.

Estadio	TNM	Comentario	Descripcion
I	T1 o T2 +N0 +M0	Sin diseminación extrapancreática, no involucro vascular	Resecable
II	T1 o T2+N1+M0 T3+N0 o N1+M0	Ganglios regionales afectados, no encasillamiento de SMA o tronco celiaco	Típicamente resecable
III	T4+N0 o N1+M0	Ganglios regionales afectados, involucro tronco celiaco o SMA	No resecable
IV	T(cualquiera)+N(cualquiera) +M1	Metástasis hepáticas, pulmonares, peritoneales	No resecable

7

Pérez R. Anales de Radiología México 2009. Adenocarcinoma de páncreas .Articulo consultado mayo 2016 disponible en: www.mediagraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-20009/arm091.pdf

5.9 TRATAMIENTO

Quimio–Radioterapia

Se define en 5 escenarios: neoadyuvancia en tumores resecables ó parcialmente resecables, irresecable, adyuvancia y paliativo. El esquema neoadyuvante descrito es RT 45- 54G y concomitante ó QT de inducción con 5FU ó gemcitabine.

El tratamiento adyuvante también es a base de 5FU/gemcitabine seguido de RT 45 G y al lecho tumoral, anastomosis y N adyacentes, seguidos de 9 G Y adicionales al lecho quirúrgico. La modalidad paliativa(30–36Gy)es razonable en aquellos pacientes con obstrucción o dolor .Asimismo, como terapia paliativa en M1 es aceptable el uso de monodroga ó,como categoría 1, gemcitabine + erlotinib ó FOLFIRINOX.

RADIOTERAPIA EN CÁNCER RESECABLE

El lugar de la radioterapia en el tratamiento adyuvante del cáncer de páncreas ha sido un tema de amplia discusión por más de 30 años y los protocolos para hacerla varían en el ámbito geográfico. La corriente norteamericana propende por el uso de la quimiorradioterapia seguida de quimioterapia o viceversa, mientras que la corriente europea recomienda el uso de la quimioterapia única.

RADIOTERAPIA EN TUMORES LIMÍTROFES (BORDERLINE) RESECABLES

El cáncer de páncreas limítrofe (*borderline*) resecable es un estadio emergente de esta neoplasia, que se diagnostica con base en criterios evidentes en la tomografía o propios de la enfermedad. Estos pacientes se tratan con resección precedida de inducción con quimioterapia (gemcitabina sola o en combinación con otros medicamentos), y quimiorradiación.

Con el fin de clasificar objetivamente las lesiones tumorales y así definir el tratamiento adecuado, Lal y Varadhachary y colaboradores fueron los primeros en introducir el término de tumor limítrofe (*borderline*) resecable en 2005. Este concepto abarcó los tumores que limitan con vasos arteriales, es decir, los que tienen un contacto menor de 180° o menor del 50% de la circunferencia del vaso.

También se incluyen los tumores que rodean un vaso sanguíneo, lo que se interpreta como la lesión que limita con el vaso en más de 180° o más del 50% de la circunferencia de este.

La definición de Varadhachary y colaboradores incluye los tumores con contacto arterial en la categoría de tumores limítrofes (*borderline*) resecables. Para estos, es factible la resección completa una vez que se haya hecho una inducción con quimiorradiación.

Katz y colaboradores (tienen la experiencia clínica más amplia con pacientes que presentan este tipo de tumores pancreáticos. Su clasificación, propuesta en 2008, no se limita a los determinantes anatómicos ya mencionados, sino que tiene en cuenta características del paciente, el tumor y la propia enfermedad. Esta clasificación es la que actualmente determina el proceder terapéutico en este tipo de cáncer.

En años recientes ha habido un interés creciente en el uso de la quimiorradiación preoperatoria en pacientes con estas neoplasias, debido a la posibilidad de disminuir el riesgo de diseminación operatoria y de aumentar la tasa de resección R0, que es un predictor independiente de la supervivencia postoperatoria; a este enfoque se lo ha llamado terapia neo adyuvante.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía es la única forma curativa en pacientes con cáncer de páncreas. Desafortunadamente, sólo el 10-20% se encuentran en etapas tempranas con posibilidad de resección del tumor. Whipple y colaboradores crearon en 1935 la pancreatoduodenectomía en dos etapas; fue modificada constantemente hasta llegar al procedimiento estándar en una etapa en la década de los 60. El advenimiento de cirugías más radicales en los 70 mediante pancreatectomía total, resección de la vena porta y disección retroperitoneal extensa de ganglios linfáticos, produjo un aumento de morbilidad y mortalidad posoperatorias sin mejorar la calidad de vida. La técnica de Traverso y Longmire (1978) mediante pancreatoduodenectomía preservadora del píloro es la técnica actual. En los años

siguientes los métodos diagnósticos de mayor precisión, la mejor selección de pacientes potencialmente curables con cirugía, la experiencia quirúrgica creciente, la detección y tratamiento de complicaciones, han producido resultados más alentadores con menor mortalidad perioperatoria, que en los 80 era del 20% hasta casi 0% en los años recientes. La supervivencia a cinco años 5% ha mejorado a cifras superiores al 20%.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

En general, la pancreatectomía parcial que incluye resección de la cabeza y el gancho del páncreas y sección a nivel del cuello pancreático se considera un procedimiento estándar. La resección de una parte del cuerpo pancreático para lograr bordes libres del tumor podría considerarse también intervención estándar. A diferencia de lo anterior, la pancreatectomía total con esplenectomía constituye un tratamiento más radical de un tumor confinado a la cabeza del páncreas, el gancho de la glándula o ambas cosas. El grado de resección gástrica puede ser también un factor para distinguir entre la intervención estándar y la radical; sin embargo, este factor tiene quizás menos importancia que el grado de resección pancreática, o que se efectúe resección radical de vasos o linfáticos. Quienes aconsejan la pancreatoduodenectomía preservadora del píloro, no efectúan de manera sistemática resección retroperitoneal extensa de los ganglios linfáticos o resección segmentaria de la vena porta. Por lo tanto, las variantes preservadoras del píloro del procedimiento de Whipple se consideran medidas terapéuticas estándar. De modo semejante, la inclusión de antrectomía que constituye el procedimiento clásico de Whipple, en ausencia de disección radical de ganglios linfáticos o resección vascular mayor, se considera también un procedimiento quirúrgico estándar. Por otra parte, quienes aconsejan las intervenciones quirúrgicas radicales suelen incluir a la antrectomía en un esfuerzo por lograr una eliminación más extensa de los ganglios linfáticos.

La pancreatoduodenectomía estándar consiste en resección de ganglios linfáticos relacionados de manera íntima con la cabeza del páncreas, lo mismo que los que se encuentran a lo largo del lado externo de la parte distal del colédoco; sin

embargo, la resección estándar no suele incluir una disección extensa de los ganglios linfáticos, que denude a las arterias hepáticas y a la vena porta a nivel del hilio hepático, el tronco celíaco, la arteria mesentérica superior o de ambos vasos para extirpar el tumor. Por otra parte, la pancreatometomía radical o regional extensa de Fortner incluye pancreatometomía total con un margen de tejido peripancreático sano en bloque, resección de la vena porta, tronco celíaco y arteria mesentérica.

EL CÁNCER COMO ENFERMEDAD: IMPACTOS EN LA VIDA.

