



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**ESTUDIO DE CASO APLICADO A UNA PERSONA ADULTO MAYOR, POR
TRATAMIENTO CON CIRUGÍA DE RESECCIÓN INTERESFINTECA
LAPAROSCÓPICA + COLON ANASTOMOSIS + ILEOSTOMÍA DE
PROTECCIÓN POR CÁNCER DE RECTO, VALORADA CON LA FILOSOFÍA
CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.**

**ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

P R E S E N T A

L. E. O. Alondra Guadalupe García Rayo

**Con la asesoría de:
Lic. Enf. Francisco Rogelio Rodríguez Díaz**



Ciudad de México

Noviembre de 2018



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.

Contenido

DEDICATORIAS	3
AGRADECIMIENTOS	4
1.- INTRODUCCIÓN	5
2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	8
Objetivo General	8
Objetivos específicos	8
3.- FUNDAMENTACIÓN	9
3.1 Antecedentes	9
4.- MARCO CONCEPTUAL	13
4.1 Conceptualización de Enfermería	13
4.2 Paradigmas de Enfermería	15
4.3 Teoría de Enfermería	20
4.4 El proceso de Enfermería.	24
5.- MARCO REFERENCIAL	30
5.1 Anatomía y Fisiología	30
5.2 Cáncer de Recto: epidemiología	36
5.3 Etiología	37
5.4 Prevención	38
5.5 Aspecto macroscópico y tipos histológicos	38
5.6 Mecanismo de carcinogénesis	39
5.7 Cuadro clínico	41
5.8 Diagnóstico	41
5.9 Marcadores tumorales cáncer colorrectal	43
5.10 Vías de diseminación	45
5.11 Estadificación	47
5.12 Tratamiento	52
5.13 Pronóstico	59
6. METODOLOGÍA	62
6.1 Estrategias de investigación; estudio de caso	62
6.2 Selección del caso y fuentes de información	62

6.3 Consideraciones éticas.....	63
7. PRESENTACIÓN DEL CASO	68
7.1 Antecedentes generales de la persona.....	68
7.2 Descripción del caso	69
8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	71
8.1 Valoración según las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson.....	71
8.2 Jerarquización de necesidades alteradas.....	75
8.3 Diagnósticos de Enfermería.....	76
8.4 Valoraciones focalizadas.....	95
9. PLAN DE ALTA	101
10. VALORACIONES FOCALIZADAS EN EL SEGUIMIENTO.....	105
11. CONCLUSIONES	114
12. SUGERENCIAS	115
APÉNDICE 1: Tríptico de “Cuidado de heridas”	116
APÉNDICE 2: Tríptico de “Cuidado de drenaje biovac”	118
APÉNDICE 3: Tríptico “Nutrición en el paciente con colostomía e ileostomía”	120
ANEXO 1. ESCALAS DE VALORACION (EVA, Índice de Barthel, Braden, Karnosfky, Glasgow, ECOG y técnica de higiene de manos)	122
ANEXO 2: Carta de consentimiento informado.....	126
ANEXO 3: Formato de Valoración.....	127
BIBLIOGRAFÍA	137

DEDICATORIAS

A Dios y a la energía del universo:

Por bendecirme en la vida e iluminar siempre mi camino.

A mis padres:

Que han sido pilar fundamental para mi desarrollo y crecimiento personal, que han aportado su conocimiento de vida e infinito amor; que me ha generado un gran beneficio para fortalecerme y formarme como una mejor mujer; que se han convertido en ejemplo de fortaleza; pero sobre todo mi extenso agradecimiento por confiar y creer en mí.

A mis hermanas:

Por su gran ejemplo de fortaleza, lucha diaria hacia la vida; por el cariño incondicional y su hermoso contagio de valentía.

A mi familia:

Por su apoyo, estimación y constancia.

A mis amigos:

A los que permanecieron con su apoyo, a los que llegaron y a los que ya no están; por mostrarme que la amistad verdadera existe.

A Carlos Alberto:

Por hacerlo suceder; por la confianza, la muestra de cariño y apoyo.

A mi...

Con especial dedicación por la fuerza, tenacidad, perseverancia y humildad para poder ponerme en pie en los momentos tortuosos, pero, sobre todo, dedicado al aprendizaje que este proceso ha generado en mi persona.

AGRADECIMIENTOS

A la máxima casa de estudios; mi *“alma mater”* la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia quienes me han brindado la privilegiada oportunidad de tener un lugar en sus aulas académicas y formarme como profesional de Enfermería y me han enseñado a portar y llevar su nombre con orgullo; que han sembrado conocimiento día a día y que han plasmado en mi ser la inquietud de fortalecer mi educación y contribuir a la sociedad con una visión humana y de calidad.

Al Instituto Nacional de Cancerología (INCan; México) quien me ha acogido como trabajadora y como estudiante y me ha permitido la oportunidad de brindarle cuidado enfermero a sus pacientes quienes han sido fuente de inspiración para ampliar mi conocimiento dentro de la enorme área de estudio que es el mundo de la enfermería oncológica.

A mi tutor, el Maestro Francisco Rogelio Rodríguez Díaz quien me ha llevado de la mano en esta aventura y que me ha brindado lecciones que quedaran plasmadas en beneficio de mi profesión y de mi persona; le agradezco el tiempo brindado para mi formación, su comprensión y también su forma estricta de enseñanza de la cual trato de sacar el máximo provecho a diario.

A mi profesora Emma Ávila García la cual es un claro ejemplo de cómo se debe ser orgullosamente un enfermero, a la profesora Martha Patricia Vargas Álvarez ya que su pensamiento crítico y científico ha abierto mi panorama sobre el cuidado enfermero.

Al Doctor Valentín Lozano Zavaleta el cual ha compartido su conocimiento con el máximo profesionalismo y al mismo tiempo plasmando su parte humana y fortaleciendo el espíritu de lucha para la vida.

A los profesores y cuerpo académico quienes han sido el complemento primordial para mi formación.

A la señora María Magdalena por aceptar colaborar conmigo en el proceso de la realización de su plan de cuidados y tener la disposición de enfrentarse a las adversidades para mejoría de su salud.