La enfermedad del cáncer no es homogénea, en ella intervienen una enorme variedad de tipos que afectan a las personas en su diversidad determinada por la edad, el sexo, el momento de la vida en que ésta acontece, el soporte emocional que posee, entre otros, situación que dificulta englobar en una simple palabra el universo de acontecimientos físicos y mentales. No obstante, la constatación de que el enfermo con CA tiene su vida transformada y, muchas veces, cortada por el diagnóstico y tratamiento muestra a los profesionales que lo asisten que, más allá de los conocimientos y habilidades técnico-científicas, es imprescindible la capacidad de ser reservorio de los sentimientos del enfermo y su familia, y estar disponibles para permitir la manifestación de éstos y sus dudas frente a la nueva condición de vida. Asistir al enfermo con CA requiere voluntad de ayudar al otro a vivir el cada día, dentro de sus posibilidades y limitaciones.

Es común que la palabra cáncer genere sentimientos de miedo, ansiedad y tristeza en los pacientes y familiares y aún en los profesionales de salud. El miedo a la palabra no es menor a la relacionada con el diagnóstico. Esos sentimientos pueden surgir cuando parece imposible que el paciente continúe desempeñando su papel familiar y social, cuando ocurre una pérdida de control de la propia vida, cuando ocurren cambios en la imagen corporal o frente al miedo a la muerte, al dolor y a lo desconocido. Saberse portador de CA se convierte en una experiencia dolorosa y muchas veces solitaria, pues las personas se sienten sometidas a prueba en el límite del sufrimiento soportable de su cuerpo y psiquismo, sin saber si el otro puede evaluar cuánto está sufriendo.

Entre los familiares es frecuente la aparición de sentimientos de ansiedad, tristeza y miedo del futuro. Surge rabia por haberse manifestado el cáncer sobre determinada persona que le es próxima y no en otra, frustración por no conseguir hacer nada por el familiar que lo padece y estrés generado por el exceso de responsabilidad que tiene que asumir. Estos sentimientos son formas de luchar contra el estrés del CA. Hay muchos momentos, durante el proceso de la enfermedad, en que pacientes y familiares se muestran ansiosos, asustados o deprimidos. Se torna imposible para estas personas, enfrentar la situación de modo adecuado y productivo con su cotidiano. Siendo así, la necesidad de buscar asistencia fuera de la familia, para recibir ayuda y poder enfrentar la situación, se hace evidente. El paciente con CA, frente al diagnóstico, pone en acción variados mecanismos de defensa para enfrentar la ansiedad, mecanismos que son igualmente posibles de manifestarse en los profesionales que integran el equipo que lo asiste. Esto es comprensible, en la medida en que éstos experimentan también sentimientos de las más diversas intensidades, condicionados por su propia estructura de personalidad, así como por vivencias actuales y progresivas. En la práctica clínica, la convivencia con sentimientos de los pacientes no es tarea fácil. Estos, generalmente, despiertan en los profesionales conflictos relacionados al sentido de la existencia, intolerancia a la idea de finitud y transitoriedad de la vida, del paciente y de sí mismo. En este contexto, algún grado de autoconocimiento del profesional, en relación a su manera de ser y reaccionar, así como de las propias limitaciones, se torna necesario para enfrentar esa desgastante convivencia. Los aspectos religiosos, filosóficos e ideológicos, de cada uno, tienden a contribuir en la estructura del modo de reaccionar frente a la persona con cáncer. Queda evidente, pues, que la interacción efectiva, la formación de vínculo, en fin, la relación interpersonal de cuño terapéutico son necesarios e implica en la necesidad de auto-conocimiento, elemento significativo en la vivencia de la experiencia y, consecuentemente, en la calidad de la asistencia prestada a los pacientes.

VI. METODOLOGÍA

6.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

Estudio de caso realizado a un paciente con cáncer de páncreas ubicado en el servicio de atención inmediata en el Instituto Nacional de Cancerología en noviembre del 2015. Durante el turno el señor Abel mostraba facies de preocupación, al iniciar la valoración general de enfermería se detectaron varias necesidades alteradas por lo que se decidió realizar una valoración exhaustiva con enfoque de Virginia Henderson. Una vez realizada la valoración exhaustiva se consultó el expediente electrónico del paciente para complementar la información. Para la recolección de datos se utilizaron diversas fuentes de información como: la aplicación de instrumento de valoración donde se entrevistó al paciente desde antecedentes hasta padecimiento actual, exploración física y revisión de expediente electrónico, así como revisión de artículos indexados y revistas electrónicas

6.2 SELECCIÓN DE CASO

De acuerdo con datos epidemiológicos relacionados con el cáncer de páncreas sobre todo la edad en que se presenta con mayor frecuencia esta patología, la situación del Sr. Abel no correspondía a lo descrito en la bibliografía, considerando que era un caso de recién diagnóstico con inicio de tratamiento y durante el turno el señor Abel mostraba facies de preocupación, se visualizó la oportunidad de dar seguimiento a la persona y fortalecer el aspecto educativo y de orientación durante este proceso de enfermedad.

6.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se proporcionó al señor Abel el formato de consentimiento informado de la especialidad en enfermería oncológica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación, en este caso en un seguimiento de caso. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio, así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados. El consentimiento informado debe contener al menos los siguientes apartados.

- Objetivos del estudio, es decir, qué se pretende obtener con la investigación.
- Procedimientos y maniobras que se le realizarán a las personas en ese estudio.
- Riesgos e inconvenientes de participar en ese estudio, así como las molestias que pudieran generar.
- Derechos, responsabilidades y beneficios como participante en ese estudio.
- Compensaciones o retribuciones que podría recibir por participar en la investigación.
- Confidencialidad y manejo de la información, es decir, en el escrito se debe garantizar que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.
- Retiro voluntario de participar en el estudio (aunque al principio haya dicho que sí) sin que esta decisión repercuta en la atención que

recibe en el Instituto o centro en el que se atiende, por lo que no perderá ningún beneficio como paciente.

El documento del Consentimiento informado debe tener fecha y firmas de la persona que va a participar en la investigación o de su representante legal, así como de dos testigos y se debe especificar la relación que tienen éstos con el participante en el estudio. Además, debe estar marcado el nombre y la firma del investigador que obtiene el Consentimiento informado. También debe de haber en ese documento datos para el contacto de las personas responsables del seguimiento de caso tales como un teléfono o correo electrónico, por si requieren comunicarse para cualquier asunto relacionado con el seguimiento de caso. Su participación siempre es libre y voluntaria. Por lo tanto, en ningún momento debe sentirse presionado para colaborar en las investigaciones.

VII. PRESENTACIÓN DEL CASO

7.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

El problema de salud del señor Abel comienza en el mes de julio del 2015 con dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio que no cedía con analgésicos, además de presentar ictericia y prurito generalizado. Es tratado en Cuernavaca en el mes de agosto, le realizaron una colecistectomía el 17 de septiembre del 2015, el médico fuera del INCan le realizan cepillado biliar con resultado positivo para células neoplásicas, por lo que es referido al Instituto Nacional de Cancerología (INCan) donde le realizan biopsia con resultado histopatológico de colangiocarcinoma.

El 9 de octubre de ese mismo año le practican una pancreatoduodenectomía radical (whipple), reportando un adenocarcinoma de páncreas etapa clínica II b. Permanece 14 días hospitalizado y es dado de alta el 22 de octubre por mejoría.

El grupo médico de oncología decide quimioterapia adyuvante con gemcitabina 1600mg día 1 y 8 cada 21 días el cual inicia el 26 de noviembre y es programado para iniciar con radioterapia el día 22 de diciembre del 2015.

7.2 ANTECEDENTES GENERALES:

Se trata del Sr. Abel Norberto VD de 38 años, residente de Cuernavaca, estado civil unión libre, escolaridad: secundaria concluida, empleado en sistemas de seguridad, profesa la religión católica, vive en casa con su pareja, la casa es de concreto en su totalidad, cuenta con luz, agua mediante solicitud de pipa, y como drenaje refiere tener pozos, la casa que habita es rentada, con dos habitaciones, niega la existencia de fauna.

AHF interrogados y negados, antecedentes oncológicos interrogados y negados

APP: Toxicomanías positivas refiere tabaquismo fumaba 1 cajetilla diaria, durante 9 años, etilismo desde los 18 años diario hasta llegar a la embriaguez suspendido hace año y medio, refiere haber consumido cocaína durante 3 años eventualmente, suspendido hace 10 años. Cirugía en muñeca, tibia y peroné a los 30 años.

VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

27 de noviembre del 2015: (Primer contacto)

12 horas después de iniciar con quimioterapia y recibir la primera dosis de gemcitabina el Sr. Abel se presentó al servicio de atención inmediata durante las primeras horas de la madrugada por haber presentado un episodio de melena y vomito en pozos de café dos ocasiones.

Se trata del señor VD Abel Norberto de 38 años con número de expediente 153945, con diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas EC IIB, se encuentra en el servicio de atención inmediata en el área de observación estable y asintomático, horas después de su ingreso se observa callado, pensativo con facies de preocupación y algo ansioso.

A la exploración física

Se encuentra con ligera palidez de tegumentos, mucosas orales semi hidratadas, ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, abdomen blando, depresible con presencia de dolor a la palpación en epigastrio, presencia de cicatriz por colecistectomía en flanco derecho extremidades sin alteraciones, con los siguientes signos vitales presión arterial 110/70 mmHg, frecuencia respiratoria 16 rpm, frecuencia cardiaca 72 lpm, llenado capilar de 3 s en miembros pélvicos y torácicos, temperatura 36.6, se refiere asintomático.

Tratamiento inicial: Omeprazol IV c/12 hrs, Metoclopramida IV C/8 hrs y ayuno.

8.1 VALORACIÓN EXAHUSTIVA POR LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON (27 de noviembre)

Necesidad de oxigenación

El señor Abel se encuentra con una frecuencia respiratoria de 16 por minuto, vía aérea permeable con adecuada entrada y salida de aire, sin presencia de oxígeno suplementario, saturación de oxígeno al 96%, refiere haber dejado de fumar hace un año. Frecuencia cardiaca de 72 por minuto, presión arterial de 110/70, hg de 8.5

Necesidad de nutrición e hidratación

El señor Abel pesa 57 kilos 500 gramos, con una talla de 168 cm con un índice de masa corporal de 20.37 que indica un peso normal, refiere no haber tenido pérdida o ganancia de peso en los últimos 6 meses. Dentro de su alimentación se encuentra huevo hervido 2/7 leche 0/7, pollo 2/7, carne 3/7, pescado 2/7, fruta 7/7, mariscos 2/7, verdura 1/7, pasta 0/7, pan 7/7 agua 2 litros al día, realiza 3 comidas al día, con un horario de 8, 14 y 20 hrs. Alimentos que le desagradan aquellos sin sal, tiene preferencia por la carne asada al carbón, desde hace un año refiere haber dejado de consumir bebidas alcohólicas. Consume un litro de agua diariamente preferentemente de horchata y tal vez una taza de té por las mañanas, Glucosa de 84 mg/dl, el día 26 de noviembre del 2015 presento emesis en pozos de café en una ocasión.

Necesidad de eliminación

Patrón urinario referido de 3 veces en un día, 300ml aproximadamente, de característica clara, patrón intestinal 1 vez al día de característica formada con presencia de flatulencias. Durante su estancia hospitalaria refiere no haber evacuado en ninguna ocasión, 12 horas previas presento melena en dos ocasiones.

Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada

Realiza sus actividades con normalidad, sin necesidad de apoyo para realizar sus actividades, karnofsky de 90, escala de Barthel de 100 puntos.

Necesidad de descanso y sueño

Habitualmente duerme 8 hrs por la noche, no toma siestas durante el día, refiere dormir sin ninguna dificultad, refiere dolor abdominal ocasional en región de mesogastrio alcanzando un EVA hasta 5/10, en el momento de la valoración EVA 0/10

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Puede realizar todas sus actividades por sí mismo, es capaz de elegir su ropa.

Necesidad de termorregulación

Temperatura corporal de 36.5

Necesidad de mantener la higiene corporal e integridad de la piel.

A la exploración física se aprecia ligera palidez de tegumentos, la piel se observa hidratada con presencia de cicatriz por herida quirúrgica en flanco derecho. Escala de Braden de 20 puntos. Necesidad de evitar peligros para la vida

Etapa de vida: adulto joven, alerta, con riesgo de caída bajo, se muestra colaborador. Con los siguientes laboratorios del día 27.11.2015

: sodio 135 mEq, potasio 4.6 mEq, cloro 106, calcio 8.6, fósforo 2.8, Mg 1 , 84 glucosa 222, urea 53, nitrógeno 24, creatinina 0.68, ácido urico 6.9, bilirrubina total 0.4, directa 0.1, indirecta 0.3, aspartato aminotransferasa 31 UI, fosfatasa alcalina 79 UI, proteínas totales 5.6, deshidrogenasa láctica 13.9, leucos 10,200, hemoglobina 8.5, hematocrito 26.1, plaquetas 27000, neutrófilos 9,400, linfocitos 700 mm³, monocitos 100 mm³.

Necesidad de comunicarse

Sin limitaciones para comunicarse refiere tener excelente relación con familia, amigos y trabajo, refiere hasta el día de hoy no haberse sentido afectado respecto a mantener relaciones sexuales con su pareja.

Refiere que hasta ese momento no había compartido con nadie su sentir en relación a su estado de salud, prefiere tomar él mismo las decisiones concernientes a las opciones de tratamiento propuestas por el equipo médico.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Se considera católico, acude a misa los días domingos, refiere que desde que está enfermo siente una mayor necesidad de hablar con Dios ya que siente que su enfermedad es un castigo y no entiende porque le está ocurriendo esto a él si ya se estaba portando bien.

Refiere sentirse con miedo y angustia, así como incertidumbre acerca de lo que ocurrirá en el futuro.

Necesidad de trabajar y realizarse.

Es dueño de la empresa donde trabaja, económicamente se siente responsable por los trabajadores en su compañía ya que desde que comenzó con su patología ha gastado más dinero del que tiene y refiere sentirse derrotado, con mucha frustración por todo lo que le provoca estar internado, económicamente se ve afectado y refiere sentir que no podrá. Comienza a llorar y refiere en repetidas ocasiones que se siente derrotado.