A mis pacientes; que son las personas quienes han sido parte fundamental y razón esencial para querer ampliar mis conocimientos dentro de la rama de la oncología; a los cuales estoy y estaré agradecida por la confianza de permitirme interactuar con ellos; les agradezco la comprensión, la energía que emanan y el respeto que tienen por el gremio de enfermería; muchas gracias.

1.- INTRODUCCIÓN

Un estudio de caso se define como un proceso de indagación a profundidad que tiene como propósito la integración del conocimiento teórico y la práctica, es analizado partiendo de un hecho de la vida real que puede ser una persona un grupo, familia, organizaciones, entre otros, estudiándose desde su propio contexto.

Se caracteriza por un carácter dinámico; en continua evolución de la realidad; descrita en este sentido en el proceso de salud de la persona en donde se presentan situaciones reales para el desarrollo de los cuidados profesionales; provee una serie de hechos definidos referentes al campo de conocimiento que se van relacionando con el cuidado de la persona para de esta manera tomar decisiones relacionadas a las intervenciones del profesional de enfermería.

Es indudable el interés que el Estudio de caso tiene para la disciplina enfermera, pues permite la reflexión y el análisis sobre situaciones complejas clínicas o relacionales que podemos utilizar como fuente de aprendizaje y de propuestas de mejora que redunden positivamente en la atención ofrecida al paciente. En este sentido se enfatiza la utilización del estudio de caso en dos escenarios complementarios de gran trascendencia para la generación de conocimiento aplicado y su transferencia: el ámbito clínico y el ámbito docente.¹

En la elaboración del estudio de caso se incluye el Proceso de Enfermería (PE) el cual se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza su experiencia, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta de la persona a los problemas reales o potenciales de la salud”, está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente.

Bajo este enfoque la finalidad de este método sistemático y organizado es brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados. Hoy en día la Enfermería Oncológica la cuál se define como la prestación de servicios de enfermeras(os) profesionales y competentes, al individuo, familia o comunidad, en todo el continuum salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal. Para ello, la enfermera oncológica desarrolla sus funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando un método científico (PE) que le permite identificar y tratar respuestas humanas y determinar la influencia de sus servicios en la evolución física, psicosocial y espiritual de la persona.²

El cáncer es una enfermedad de alto impacto en la vida de la persona y de la familia, ya que conlleva a un alto estrés psicológico que se manifiesta en ansiedad

¹ Orkaizagirre G. Aintzane, Amezcua, et al. “El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado”. *Índex Enfermería* 2014 Dic 23(4): 244-249 [citado 4 Enero 2018] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300011

² Sociedad Española de Enfermería Oncológica. Estándares-General [citado 5 mayo 2018] Disponible en: <https://www.seeo.org/estandares-general/>

y/o depresión por la incertidumbre del diagnóstico, el tipo de tratamiento, el deterioro progresivo de la salud mental y física del paciente que conlleva a un cambio en el estilo de vida, modificando sus actividades diarias, sus relaciones interpersonales con la familia y el trabajo.

El presente trabajo muestra un estudio de caso en el cual se realiza el seguimiento de una persona con padecimiento de cáncer de recto bajo la filosofía conceptual de Virginia Henderson; valorando sus respuestas humanas dentro de un panorama biopsicosocial y espiritual de la persona integrando un plan de cuidados enfermeros de acorde a sus necesidades alteradas; siguiendo estrechamente su evolución en el ámbito hospitalario y diseñando un plan de alta para posteriormente continuar brindando cuidados a la persona de manera externa con un seguimiento de caso, identificando, valorando, aplicando y evaluando nuevas intervenciones de acorde a lo analizado en cada seguimiento.

En México, de acuerdo con cifras de Globocan, el cáncer colorrectal es la cuarta causa más frecuente de cáncer, tanto en hombres como en mujeres y tan solo en 2012 se registraron un total de 4,656 casos. Sin embargo, en el año 2017 se detectaron alrededor 8 mil 500 casos, duplicando su incidencia en tan solo 5 años.

El cáncer colorrectal es una neoplasia que tiene procedencia de las células del intestino grueso y del recto y puede desarrollarse a partir del crecimiento de protuberancias conocidas como pólipos, que se originan en el recubrimiento del colon o recto. Se consideran como un solo tipo de cáncer, aunque se traten de diferente manera.³

Este tipo de cáncer es producto de un estilo de vida, dieta baja en fibra o alta en grasa, sedentarismo, consumo de alcohol o tabaco entre otros.

En el desarrollo del estudio de caso podremos encontrar, objetivos generales y específicos que orientan los planes de cuidados dirigidos a responder a las respuestas humanas alteradas en la persona quien es el objeto de cuidado, posteriormente en la fundamentación se hace una revisión de los estudios de caso de licenciados en enfermería que fueron realizados y documentados previamente en personas con cáncer colorrectal y que han fungido como referencia para este trabajo. Dentro del marco conceptual están contenidos las bases teóricas y filosóficas de la conceptualización de enfermería, así como de algunos autores a través de tiempo y la evolución de la profesión; se incluye también un breve análisis de los tres paradigmas los cuales son: categorización, integración y transformación. Las características del proceso de atención de enfermería y la descripción de cada una de sus etapas, así como la filosofía conceptual de Virginia Henderson.

Dentro del marco referencial esta descrita y definida la anatomía y fisiología del colon y el recto; se muestra la epidemiología y etiología del cáncer colorrectal analizado desde una misma patología, las acciones que se tendrán que llevar a cabo para su prevención; se muestran los factores de riesgo principales para el desarrollo de esta enfermedad y de forma puntual las características del aspecto macroscópico y los tipos histológicos, así mismo el mecanismo de

³ Organización Mundial de la Salud [OMS] 2017. Cáncer. Nota descriptiva. [citado 1 mayo 2018] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

carcinogénesis. El cuadro clínico característico desde su etapa inicial hasta estadios avanzados; la descripción de los estudios diagnósticos que serán base importante para la estadificación del cáncer el cual detalla basado en el sistema del TNM y las opciones terapéuticas y sus combinaciones descritas para la cirugía, quimioterapia, radioterapia y blancos moleculares.

Se presenta el proceso metodológico que se puso en práctica y se enuncian las fuentes científicas de información que dan fundamentación y soporte al presente trabajo así mismo se muestran las consideraciones éticas que se pusieron en práctica; el decálogo de enfermería y las características del consentimiento informado.

Se procede a la presentación del caso clínico en donde se incluye la ficha de identificación de la señora María Magdalena así como todos los antecedentes personales de relevancia; el proceso de desarrollo del padecimiento actual, el seguimiento médico que ha tenido al ingreso al INCan y las modalidades de tratamiento a las que ha sido sometida hasta el momento de la valoración enfermera la cual ha sido de forma holística en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson; se enfatiza y jerarquizan las necesidades humanas alteradas dando por resultado la creación de los diagnósticos de enfermería y el desarrollo de todo el plan de cuidados puesto en práctica durante su internamiento; se incluyen valoraciones focalizadas aplicando de la misma forma el proceso de enfermería y el plan de alta que se fue trabajando desde el primer contacto con la persona; posteriormente se anexa conclusiones personales finales, referencias de fuentes bibliográficas consultadas y consentimiento informado firmado para dar autorización para la realización y proceder del presente trabajo.

2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

Objetivo General

Implementar y aplicar un plan de cuidados, dirigido a fomentar en la Sra. María Magdalena C.Z., acciones que favorezcan la identificación y la prevención de complicaciones durante el proceso de recuperación postoperatorio tras una cirugía de resección interesfintérica laparoscópica + colon anastomosis + ileostomía de protección debido al padecimiento de cáncer de recto, además de esto el plan debe contribuir en la recuperación y mantenimiento de su independencia para el cuidado de su salud.

Objetivos específicos

- ❖ Identificar necesidades humanas alteradas a través de una valoración exhaustiva y focalizada, que permita formular diagnósticos enfermeros reales, potenciales o de bienestar de la persona objeto de cuidado.
- ❖ Planear y ejecutar intervenciones y acciones de enfermería dirigidas a la educación y el fomento del autocuidado durante su estancia hospitalaria y en el domicilio.
- ❖ Mantener la continuidad de los cuidados de la persona a través del seguimiento del plan de cuidados, así mismo evaluar el progreso de las intervenciones realizadas anteriormente para mejorar el proceso.

3.- FUNDAMENTACIÓN

3.1 Antecedentes

Se trata de un Proceso de atención de enfermería que para obtener el título de Licenciado en Enfermería lo realiza el Licenciado Antonio Israel Meza González basado en la teoría de Dorothea Orem aplicado a un adulto joven con cáncer de recto en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

En este proceso se plantea un plan de cuidados con 6 diagnósticos haciendo jerarquización de los requisitos universales de autocuidado con alteración en lo déficit de autocuidado y la aplicación de un plan de atención de cuidados de enfermería su objetivo general es mostrar la atención brindada hacia el paciente. Dentro de los principales diagnósticos planteados se encuentra 3 personalizados con “Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y en bienestar” con diversas intervenciones planteadas suspensión de la ministración de un medicamento ante una reacción alérgica, monitoreo de signos vitales, dar tranquilidad al paciente y mantenerlo informado, comunicación efectiva con el área médica, de enfermería así como familiares sobre la respuesta de alergia; registro de la reacción adversa, colocación de un brazalete y tarjeta de identificación sobre la respuesta; las intervenciones de otro diagnóstico aplicado fue el manejo del dolor con la administración de analgésico Ketorolaco y Clonixinato de lisina vía intravenoso y con horario; la intervención de la escucha activa, el apoyo emocional y la ayuda al paciente para el proceso de adaptación del proceso que está viviendo. Se hace el planteamiento de un diagnóstico de riesgo de infección debido a una herida quirúrgica abdominal con intervenciones dirigidas a la preparación del paciente para el procedimiento; el lavado de manos y su importancia; una evaluación continua de las características de la herida, la preparación de la unidad y el material de curaciones para el procedimiento; la realización de la curación con técnica aséptica y la evaluación de la integridad de la piel y su proceso de cicatrización. Se plantean intervenciones dirigidas al riesgo de caídas tales como la identificación de déficits cognitivos o físicos de la persona, se proporcionan medios de protección como barandillas en la cama, preparación y mantenimiento de la unidad de la persona para que esté libre de obstáculos peligrosos, enseñanza del paciente para el uso de pasamanos, mando del inodoro y regadera en la unidad hospitalaria y la educación continua hacia los familiares para la disminución de dichos riesgos. Un diagnóstico final encaminado a la adaptación del dispositivo colector que es la estoma y la vigilancia de la integridad de la piel con intervenciones de educación al paciente y la familia para el uso de material del estoma, así como el correcto uso del dispositivo, la curación y uso correcto de los sistemas colectores así como la educación de la persona referente a su alimentación.

Se formuló un plan de alta con recomendaciones para la alimentación; el correcto uso de los medicamentos, recomendaciones para la actividad y el ejercicio, la higiene física incluyendo datos recomendados para el uso del vaciamiento de la bolsa de colostomía; la higiene de su hogar, la identificación de signos de alarma y el fomento al apego a las consultas médicas programadas y a su tratamiento.

Finalmente se concluye con la importancia del uso del proceso enfermería y el beneficio que presenta para la persona la aplicación de intervenciones puntuales que han cubierto de manera satisfactoria el déficit de este paciente con cáncer de recto y su proceso durante su hospitalización y su egreso.⁴