Necesidad de participar en actividades recreativas

Comenta el gusto por viajar y conocer nuevos lugares, y su pasatiempo favorito es escuchar música que no se ha visto afectada durante su enfermedad.

Necesidad de aprendizaje

Refiere comprender su enfermedad y tratamientos que le realizan, pero al preguntarle sobre los cuidados a tener por la quimioterapia, sobre los cuidados en su alimentación y los cuidados durante la radiación no sabía nada de ninguno de ellos.

8.2 JERARQUIZACION DE NECESIDADES

En base a la valoración realizada al Sr, Abel con diagnóstico médico de cáncer de páncreas estadio IIB se encuentran alteradas las siguientes necesidades:

- ❖ Creencias y valores
- ❖ Aprendizaje
- ❖ Trabajar y realizarse
- ❖ Evitar peligros para la vida

Tipo de valoración	Fecha	Hora			Servicio					
Exhaustiva	27/11/2015	9:25			Atención inmediata					
Necesidad alterada	Fuente de dificultad		Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia					
Evitar peligros para la vida	F.F	F.C*	F.V	Ayuda	*	I	PD*	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos		Datos subjetivos			Datos complementarios					
Signos Vitales Presión arterial 110/70 FC 72 LPM 16 RPM SPO2 96% HG 8.5		Refiere evacuación con características de melena y vomito en pozos de café , dos ocasiones ,posterior a la aplicación de la quimioterapia.Se refiere asintomático			09/10/15 Pancreatoduodenectomia radical 26/11/15 Gemcitabine 600 mg					
Diagnóstico: Riesgo de perfusión ineficaz, r/c hemorragia gastrointestinal, régimen de tratamiento antineoplásico y hemoglobina 8.5										
Objetivo de la persona: no volver a evacuar ni vomitar como lo hizo.										
Resultado esperado: severidad de la perdida de la sangre										
Intervenciones	Acciones				Fundamentación					
Administración de productos sanguíneos	Comprobar el consentimiento informado Verificar el paciente, tipo de sangre, el tipo de Rh, el número de la unidad, y la fecha de caducidad. Control de signos vitales.				La norma oficial mexicana 003 establece que: Ante síntomas o signos de una reacción					

	Observar si hay reacciones a la transfusión.	transfusional, el médico tratante o el personal de salud deberá interrumpir la transfusión en lo que se esclarece su causa y se investiga un posible error en la identificación del receptor o de la unidad.
Evaluación	Los valores de hemoglobina con laboratorios de 29/11/2017 fueron de 10,4	

Tipo de valoración	Fecha	Hora			Servicio					
Exhaustiva	27/11/2015	9:25			Atención inmediata					
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Vivir según sus creencias y valores	F.F	F.C*	F.V	Ayuda	*	I*	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos		Datos subjetivos				Datos complementarios				
Nerviosismo Inquietud		Refiere preocupación.				<p>Diagnostico oncológico reciente. Proceso de recuperación por pancreatoduodenectomia radical. Inicia aplicación de quimioterapia 24 hrs. antes del episodio de sangrado</p>				
Diagnóstico: Temor relacionado con cambios en el estado de salud: STD (melena y emesis en pozos de café) manifestado por nerviosismo expresar alarma e intranquilidad										
Objetivo de la persona: recibir atención y asegurarse que todo está bien										
Resultado esperado: nivel de ansiedad										
Intervenciones	Acciones				Fundamentación					
Escucha activa	<p>Establecer el propósito de la interacción Mostrar interés en el paciente Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual. Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos, preocupaciones. Utilizar la comunicación terapéutica</p>				<p>La capacidad de afrontamiento de una persona depende de su trayectoria personal y de los valores y las creencias que ha ido incorporando con los años. Hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Las creencias positivas, la esperanza, pueden ser alentadoras por la</p>					

<p>Apoyo espiritual</p>	<p>para establecer confianza y demostrar empatía. Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo Ayudar al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada.</p>	<p>convicción de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona, o un programa resultarán eficaces, o bien por el hecho de tener fe en la justicia, la voluntad de Dios. Las técnicas sociales constituyen la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en forma adecuada y efectiva. Este tipo de habilidad facilita la resolución de problemas, se coordina con otras personas, aumenta la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y, en general, aporta al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.</p>
<p>Evaluación</p>	<p>La persona se expresa más tranquila y segura ante la oferta terapéutica.</p>	

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Exhaustiva	27/11/2015			9:25		Atención inmediata				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Creencias y valores	F.F*	F.C	F.V	Ayuda		I *	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
Llanto			Refiere que su enfermedad es un castigo. Expresa confusión porque "ahora se está portando bien"			Refiere haber consumido cocaína, y alcohol en exceso				
<p>Diagnóstico: Afrontamiento ineficaz relacionado con crisis situacional por pérdida en el estado de salud manifestado por verbalización de percibir la enfermedad como castigo.</p> <p>Impotencia relacionada con régimen relacionado con la enfermedad y la incapacidad para realizar las tareas previas y falta de control la enfermedad manifestada por expresa frustración.</p>										
Objetivo de la persona: tener la oportunidad de expresarlo (desahogarse)										
Resultado esperado: nivel de estrés										
Intervenciones	Acciones					Fundamentación				
Apoyo emocional	Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.					La inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionados con una enfermedad, y ocurre en situaciones donde debe tomar decisiones, siendo incapaz de asignar valores definitivos a objetos y eventos; y de predecir consecuencias con exactitud debido a la escasez de información y conocimiento				
Evaluación	Poder desahogarse le ayudo a disminuir su nivel de ansiedad.									

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Exhaustiva	27/11/2015			9:25		Atención inmediata				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Aprendizaje	F.F	F.C*	F.V	Ayuda	*	I	PD*	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
			Refiere comprender su enfermedad y tratamientos que le realizan, pero al preguntarle sobre los cuidados a tener por la quimioterapia, alimentación y durante la radiación no sabía nada de ninguno de ellos			Recibió su primer ciclo de gemcitabina 1600 mg día 1 y 8 cada 21 días Está programado para iniciar radioterapia				
Diagnóstico: Conocimientos deficientes relacionado con régimen terapéutico manifestado por expresión verbal de no saber los cuidados durante la de quimioterapia y radioterapia.										
Objetivo de la persona: saber cuáles son los cuidados que debe tener										
Resultado esperado: disminuir las dudas del paciente										
Intervenciones	Acciones					Fundamentación				
Orientación sobre 1.- Manejo de la nutrición.	<p>1. Determinar las preferencias de comidas del paciente. Ajustar una dieta al estilo de vida del paciente si procede Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas.</p> <p>Pesar al paciente a intervalos adecuados. Determinar (en colaboración con el dietista) el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.</p>					<p>La malnutrición contribuye a incrementar la morbimortalidad en estos pacientes³, con independencia del tipo y estadio tumoral, siendo un factor de mal pronóstico tanto para la supervivencia como para la respuesta al tratamiento⁴. Existen más de 200 tipos de cáncer, con</p>				