La siguiente fundamentación consultada es un proceso de atención de enfermería aplicado con la teoría de Dorothea Orem a un paciente adulto joven con cáncer colorrectal que para obtener el título de Licenciada en enfermería presenta la Licenciada Claudia Viridiana Hernández Gutiérrez; este proceso fue aplicado en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga el 7 de noviembre de 2014 y publicado en Marzo del 2016; en este proceso se realiza una valoración de requisitos universales, de autocuidado y 3 valoración focalizada planteando 10 diagnósticos enfermeros en donde en los primeros 4 se realizan intervenciones que van dirigidas a solucionar de forma prioritaria el padecimiento de estreñimiento que cursa el paciente con el fomento de la modificación de ingesta hídrica; la deambulacion fuera de cama, el fomento de la higiene corporal debido a un déficit de autocuidado; se integran intervenciones educativas respecto a su proceso de aprendizaje durante la enfermedad en donde se aporta información de manera sensible de forma clara y precisa sobre el padecimiento a la persona y se completa información a la familia, se aporta material escrito sobre “el cáncer” así como sus modalidades de tratamiento y los sistemas de apoyo disponibles y se hace énfasis en que por parte la licenciada en todo momento se ofrece comprensión para dar información dentro del hospital; en sus siguientes intervenciones durante una valoración focalizada de aborda el trastorno del patrón del sueño explicando la importancia de descansar y dormir así como las implicaciones que lleva el no realizar esta actividad de forma normal y se sugiere dormir de 6 a 8 horas; se favorece el sueño a través de ejercicios de relajación y respiración; en su siguiente valoración focalizada como intervenciones de un diagnóstico de gestión ineficaz de la propia salud se permite la expresión de sentimiento y experiencias que causan la interrupción del tratamiento y se proporcionó información relevante para fomentar el apego al tratamiento terapéutico con educación para la persona y la familia y se explicó la razón y el efecto previsto de su tratamiento indicado; abordando otro diagnóstico en donde se maneja disposición para mejorar la comunicación se realizan intervenciones para llevar a cabo un comunicación terapéutica enfermera-paciente con una escucha activa como proceso eficaz de comunicación; en la siguiente valoración focalizada se aplican intervenciones que van encaminadas a la disminución de volumen de líquidos debido a edema de miembros pélvicos con la colocación de vendaje compresivo, inspección y humectación de la piel, ejercicios de movilización de toda la extremidad, apoyo de las extremidades para evitar lesiones; sus siguientes intervenciones fueron dirigidas para abordar un patrón respiratorio ineficaz con la colocación de mascarilla simple de oxígeno y la evaluación de la oxigenación integral tanto de medición como inspección física. Se maneja un diagnóstico de negación ineficaz debido a miedo a la muerte en donde se interviene con información tanatología y la derivación de una cita al servicio de salud mental

⁴ Meza G. Antonio I. “Proceso de Atención de Enfermería basado en la teoría de Dorothea Orem, aplicado a un adulto joven con cáncer de recto en el Hospital General de México, ENEO, UNAM en 2016, México D.F. [citado 1 de Agosto de 2018]. Disponible en la Biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

interviniendo en un diagnóstico final de ansiedad con escucha activa y el fomento de la expresión de sentimientos de forma escrita.

Se finaliza en trabajo enfatizando la importancia que tiene la aplicación del proceso de atención de enfermería con intervenciones que se basaron en cuidados paliativos por la etapa avanzada de cáncer de la persona encontrando barreras para su desarrollo como la desconfianza de la persona hacia el personal y se enfatiza la importancia de que los cuidados de enfermería se brinden de una forma humanizada sin ignorar las peticiones de la persona para evitar el sufrimiento innecesario; el paciente fallece en noviembre del 2014 y se brinda apoyo tanatológico a la familiar.⁵

La tercera fundamentación consultada se trata de un estudio de caso que, para obtener el grado de especialista en Enfermería Oncológica, realiza la Lic. Enf. María Elizabeth Núñez López, “sobre un caso aplicado a un adulto mayor bajo la filosofía conceptual de Virginia Henderson por resección abdominal baja por cáncer de recto” en el Instituto Nacional de Cancerología en noviembre de 2016 y publicado en octubre de 2017. En este estudio se planteó una valoración integral y se formularon 6 diagnósticos de enfermería, sobre las jerarquización de las necesidades alteradas de la persona las cuales fueron; termorregulación, descanso y sueño, Eliminación, Nutrición e Hidratación, Necesidad de moverse y mantener una buena postura con intervenciones individualizadas dirigidos a mejorar las necesidades alteradas como son el manejo de la hipertermia con control de medios físicos y químicos; el fomento del control del dolor para fomentar una mejoría en el patrón del sueño; el manejo hídrico por líquidos parenterales e hidratación vía oral así mismo la vigilancia del gasto de la ileostomía que porta la persona y la información sobre una correcta hidratación y el adecuado manejo del aporte electrolítico parenteral debido a un desequilibrio por un gasto excesivo del estoma; se interviene con acompañamiento y educación a la persona ya que debido a experiencias anteriores de dolor por movilización presenta temor ante la movilización activa; cubriendo la necesidad de nutrición e hidratación se dan intervenciones encaminadas al control del aporte nutricional con apoyo de nutrición parenteral con una vigilancia de la tolerancia y de los niveles de glucosa y se gestiona una interconsulta con el servicio de nutrición; posteriormente en este estudio se diseña un plan de alta en donde se orienta a la persona sobre el autocuidado y los signos y síntomas de alarma en domicilio; así como educación sobre el manejo de la medicación; se realizó una valoración focalizada como seguimiento de la persona con la elaboración de 7 diagnósticos enfermeros en donde de forma integral dos de ellos se abordan con intervenciones que fomentan el aprendizaje sobre la prevención de complicaciones asociadas a los cuidados en casa y la educación sobre tratamiento de quimioterapia antineoplásica que iniciara vía oral; posteriormente 3 diagnósticos en los que se interviene el manejo de la náusea y el vómito con la toma de antieméticos y alimentos que favorezcan la disminución de la náusea se interviene el fomento a la mejoría del estado de la hidratación con la administración de líquidos intravenosos e hidratación con suero vía oral y se fomenta el mejoramiento de la condición de la piel, se realizan intervenciones para un diagnóstico en donde se encuentra alterado el patrón

⁵ Hernández G. Claudia V.” Proceso de atención de enfermería aplicado en la teoría de Dorothea Orem a un paciente adulto joven con cáncer colorrectal” marzo de 2016, México, D.F. ENEO, UNAM [citado 3 de agosto de 2018]. Disponible en: Biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

del sueño con el manejo de medicación (analgésia y relajante muscular) para control del dolor y mejoría del sueño alterado; finalmente se realiza un diagnóstico para el abordaje de baja autoestima situacional con la intervención de la orientación sobre el proceso de enfermedad y el apoyo emocional; escucha activa y el reforzamiento de la valía de la persona.

La autora concluye con la aportación de la importancia de la integración de la teoría y la práctica y el beneficio que tiene para las personas que se realicen planes de cuidado de forma individual y que ha sido una experiencia única el darle seguimiento a su estudio de caso con una persona que ha salido adelante como resultado del trabajo en equipo por parte del sector de salud y que hasta el día de su seguimiento se encontraba ya en vigilancia médica. ⁶

⁶ Núñez L. María E. “Estudio de caso aplicado a un adulto mayor bajo la filosofía conceptual de Virginia Henderson por resección abdominal baja por cáncer de recto” en el Instituto Nacional de Cancerología, ENEO, UNAM, 2017, México D.F. [citado 3 de agosto de 2018]. Disponible en: Biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

4.- MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de Enfermería

A través del tiempo se ha discutido y descrito sobre la conceptualización de enfermería y su definición; en ocasiones se ha definido por sus acciones o por el área de la especialidad y un sin fin acciones profesionales y no profesionales que desempeña también se ha llegado a definir como lo que creen debería de ser; es por esto que la conceptualización que han adoptado diferentes teóricos según su experiencia y su contexto social puede llevar a cierto grado de confusión y desconocimiento; otros simplemente no la describen y se vuelve incierta la conceptualización y es difícil de ubicar dentro del concierto de las profesiones de la salud (Fuller, 1978).

Fue Florence Nightingale quien definió primero a enfermería y la diferenció como profesión independiente de la medicina; que esta estaba caracterizada por tener metas propias y un campo de estudio diferente.

Sin embargo, enfermería duro casi setenta años en el oscurantismo conceptual; durante este periodo su definición se transformó en algo metafórico asimilado a la imagen de la maternidad que se caracteriza por acciones tales como nutrir, cuidar, consolar, reconfortar y otras formas maternas de comportamiento que influyen en la imagen misma de la enfermera y su forma de actuar y pensar; al mismo tiempo que en la manera como la sociedad percibe y deduce cuál debe ser el comportamiento de enfermería: la imagen de maternidad, que aún prevalece en la concepción universal, requiere poca educación en influencia en las decisiones que afectan la salud y el cuidado, y el bienestar de las personas.

Las definiciones de enfermería se deben interpretar y tienen sentido si se analizan a través del periodo histórico y de desarrollo por el que se atraviesa al establecer la disciplina de enfermería; Nightingale conceptualizó acerca de su naturaleza y de la necesidad de desarrollar un cuerpo de conocimientos diferente a la medicina. En sus Notas de Enfermería señala: "Enfermería es cuidar y ayudar al paciente que sufre de alguna enfermedad a vivir; lo mismo que la enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o persona sana se mantenga y no sea susceptible a la enfermedad". Agrega Nightingale que lo que la enfermera debe hacer es lograr llevar al paciente a tal estado que la naturaleza, de manera natural pueda actuar en él (Nightingale, 1969 original de 1859).

Esta primera definición despreciada y olvidada por la comunidad de enfermería en años posteriores, muestra claramente una conceptualización teórica y da pautas claras para la práctica y la investigación. Lo que Nightingale quería expresar fue que en enfoque de enfermería debía basarse en el ambiente que rodea al paciente, sus necesidades y su observación. Igualmente define las relaciones entre el paciente y la enfermera. Así el quehacer está determinado y si se analiza en todas sus dimensiones se llega a la conclusión de la complejidad de su naturaleza. En la definición se ve con claridad a la separación de enfermería y medicina e igualmente muestra los rumbos que enfermería ha debido tomar en su aspecto educativo.

Lamentablemente la evolución de enfermería cambió de rumbo y las directrices de Nightingale se eclipsaron, colocando a enfermería como algo sumiso a la medicina, sin identidad propia, con un cuerpo de conocimientos no estructurado y prestado, utilizando reglas, principios y tradiciones que iban afirmándose a través del aprendizaje repetitivo y la sabiduría común de la experiencia, sin motivación para la investigación.

Dorothy Johnson, antes de definir sus postulados teóricos en forma del Modelo de Sistemas de comportamiento enfatizó en la necesidad de tener claridad sobre la meta de la profesión. Para Johnson tener claro éste aspecto es indispensable para conceptualizar. Su meta inicial fue brindar atención a individuos y grupos en situaciones de estrés delicada de la naturaleza de la salud enfermedad. El propósito primario era eliminar la tensión y la incomodidad hasta el punto de restaurar y mantener el equilibrio interno e interpersonal. La meta aquí señalada tiene un enfoque diferente y más sofisticado ya que se deriva de concepción netamente psicodinámica (Johnson, 1959).

En 1960 Virginia Henderson definió enfermería como “la asistencia o cuidado al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de la misma (o a una muerte tranquila y digna), y que las podría ejecutar en paciente por sí mismo si tuviera la capacidad, el deseo y el conocimiento”, (Iyers, 1986; Henderson, 1994).

En el mismo año Ida Orlando definió enfermería como: “brindar la ayuda que el paciente necesite para satisfacer las necesidades que se requieren para que su bienestar físico y mental sea asegurado” (Iyer, 1986). Esta definición requiere para su ejecución las determinaciones causales que son las necesidades satisfechas que se requieren para el bienestar físico y mental. Es diferente a la de Henderson en tanto se habla del paciente enfermo y no de persona sana.

Donalson y Crowley (1978) sugieren que no es absolutamente necesario al definir enfermería que se llegue a la esencia única del conocimiento propio de la práctica y la disciplina, pero que si se requiere ubicar a enfermería dentro de un terreno diferenciado que en última instancia la lleve a definir esa esencia.

Estevens (1984) sugiere que la definición de enfermería esta fuera del alcance de la comunidad interesada en su clarificación. Sin embargo, reconoce que se requiere por lo menos un supuesto, una conceptualización que se contribuya en el criterio aclaratorio de lo que es y no es enfermería. Propone además una definición amplia para allanar el camino hacia un consenso. Su definición es “La enfermería es una actividad o suceso que ocurre cuando algún agente utiliza su poder para ayudar a manipular a otro agente o entidad con relación a algún hecho enlazado con la situación de salud”. Sin embargo, esta definición no era aclaratoria ni concreta.

Meleis (1985) la define como “La enfermera interactúa en la situación de cuidado de la salud como el ser humano, quien es parte integral de su contexto sociocultural y que está en alguna forma de transición o de anticipación a ésta; las interacciones del cliente–enfermera están organizadas alrededor de algún propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para reforzar, causar o facilitar la situación de salud”.

Watson (1988) refiere que enfermería es un concepto dinámico y cambiante “Es el conocimiento, valores, filosofía, dedicación y acciones relacionadas con las transacciones y subjetividad del cuidado humano. Como tal, el cuidado es el ideal moral de enfermería y consiste en el intento transpersonal de proteger, reforzar y preservar la dignidad de la personal, ayudándola a encontrar sentido a la existencia, aún en el sufrimiento, y aumentar su autoconocimiento, control y bienestar con sentido de armonía interna, a pesar de las circunstancias externas”.