<p>2.- Manejo de la quimioterapia</p>	<p>Proporcionar información al paciente y a la familia sobre el funcionamiento de los fármacos antineoplásicos. Instruir al paciente y familia acerca de los efectos de la quimioterapia sobre el funcionamiento de la medula ósea. Instruir al paciente y a la familia sobre los modos las acciones recomendadas para de prevenir infecciones, tales como evitar las multitudes y poner en práctica buenas técnicas de higiene y lavado de manos. Ofrecer al paciente una dieta blanda y de fácil digestión Administrar cinco comidas de pequeña cantidad al día, según tolerancia. Vigilar el estado nutricional y el peso. Fomentar una buena higiene bucal. Instruir al paciente sobre la posible caída de cabello.</p> <p>Observar si hay efectos secundarios y efectos tóxicos derivados del tratamiento</p> <p>Enseñar al paciente a observar e identificar si hay datos de toxicidad. de órganos, según lo determine el tipo de tratamiento utilizado. Discutir los aspectos potenciales de la disfunción sexual. Controlar el nivel de fatiga. Facilitar la expresión de miedos sobre el pronóstico o el éxito de los tratamientos.</p>	<p>una amplia variedad de esquemas terapéuticos, que afectarán de distinta forma al estado nutricional de nuestros pacientes, siendo los tumores del tracto gastrointestinal los que presentan mayor incidencia en cuanto a efectos nutricionales. Las causas que pueden producir alteraciones nutricionales en estos pacientes son múltiples. Entre las más representativas se encuentran el estado anímico del paciente, la toxicidad de los tratamientos y las derivadas del propio tumor que pueden conllevar una disminución de la ingesta, incremento de las necesidades, disminución en la absorción de nutrientes o incremento de las pérdidas.</p> <p>La aparición de complicaciones tardías tras la radioterapia continúa siendo la principal limitación de la misma, pese al empleo creciente de estrategias que buscan mejorar el índice terapéutico.</p>
---------------------------------------	--	--

<p>3. Manejo de la radioterapia</p>	<p>Observar si producen alteraciones en la integridad de la piel. Proporcionar cuidados especiales a la piel en los pliegues de tejido Comentar la necesidad de cuidados de la piel Fomentar el reposo inmediatamente después del tratamiento con radiación. Fomentar la ingesta de líquidos suficientes</p>	
<p>Evaluación</p>	<p>Se orienta al paciente sobre los cuidados que debe tener, formulando preguntas sobre la comprensión de los mismos y permitiendo expresar sus dudas.</p>	

Las valoraciones focalizadas son parte del seguimiento de caso, cuya finalidad es evaluar al sujeto de cuidado para así poder saber si existen otras necesidades alteradas, o si se continúa con las mismas necesidades identificadas en la valoración exhaustiva,

El señor Abel recibió en atención inmediata, se programó para endoscopia e ingreso al servicio de hospitalización de oncología médica con un diagnóstico de gastritis erosiva de acuerdo al resultado de la endoscopia.

8.3 VALORACION FOCALIZADA

30 de noviembre cursando su segundo día de estancia en el servicio de hospitalización el señor Abel se encontraba en compañía de su papá a la espera del alta médica.

El señor Abel presenta los siguientes signos: t/a 110/70 F.C.82 lpm, F.R. 20 rpm, mucosas orales hidratadas, con adecuada coloración de tegumentos, reporta evacuación normal, tolerando dieta blanda y asintomático

Abel refería sentirse muy bien y ya querer ir a su casa porque “estar internado implicaba perder mucho dinero y no deseaba seguir en el hospital”

Durante la entrevista se distrae con haciendo llamadas y al responder el celular pregunta en diferentes ocasiones y de manera insistente si su alta estará lista ese mismo día.

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Focalizada	30/11/2015			9:25		Hospitalización				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Valores y creencias	F.F *	F.C *	F.V	Ayuda	*	I	PD*	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
Asintomático Realiza y responde llamadas por celular continuamente			Percibe la estancia hospitalaria como "pérdida de tiempo y dinero"			4 días de estancia hospitalaria, segundo internamiento. Es jefe de su empresa				
Diagnóstico: 1.- Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con deterioro funcional y cambio en el rol social										
Objetivo de la persona: Salir del hospital e incorporarse a sus actividades										
Resultado esperado: Potenciar la autoestima										
Intervenciones	Acciones					Fundamentación				
Reforzamiento del rol Potenciación de la propia valía	Escucha activa Disminución de la ansiedad Utilizar un enfoque sereno que de seguridad Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo. Plan de alta sobre cuidados a tener con diagnóstico de egreso gastritis erosiva .					Establecer una relación terapéutica enfermera paciente donde se puedan expresar sentimientos ayuda a identificar los problemas para poder ser una compañía durante el proceso de enfermedad				

Evaluación	Se orienta al paciente sobre los cuidados que debe tener, formulando preguntas sobre la comprensión de los mismos y permitiendo expresar sus dudas.
------------	---

IX. PLAN DE ALTA

Orientación sobre:

Efectos secundarios de gemcitabina:

- Controlar los exámenes de laboratorio previos al tratamiento en pacientes con riesgo de efectos secundarios de inicio más temprano, duración más prolongada y más preocupantes.
- Promover actividades para modificar los factores de riesgo identificados.
- Observar si hay efectos secundarios y efectos tóxicos derivados del tratamiento.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los efectos de la quimioterapia sobre el funcionamiento de la medula ósea.
- Instruir al paciente y a la familia sobre los modos de prevención de infecciones, tales como evitar las multitudes poner en práctica venas técnicas de higiene y lavado de manos.

Efectos secundarios de la radiación

- Observar si se producen alteraciones en la integridad de la piel y tratarlas a adecuadamente.
- Proporcionar cuidados especiales a la piel en los pliegues del tejido que son proclives a la infección
- Comentar la necesidad de cuidados de la piel, como mantenimiento de marcas de tinta, evitar el jabón y el uso de protección solar o aplicación de calor.

Orientación sobre hábitos higiénico- dietéticos

- Determinar las preferencias de comidas del paciente
- Asegurarse que la dieta incluye bebidas ricas en fibra para evitar el estreñimiento.
- Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente.
- Pesarse al paciente a intervalos adecuados.

X. SEGUIMIENTO

El día 8 de diciembre del 2015 el señor Abel acudió a cita médica al servicio de gastroenterología en el consultorio G3, refiere sentirse muy bien y ya no quiere recibir tratamiento de quimioterapia ni radioterapia prefiere intentar con medicina naturista

Necesidad alterada Vivir según sus creencias y valores
Datos objetivos
Datos subjetivos Abel refiere que le han comentado que se puede curar sin recibir quimioterapia ni radiaciones con medicina naturista(Jim Humble SMM) y quiere intentar ese tipo de tratamiento
Datos complementarios Durante la entrevista argumenta “la primer dificultad que presente respecto al tratamiento probablemente lo abandone”
Fuentes de dificultad: Falta de conocimiento
Diagnósticos de Enfermería: 1.- Tendencia a adoptar conductas de riesgo relacionado con actitud negativa hacia los cuidados de salud. 2.- Gestión ineficaz de la propia salud relacionado con conflicto de decisiones manifestado por no incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria, hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud
Intervenciones de enfermería Orientación sobre la importancia de la gestión del autocuidado

La última intervención se realizó vía telefónica en agosto del 2016 vía telefónica, en la que el señor Abel refería dolor EVA 8/10 por lo que la indicación fue que acudiera al INCan al servicio de atención inmediata y que no se auto medicara.

De acuerdo con las notas del expediente electrónico, el señor Abel acudió al servicio de atención inmediata donde fue derivado después al servicio de cuidados paliativos.