Leininger (1988), define a enfermería como una ciencia y un arte humanística, aprendida, que tiene como fundamento el cuidado personalizado y transcultural (individual o de grupos) de comportamientos, funciones y procesos dirigidos a la promoción y mantenimiento de conductas saludables o a la recuperación de la enfermedad cuando ésta tiene significado físico, psicocultural o social para quien es sujeto del cuidado.

Martha Rogers (1979,1990) define enfermería como la ciencia del hombre unitario. Dice que enfermería es una ciencia y un arte y que lo que hace exclusiva a enfermería es su preocupación por las personas y el mundo en que viven, el cual es un predecesor natural de un sistema abstracto y organizado que engloba a las personas y sus contextos. La naturaleza irreducible y unitaria de las personas y sus contextos (seres humanos dinámicos, que desarrollan procesos no lineales caracterizados por el aumento y la diversidad de sus campos energéticos) difiere de la suma de sus partes. La integridad persona contexto se coordina con el universo multidimensional a manera de un sistema abierto.

Margaret Newman (1991 y 1994) conceptualiza a enfermería como el estudio del cuidado de la experiencia de la salud de los humanos. Entendiendo la experiencia de la salud como una expansión de la conciencia que en última instancia debe conducir a una mayor comprensión de la situación de salud y a mayor libertad mayor aumento de autodesarrollo.

Benner (Marriner, 1994) describe a enfermería como una relación de cuidado ya que se crea la posibilidad de dar y recibir ayuda. La enfermería es la ciencia del cuidado guiada por la ética y el arte. Es el entendimiento de las experiencias vividas en la salud, bienestar, malestar, enfermedad y las relaciones que existen entre ellas.⁷

4.2 Paradigmas de Enfermería

Dentro de la evolución de Enfermería ha sido preciso definir la propia área de investigación y practica; conceptos asertivos que describan las actividades de los cuidados que brindan dichos profesionales.

Las diferentes disciplinas se dividen en dos según su área de estudio; por ejemplo, la física, filosofía, sociología, historia son definidas como disciplinas teóricas y, derecho, medicina y la

⁷ Cristina B. Gleaves, Franco O. Magdalena. 2009 “Teoría y Modelos de Enfermería, Bases teóricas para el cuidado especializado” Antología, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, división de estudios de posgrado pág. 35-39.

ciencia enfermera son disciplinas profesionales ya que están orientadas a la práctica profesional con el objetivo del desarrollo en donde el conocimiento sirve para definir y guiar la práctica.

Hay cuatro conceptos importantes que se definen en diferentes paradigmas y estos hacen referencia al abordaje en la relación de cuidado, persona, salud, entorno, y estos ven implícitos y explícitos en escritos de Nightingale (1969) Flaskerud y Halloran (1980).

En referencia a la ciencia enfermera a través del tiempo los autores proponen que sean llamados *paradigmas* ya que estos tienen influencia directa sobre las concepciones de la disciplina enfermera; estos se dividen en tres; paradigma de la categorización, integración y transformación.

Paradigma de la Categorización

Este paradigma está centrado en la salud pública y la enfermedad unida a la práctica médica, se dice que el desarrollo de conocimientos va directamente orientado al descubrimiento de leyes universales, en la búsqueda de los factores causales de una enfermedad en los seres humanos; de encontrar signos y síntomas que estén bien definidos y sean medibles; con su enfoque orientado a la salud pública se remonta a los tiempos desde el siglo XIII al XIX ya que se encontraban en la necesidad del control de enfermedades infecciosas, mejora de la salud ya que la mayor parte de la población de esa época no tenían conocimiento de infecciones ni de precauciones elementales para hacer frente a estas; la motivación humanitaria y espiritual presentan mucha influencia en los cuidados de esa época; (Collière en 1986) hace mención a que el cuidado se dedica a la envoltura corporal tiene por fin mantener el cuidado del alma.

Florence Nightingale tiene gran influencia con su participación respecto a la experiencia que presenta a través de su trayecto de enfermería con grandes aportaciones en el área hospitalaria en donde se enfoca en dar condiciones de higiene más elementales con resultados que hacen que las enfermeras ganen respeto con sus actividades desarrolladas frente a cirujanos militares los cuales, en esa época se oponían a la presencia de mujeres; hace referencia que los cuidados de enfermería no deben de estar basados únicamente en la compasión sino que también se necesita observación y experiencia, conocimiento de los datos estadísticos, de la higiene pública, nutrición y de las competencias administrativas; se proporcionara al paciente el mejor entorno que permitan la curación o el mantenimiento de la salud, será con actividades dirigidas a la persona y su entorno para mantener o recuperar su salud, así como la prevención de infecciones y heridas, la enseñanza de los modos de vida sana y el control de la condiciones sanitarias y como se puede visualizar son cuidados dirigidos a personas enfermas y gente sana.

Persona

Dentro de este paradigma con referencia el concepto que maneja Nightingale la persona es considerada según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y responsabilidad para cambiar la situación existente en donde la actividad enfermera está orientada al cambio de su entorno y su objetivo es mejorar las condiciones de vida de la persona y la comunidad.

Entorno

La luz, el aire fresco, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad, una dieta adecuada permiten que la persona movilice sus energías hacia la curación y es necesario un equilibrio para la recuperación de la salud o la prevención de su enfermedad.

Salud

La salud no es solamente lo opuesto a la enfermedad, este concepto lo maneja también en referencia a “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos” y toda la información relativa a la mejora de las condiciones sanitarias favorece la salud.

Cuidado

Definido como un arte y una ciencia y para realizarlo requiere una formación formal con enfermeras altamente competentes.

Florence Nightingale propone brindar a las enfermeras una formación basada dirigida al mantenimiento y recuperación de la salud, la prevención de las infecciones, las heridas, el control del entorno, promoción de la salud, haciendo énfasis a la salud pública, higiene pública; educación que posteriormente dio nacimiento al desarrollo de programas educativos en salud, prevención de enfermedades infecciosas y de higiene industrial ámbito en donde posteriormente se desarrollarían las enfermeras en beneficio a la mejora de las condiciones socio sanitarias de las comunidades.