Motivo de consulta dolor en región para vertebral tipo punzante que irradia a epigastrio con aumento progresivo agregándose astenia, adinamia e hiporexia, con tratamiento de pregabalina en septiembre del ,mismo año cuenta con el diagnostico de adenocarcinoma de páncreas recurrente a nivel loco regional irresecable por lo que es derivado a cuidados paliativos, donde continua con dolor , diarrea , náuseas, por lo que indican morfina hasta el 11 de abril del 2017 ,debido a que a partir de allí no se sabe nada de él .

XI. CONCLUSIONES

El seguimiento de caso se realizó enfocado principalmente a la potenciación de conocimientos del señor Abel, a pesar de aceptar ser partícipe de este estudio durante el seguimiento mostro renuencia a las intervenciones de enfermería, dado que se mostraba renuente en seguir el tratamiento y los cuidados , en varias ocasiones menciona querer dejar el tratamiento y probar con tratamiento naturista o solo dejar que la enfermedad pasara sola ya que no quería seguir gastando tiempo que era importante para su empresa por ello los diagnósticos de enfermería planteados durante la valoración exhaustiva no pudieron resolverse satisfactoriamente y al realizar el seguimiento con la valoración focalizada se detectó un afrontamiento ineficaz .

La falta de apego a los cuidados tal vez era consecuencia de no aceptar su condición actual, los cambios que vivió en su salud y el nuevo rol frente a su familia. Por la edad, a lo que se dedicaba y el estilo de vida que llevo antes de que le diagnosticaran cáncer. Los motivos por los que el paciente pretende dejar el tratamiento o no existe apego al tratamiento probablemente son por la edad, la escolaridad, la educación, le circulo en el que se desarrolló a lo largo de su vida sobre todo porque no existió una aceptación de la enfermedad.

Se trató de localizar al paciente durante los meses siguientes y no respondía llamadas ni los mensajes.

Hasta agosto del 2016 donde se comunicó vía telefónica refiriendo dolor y en qué servicio del instituto lo podían atender.

XI. SUGERENCIAS

En enfermería se enseña a brindar cuidados a la persona como un ser bio psico social pero realmente solo se brindan cuidados mayormente como un ser biológico, dejando a un lado lo psico social , en el ámbito psico social se puede realizar una interconsulta al área de psicología siempre que el personal de enfermería sea capaz de percibir alterada esta esfera del sujeto de cuidado, durante la especialidad en enfermería oncológica observe con ayuda de mis profesores que no solo es un ser bio psico social si no también espiritual y en la NANDA un instrumento de trabajo de la enfermera menciona algunos diagnósticos de espiritualidad siendo estos mínimos , el paciente oncológico tiene una gran necesidad de cuidados en lo psicosocial y espiritual pero el personal de enfermería no estamos preparados para esto dado que no puedes dar aquello de lo que careces por lo que sería bueno realizar investigaciones y adentrarse más a temas como cuidados de enfermería en el ámbito psicosocial y espiritual, aún hay mucho que trabajar en el ámbito bio psico social , se llevó el seguimiento hasta donde el señor Abel lo permitió y le ayudo lo que a sus creencias era lo correcto .

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Loinaz C. Nutrición hospitalaria Manejo nutricional del paciente post cirugía y vías biliares disponible en www.scielo.isciii.es/pdf/nh/v23s2/original_6.pdf
2. Torres E., Rosas H, et Hospital general .Tratamiento quirúrgico del cáncer de páncreas. artículo de revisión. Disponible en www.medigraphic.com/pdf/h-grat/hg-2006/hg063.pdf
3. Fisiología del páncreas endocrino .Articulo de revisión disponible en www.esculela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/integradotercero/apfisiopasist/nutricion.
4. Páncreas endocrino artículo de revisión disponible en [www.ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/fisiología humana 20011](http://www.ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/fisiología_humana_20011).
5. Rodríguez J. Fisiopatología de la pancreatitis aguda disponible en www.scielo.org.com/pdf/rcg/v23n2/v23n2a11.pdf
6. Zandalazini H. Anatomía quirúrgica del páncreas disponible en
7. Arias P. Cáncer de páncreas disponible en www.scielo.org.co/pdf/rcg/v21n3/v21n3a08pdf.
8. García M. Construcción emergente del concepto: cuidado de enfermería disponible en www.scielo.org.
9. Revista cubana. Enfermería como profesión disponible en www.scielo.org
10. Urra M . Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina disponible en www.scielo.org.
11. Pérez R. Anales de Radiología México 2009. Adenocarcinoma de páncreas .Articulo consultado mayo 2016 disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-20009/arm091.pdf
12. Hoyos S. Radioterapia: papel actual en el cáncer de páncreas consultado octubre del 2016 disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932012000200007.
13. Arguello A. cáncer de páncreas. Revisión de tema: disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v21n3/v21n3a08.pdf>
14. Consentimiento informado consultado octubre 2016. Disponible en: www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html.
15. León F. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Consultado y disponible en: <http://sciELO.isciii.es/pdf/cmfn30/original4.p>

**XIV ANEXOS
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Especialidad en Enfermeria Oncologica

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCION	LUGAR	FECHA	HORA
INCAN	México D.F.	7/2/15	10:18
Nombre del paciente (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s))			N° de Expediente
Vargas Dominguez Abel Norberto			153945
Edad	Genero	Ocupación	Estado civil
38	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Comerciante	Union libre
Domicilio (Calle, Número, Colonia, Localidad, Municipio, Estado)			
Cuernavaca Morelos Calle Huejotzingo #513			

Yo: Vargas Dominguez Abel declaro libre y voluntariamente
aceptar participar en el estudio de caso "

cuyo objetivo principal es:

y que los procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten:

y contestar en forma verbal las preguntas referentes a su estado de salud.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme, de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o me sea negada la atención médica para mi tratamiento en esta Institución.

La información por usted aportada tendrá toda la privacidad y confidencialidad necesarias

Nombre del responsable del Estudio: L.E Garcia Hernández Gloria M.

Firma

Nombre de la persona, padre o tutor.

Firma Abel Norberto Vargas Domínguez

CEDULA DE VALORACION EN BASE A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
POSGRADO EN ENFERMERIA ONCOLOGICA

FORMATO DE EVALUACION EXHAUSTIVA BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

I. FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha: 7/12/15
Fecha de ingreso: _____

Nombre: Vargas Dominguez Abel Género: Masculino Edad: 38 Estado civil: Unión libre N° De cama: _____
 N° De Exp: 153945 Grupo sanguíneo: O+ Escolaridad: Sec Ocupación: Empleado Religión: Católica
 Lugar de procedencia: Cuernavaca Domicilio: Fco Imaduro # 94 Ocotpec

II. DATOS SOCIECONOMICOS Y CULTURAL.

A) Estructura familiar

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación
<u>Vargas Dominguez Abel</u>			
<u>Brayan Vargas</u>	<u>15</u>	<u>Hijo</u>	<u>Empleado sist ses</u>

B) Estructura económica: Total de ingresos mensuales: 40,000 Pipa
 C) Medio ambiente: Tipo de vivienda: Rentada Servicios con que cuenta: Luz, agua, drenaje (poro)
 N° de habitaciones: 2 Tipo de fauna: Ninguna