Su orientación hacia la enfermedad es situada en un contexto a finales del siglo XIX debido a la expansión de las infecciones y las actividades fueron dirigidas a la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas.

El concepto de salud es considerado como la ausencia de enfermedad y este se tiene un origen de causa única y la medicina estaba dirigida al estudio de la causa de la enfermedad, la determinación del tratamiento y el diagnóstico.

La enfermera delimitara las situaciones problemáticas, con la finalidad de eliminar los problemas, cubrir los difícil y ayudar a los incapacitados, con su planificación, organización, coordinación y evaluación de sus acciones dirigido a brindar un cuidado de la persona.

La persona es definida como un todo que es formado por múltiples partes y en este sentido se puede separar la dimensión biológica y psicológica para poder estudiarlo de forma independiente.

La salud es un equilibrio altamente deseable es un sinónimo de ausencia de enfermedad.

Concepto de Enfermería

“La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo si tuviera la fuerza, la voluntad, o el

conocimiento necesario. Y esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.

Según el concepto arriba citado, el objetivo de la acción de enfermería en la conservación o la recuperación de la salud es: Asistir al paciente y su familia en la satisfacción de las necesidades en que muestran dependencia y tratar de hacerlos independientes a la mayor brevedad. Desarrollando un plan de acción según las necesidades en que se detecta la dependencia y las causas de ésta (falta de: fuerza, voluntad o conocimiento).

Paradigma de la Integración

Este paradigma prolonga al paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno, explica que hay múltiples factores responsables de una reacción, unos más fuertes que otros y este paradigma inspira la orientación de enfermería hacia la persona; esta orientación se sitúa en América del norte y es en el año de 1950 a 1975, está relacionada a dos hechos importantes los cuales son la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación; se dan debido a la reacción al sufrimiento humano vivido durante la crisis económica de los años 1930 y la segunda guerra mundial así como la tendencia del mundo occidental de crear un sistema de seguridad social; durante esta evolución social da un lugar importante a la diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica.

Describe el cuidado dirigido a mantener la salud de las personas en todas sus dimensiones; salud física, salud mental y social, también describe que la enfermera evaluara las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad; actuar en favor de la persona y responder a sus necesidades; así mismo de planificar y evaluar las acciones en función de las necesidades no satisfechas; aconsejando una mejoría en los comportamientos de salud para que se adopten nuevas conductas y que sea óptimo el funcionamiento personal e interpersonal.

Describe a la persona como un todo, formado por la suma de cada una de sus partes y están interrelacionadas por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales; de ahí la expresión de la persona como un ser bio-psico-socio-cultural –espiritual; según este análisis la persona será capaz de tener influencia directa en las conductas y los factores que mejoren su salud, independientemente en el contexto en el que se encuentre.

Menciona que la salud y la enfermedad son dos entidades diferentes que coexisten y están en interacción dinámica; la salud es un ideal y el logro será conseguir que esté presente siendo influenciada dentro del contexto que ésta vive; refiere que la salud es posible cuando hay ausencia de enfermedad y ésta se verá afectada cuando exista enfermedad o muy pocos elementos estén presentes en beneficio a ésta.

Describe al entorno constituido por diferentes contextos; tales como el histórico, social y político; esta interacción del entorno y la persona esta generado por estímulos positivos o negativos y obedece a reacciones de adaptación; tomando en cuenta que la mayoría de las disciplinas se crean a partir de la orientación de la persona, las enfermeras elaboran modelos conceptuales

dirigidos a precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación enfermera, se basan con modelos propios de la disciplina enfermera y se adopta un proceso sistemático en donde se ve reflejada la recogida de datos clínicos, análisis de interpretación de estos datos, intervención enfermera y evaluación así mismo se transforma la actividad de la enfermera centrando y dirigiendo su interés hacia el ser humano considerándolo como un todo integrado.

Dentro del paradigma de integración se describe también la evolución de los cuidados así mismo la evolución de la educación de los enfermeros; conformando hospitales con estudiantes, enfermeras diplomadas y una nueva visión personal de los cuidados enfatizando en que la disciplina enfermera será distinta a la disciplina médica; la investigación se elabora alrededor del objeto del cuidado que será en este momento el cliente y su entorno, organizando mejor los cuidados reflejando conocimiento y competencia creciente de la enfermera cuidadora.

Paradigma de la Transformación

Este paradigma es representativo ya que refleja un cambio de mentalidad dentro de los profesionales de enfermería, fomentando condiciones de cambio, equilibrio precedido de una interacción con los fenómenos complejos; este también es descrito como una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

La apertura hacia el mundo es dada por cambios internacionales y hechos sociales que abren las fronteras en los aspectos culturales, económicos, sociales y políticos; se presentan grandes movimientos en la población y el dinero; las composiciones étnicas originales de los países cambian así mismo su economía interna y la comunicación se intensifica y da lugar al crecimiento partiendo de experiencias.

Desde la Conferencia Internacional sobre los cuidados de salud primarios en 1978 se destacó la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La OMS reconoce las relaciones entre la promoción, la protección de la salud de los pueblos y el progreso equitativo sobre el plan económico y social con una propuesta basada en la filosofía de que los hombres tienen el derecho y el deber de participar de forma individual y colectiva en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le corresponden, que la población se vuelva agente de su propia salud, y que participe en ella.

La persona se considera como un ser único y sus dimensiones forman una unidad; un ser único y entero en donde se relaciona con un entorno o un medio próximo ya sea interior o exterior; la salud no es un bien que se posee, ni un estado estable o ausencia de enfermedad; la salud se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular, es un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona y hace referencia al estado de bienestar, la realización del potencial de creación de la persona y en este sentido la enfermedad formará parte de esta experiencia de salud.

El cuidado se dirige hacia el alcance del bienestar en el sentido de que la persona lo defina ya que esta persona tiene diversos conocimientos, la enfermera hace uso de ello y se adelanta a lo que podría suceder, interviniendo continuamente en su proceso de vida generando la posibilidad de desarrollar su potencial generando un ambiente de respeto.