III: ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos: _____
 Quirúrgicos: Placas -tibia, perone, muñeca
 Alergias (reacción experimentada): Negado

IV: PADECIMIENTO ACTUAL

Motivo de Ingreso: Melena.
 Diagnóstico Médico reciente: _____
 Tratamiento farmacológico prescrito en la actualidad

Nombre	Via y Dosis	Horario	Motivo
<u>Omeprazol</u>	<u>20 mg</u>	<u>8 - 20</u>	

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

SISTEMA RESPIRATORIO:

Frecuencia respiratoria x min: 18 Disnea SI NO Características: _____

Vía aérea permeable SI NO
Intubación orotraqueal SI NO
Traqueostomía SI NO

Ostrucción parcial/total:

Nariz Boca Bronquial Pulmonar Causas: _____

Oxígeno suplementario: SI NO Tipo de soporte: _____ FIO2 99% Tipo de respiración: _____

Características de la respiración: _____

Ruidos:

Normal vesicular SI NO

Crepitaciones Estertores Sibilancias Estridor Otras: _____

Tos SI NO Características: _____

Dolor SI NO EVA: ___/___ Localización: _____ Tipo: _____

Frecuencia: _____ Duración: _____

Fuma SI NO N°. De cigarrillos al día: _____ Edad que comenzó a fumar: _____

Ventilación mecánica: SI NO Invasiva No invasiva N° cánula: _____ Modalidad: _____

Vol. Corriente: _____ FIO2: _____ Flujo: _____ P. Soporte: _____ PEEP: _____

Gasometría Arterial Hora: _____ PO2: _____ PCO2: _____ PH: _____ HCO3: _____

Gasometría venosa Hora: _____ Parámetros: _____

Control radiológico: Normal SI NO

Congestión pulmonar Infiltrados Foco neumónico Derrame Atelectasia

Datos subjetivos: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

F. Cardíaca: 72 Lat. x min. Presión arterial: 110 / 70 mm/Hg

Llenado capilar: Miembro torácico: 4 seg. Miembro pélvico: 4 seg.

Ingurgitación yugular: SI NO

Dolor precordial: SI NO EVA: ___/___ Localización: _____ Tipo: _____

Irradiación: _____ Duración: _____

Cianosis: SI NO Peribucal Ungueal Acrocianosis

Edema: SI NO Localización: _____ Tipo: + + ++ +

Hemorragia SI No Localización: _____

Diabetes Mellitus: _____ Glucosa capilar: _____ mg/dl

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION:

Patrón urinario:

Frecuencia: 3 veces al día. Cantidad: 300 ml. Características: Clara

Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia Enuresis

Ardor Retención Color: Normal Hematúrica Iúrica Otros: _____

Dolor SI NO EVA: / Localización: _____ Tipo: _____

Frecuencia: _____ Duración: _____ IVU frecuentes: SI NO

Sonda vesical Diálisis Hemodiálisis Pañal Otros: _____

Patrón intestinal:

Frecuencia habitual: 1 veces al día. Características: formada

¿Tiene algún hábito que favorezca su eliminación? _____

Normal Estreñimiento Diarrea Incontinencia Flatulencia

Características: Acolia Melena Hematoquecia Esteatorrea Ojida Ictide Fosfa

Peristaltismo Características: Normal Problemas de hemorroides

Dolor SI NO EVA: / Localización: _____ Tipo: _____

Duración: _____

Otros patrones de eliminación:

Perdidas insensibles: _____ en 24 hrs. Drenajes SI NO Características: _____ Cantidad: _____

STV	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
Diaforesis	SI	<input checked="" type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
Abundante		<input checked="" type="radio"/>	Regular	<input type="radio"/>
Escasa		<input checked="" type="radio"/>		

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Postura en la que se encuentra el paciente al momento de la valoración: _____

Movilidad en cama:

Se mueve solo: Suplencia total:

Inspeccionar tipo de marcha:

Marcha escalonada Marcha festinante Marcha tijera Marcha pato

Actividad físicaDeambulación Independiente Silla de ruedas Muletas Ocladadera Oclón Postura y movimientoLordosis Escoliosis Cifosis Riesgo de úlceras por presión (escala de Braden)

<i>Percepción sensorial</i> Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	1. Limitado completamente	2. Muy limitado	3. Limitado leve mente	4. Sin impedimento
<i>Humedad</i> Grado de humedad de la piel	1. Constantemente húmeda	2. Muy húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
<i>Actividad</i> Grado de actividad física	1. Confinado a la cama	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
<i>Movilidad</i> Control de posición corporal	1. Completamente in móvil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
<i>Nutrición</i> Patrón de ingesta alimentana	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
<i>Fricción y roce</i> Roce de piel con sabanas	1. Presente	2. Potencialmente presente	3. Ausente	
Se considera como riesgo de desarrollar úlceras un puntaje menor o igual a 16				
RESULTADOS: 20				

Actividades básicas de la vida diaria (Escala de Barthel)

Actividad	Valoración	Puntuación		
Comer	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	10		
Lavarse	5 independiente 0 dependiente	5		
Arreglarse	5 independiente 0 dependiente	5		
Vestirse	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	10		
Micción	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	10		
Deposición	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	10		
Ir al WC	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	10		
Trasladarse sillón / cama	15 independiente 10 mínima ayuda 5 gran ayuda 0 dependiente	15		
Deambulación	15 independiente 10 mínima ayuda 5 gran ayuda 0 dependiente	15		
Subir y bajar escaleras	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	10		
PUNTAJES TOTAL				
100	>60	55/40	35/20	<20
Independiente	Dependiente leve	Dependiente moderado	Dependiente severo	Dependiente total

Valoración del estado de conciencia (escala de Glasgow)

APERTURA OCULAR		RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL	
Espontánea	4	Espontánea, normal	6	Orientada	5
A la voz	3	Localiza al tacto	5	Confusa	4
Al dolor	2	Localiza al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Ninguna	1	Decorticación	3	Sonidos incomprensibles	2
		Descerebración	2	Ninguna	1
		Ninguna	1		
RESULTADO		15 puntos			

Valoración de la fuerza muscular (escala Karnofsky)

Valor	Nivel de capacidad funcional	Definición
100	Normal. Sin evidencia de enfermedad	Capaz de realizar una actividad y trabajo normal; no necesita cuidados especiales
90	Actividad normal. Síntomas menores	
80	Actividad normal con esfuerzo. Algún síntoma	Incapaz de trabajar, capaz de vivir en el hogar y atender la mayoría de las necesidades personales, requiere diversos grados de asistencia
70	Se vale por sí mismo, pero no puede llevar una actividad normal	
60	Requiere asistencia ocasional. Cuidados para la mayoría de las cosas	
50	Requiere considerable asistencia y frecuente cuidado médico	
40	Incapacitación. Requiere especial asistencia y cuidados	Imposibilidad de cuidarse a sí mismo, requiere de atención institucional u hospitalaria equivalente, la enfermedad puede progresar rápidamente
30	Muy incapacitado. Hospitalizado. No muerte inmediata	
20	Muy enfermo. Necesita tratamiento de soporte	
10	Moribundo. Proceso en progresión rápida	
0	Muerte	
RESULTADO		100

Realiza ejercicios pasivos / activos de acuerdo a su limitación: _____

Dolor SI NO EVA: _____ / _____ Localización: _____ Tipo: _____

Duración: _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme habitualmente? Día 1 hrs. Noche 8 hrs.

Alteraciones del sueño

Trasfondo del ciclo sueño-vigilia Factores que lo ocasionan: _____Insomnio Hipersomnia Apnea de sueño ¿Toma algún medicamento para conciliar el sueño? SI NO

Cual _____ Dosis _____ Horario _____

¿Considera que el tiempo que duerme es suficiente para su descanso? SI NO ¿Realiza alguna actividad para relajarse antes de dormir? SI NO

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? SI NO

¿En qué medida? _____

¿Elige su vestuario en forma independiente? SI NO

¿Por qué? _____

¿Usted considera que algunos de estos aspectos influyen en su forma de vestir?

Animo Clima Moda ¿Por qué? Por el lugar que habita

¿Considera que la limpieza de la ropa es necesaria? SI NO ¿Por qué? Higiene.

¿Se siente cómodo con su vestimenta actual? SI NO ¿Por qué? _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Temperatura corporal: 36.5 °C Hipotermia Hipertermia Manifestaciones clínicas: _____

Causa: Neutropenia Infección Lisis tumoral Quimioterapia ¿Esquema? _____

Otros: _____

Radioterapia Sitio _____

Cirugía Sitio Colecistectomía laparoscópica

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

8.- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL E INTEGRIDAD DE LA PIEL

Coloración de la piel:

Palidez Rubicundez Marmórea Ictericia Equimosis Hematoma Petequias

Estado de la piel:

Hidratada Deshidratada Elástica Seca

Úlceras por presión

Grado: I II III IV

Longitud _____ mm
Tamaño _____ mm

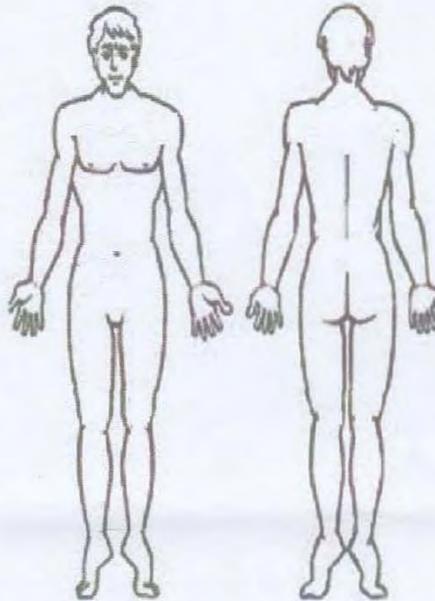
Tipo exudado: Abundante Escaso Purulento Sanguinolento

Profundidad _____ cm

Bordes:
Grosos Irregulares Calor

Integridad de la piel.

ESTOMAS	
1	Traqueostomía
2	Colostomía
2a	Ascendente
2b	Transverso
2c	Descendente
2d	Sigmoidea
3	Ileostomía
4	Urostomía
4a	Nefrostomía
4b	Ureterostomía
4c	Neovejiga
4d	Conducto ileal
4e	Sonda suprapúbica
5	Sondas (especifique)
6	Drenajes (especifique)
7	Accesos vasculares (especifique)



Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Etapa de la vida: Adulto joven Adulto mayor Vejez

Estado cognitivo: Perceptivo Alerta Orientado Desorientado Oubliado Orientado

Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción: SI

Deficiencias senso-perceptivas: Visuales Auditivas Otras: _____

Uso de anteojos y lentes de contacto: SI NO Uso de dispositivos auditivos: SI NO

Uso de prótesis en extremidades: SI NO

Actitud ante el ingreso: Colaborador Confiado Relicente Ingresivo Pasivo Al

Laboratorios

HORA						
LABORATORIO						
HB	HTO		PLAQ		8.5	76.1
LEU	NEUT	BAND	LINF	10,200	9,400	700
TP	TPT	INR				
GLUC	UREA	BUN	CREA	222	53	0.68
NA	K	CL		135	4.6	10.0
CAL	MG	F		8.6	1.84	2.8
CPK	CPK-MB					
TGO	TGP	FA				
BT	BD	BI				
PROT.	ALBUM	GLOB				
TOT						
pH unario			Otros			

Evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria (Escala de ECOG):

<input checked="" type="checkbox"/>	Actividad normal, sin limitaciones
1	Limitación de actividades que requieren un gran esfuerzo físico Capaz de realizar trabajos ligeros
2	Capaz de realizar todas las actividades de autocuidado No puede realizar trabajos aunque sean ligeros Permanece levantado más del 50% del día
3	Limitación en las actividades de autocuidado. Sintomático Confinado a vida de cama-sillón más del 50% del día
4	Completamente imposibilitado. Puede precisar hospitalización Encamado la mayor parte del día
5	Muerte

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿Cómo es su comunicación? Clara Confusa Afásica Incapaz

¿Tiene alguna limitación física que le impida comunicarse? _____

¿Se expresa en otra lengua? Si No ¿Cuál? _____

¿Cuál es su estado de ánimo normalmente? _____

¿Manifiesta emociones y sentimientos? _____

¿Cómo es la relación con las siguientes personas? (E= excelente, B= buena, R= regular, M= mala)

Familia B R M Amigos B R M Trabajo E B M Otros E B R M

¿Cómo le ha afectado su enfermedad en sus relaciones personales? _____

¿Utiliza mecanismos de defensa?

Negación Evasión Rabia Miedo Ansiedad Proyección

¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para usted? Si No

Datos subjetivos: Ansiedad. Hacerlo fácil

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión: Católico ¿Con que frecuencia asiste a su servicio religioso? Domingos

- ¿Considera que sus creencias influyen en su estado de salud? Si No
- ¿Requiere de apoyo espiritual? Si No
- ¿Su familia fortalece sus valores? Si No
- ¿Rechaza el tratamiento por sus creencias? Si No
- ¿La familia requiere fortalecer sus valores? Si No
- ¿El paciente tiene en su unidad algún objeto indicativo? Imágenes Fetiche Colgijes Tatuajes

Datos subjetivos: _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Cuenta con trabajo actualmente: SI NO ¿A qué se dedica? Sistemas Computacional

Como se siente en relación a su trabajo:

Satisfecho Insatisfecho Valorado ¿Tiene alguna limitación para realizar su trabajo habitual? Si No ¿Cuál? EnfermedadEl trabajo que realiza, ¿le permite cubrir sus necesidades básicas? Si No ¿Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales? Si No

Datos subjetivos: _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Qué actividad le gusta realizar en su tiempo libre? Salir, conocer vieja

De las anteriores, ¿Cuál es su preferida? _____

Su estado de salud, ¿modifica sus actividades recreativas? Si

¿Realiza alguna actividad recreativa realiza dentro del hospital? _____

¿Le gustaría realizar otro tipo de actividad? Música¿Conoce los grupos y las actividades de ayuda que ofrece la institución? Si No

Datos subjetivos: _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo de su ingreso: SI NO ¿Sabe leer y escribir? SI NO ¿Estudia actualmente? SI NO Especifique grado de estudios: Secundaria¿Conoce los signos y síntomas de alarma de su padecimiento? No¿Conoce su tratamiento oncológico y los efectos? No¿Padece alguna otra enfermedad? Si No

¿Cuál? _____ ¿Que toma? _____

Datos subjetivos: _____