El entorno se compone por todas las partes del universo en el que la persona vive y se desarrolla; estos están en constante cambio y se dirigen por su propio ritmo; así pues, frente a la constante evolución las enfermeras hoy en día tendrán que analizar e intervenir de una mejor manera para generar un mayor impacto en los cambios del individuo; tomando en cuenta un panorama más amplio sobre las modificaciones en el mundo, así como en el sistema de prestación de los cuidados enfermeros.⁸

4.3 Teoría de Enfermería.

Virginia Henderson

Nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Nació en Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York; ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora y fue autora y coautora de otros trabajos importantes.

Henderson escribió tres libros que se han convertido en clásicos de enfermería: *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* (1955) *Basic Principles of Nursing Care* (1969) y *The Nature of Nursing* (1966). Su principal contribución en la enfermería, el *Nursing Studies Index* Proyecto patrocinado por la Universidad de Yale, de 11 años de duración, dio lugar a un índice anotado de cuatro volúmenes sobre su bibliografía, así como el análisis e historia de la enfermería de 1900 a 1950.

En *The Nature of Nursing; A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education*, Henderson (1966) identificó 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de enfermería. Además, identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como sigue: a) sustituta del paciente, b) colaboradora para el paciente y c) compañera del paciente.

Durante su estancia entre el profesorado del Teachers College revisó la cuarta edición del *Textbook of Principles and Practice of Nursing*, de Bertha Hammer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

⁸ Cristina B. Gleaves, Franco O. Magdalena. 2009 Op cit. Unidad 1 "Grandes corrientes del pensamiento" pág. 63-77.

En 1958, el comité de servicios de enfermería de International Council of Nurses (ICN) le pidió que expusiera su definición de enfermería. Su ahora histórica definición, publicada por el ICN en 1961, representó su cristalización final del tema:

La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápido posible (Henderson, 1964).

La definición de enfermería de Henderson fue adoptada posteriormente por el ICN y divulgada extensamente; sigue utilizándose en todo el mundo.

A través del proceso interpersonal y desarrollando la empatía, la enfermera debe “meterse en la piel” de cada uno de los pacientes a fin de conocer qué ayuda necesitan (Harem y Henderson) 1955. Aunque pensaba que las funciones de las enfermeras y los médicos se superponen, Henderson afirmaba que la enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios y con el paciente, y utilizó un gráfico de sectores para ilustrar las contribuciones relativas de la enfermera como miembro del equipo sanitario. En *The Nature of Nursing: Reflections after 25 years*, Henderson (1961) añadió apéndices a todos los capítulos de la edición de 1966 para presentar los cambios de sus puntos de vista y para debatir sus opiniones, se puede considerar el trabajo de Henderson como una filosofía del objetivo y la función de la enfermería.⁹

Sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia. Sus conceptos de independencia influyeron en el trabajo de Abdellah y Adam (Abdellah, Beland, Martin, Matheney, 1960; Adam, 1980 y 1991).

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias. Su filosofía se basa en el trabajo de: a) Thorndike (psicólogo estadounidense), b) sus experiencias de estudiante con la Henry House Visiting Nurse Agency, c) su experiencia en enfermería en rehabilitación y d) la conceptualización de la acción propia de la enfermería de Orlando (Henderson, 1964; Orlando, 1961).

El modelo conceptual de V. Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

Postulados, valores, conceptos.

- a) Postulados: En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales

⁹ Marriner Tomey Ann, Raile Alligood Martha. “Modelos y teoría en enfermería” séptima edición. Elsevier: España, 2011 pág. 55,56.

y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible. Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera: Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia.

Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Falta de Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

Falta de Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

De esta forma dichos postulados se resumen en:

- ❖ Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
 - ❖ Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
 - ❖ Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.
- b) Valores: Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson. En este punto ella afirma que, si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. Cuando la

enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

- c) Conceptos: Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial.

Las 14 necesidades de Henderson
1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos corporales
4. Moverse y mantener posturas deseables
5. Dormir y descansar
6. Seleccionar ropas adecuadas: vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel
9. Evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones
11. Rendir culto según la propia fe
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y la salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponible

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

Metaparadigma

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes:

a) Salud: Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida. La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. Requiere independencia e interdependencia. La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo. Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) Entorno: Conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961).

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad. Las enfermeras deberán; recibir información sobre medidas de seguridad, proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos, minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativas a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento, tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. La mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona requiere ayuda para ser independiente. El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería: Henderson define la enfermería en términos funcionales. La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

4.4 El proceso de Enfermería.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y

ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

En el año de 1973 se introdujo en la enseñanza de las materias de enfermería, el proceso de atención de enfermería, (PAE), porque se le consideraba un buen instrumento para dar un cuidado individual al paciente.

En el sentido filosófico del término, el método, ligado al dominio específico de la enfermería, en la actualidad es el Proceso de Enfermería, que comporta fines particulares y una forma de proceder que le es propia. El objetivo principal del Proceso de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Existen otras teorías, todas ellas mantienen como constantes la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante acciones organizadas. Es decir, conseguir la calidad en los cuidados y la calidad de vida.

Se comparaba el Proceso de Enfermería, con el proceso de resolución de problemas y el método científico; sosteniendo que, el proceso de resolución de problemas es lo mismo que el método científico simplificado, y el proceso de enfermería, es el proceso de resolución de los problemas, con los mismos pasos, pero dando a los problemas, el nombre de necesidades.

Actualmente estos conceptos se siguen manejando en enfermería y son la base para impulsar la profesionalización de la misma.

En 1976 la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A.C. editó unos documentos sobre el Proceso de Atención de Enfermería, en donde se le definió como “Un ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera, para proporcionar atención de calidad al individuo, familia y comunidad”.

Según Rosalinda Alfaro (1993) “es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales”. En el término paciente se incluye a la familia o a la comunidad.

Consta de cinco etapas

Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, a lo largo de todas las etapas o sea durante todo el proceso, la enfermera se guía por el modelo de la enfermería.

Valoración

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través

de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Diagnóstico

El proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual se está en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

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

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- ❖ La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- ❖ La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- ❖ Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

Planificación

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de

planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

- ❖ Establecer prioridades en los cuidados (selección). Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- ❖ Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados. Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades, así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo. Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.
- ❖ Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.
- ❖ Documentación y registro.

Ejecución

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

- ❖ Continuar con la recogida y valoración de datos.
- ❖ Realizar las actividades de enfermería.
- ❖ Anotar los cuidados de enfermería; existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- ❖ Dar los informes verbales de enfermería.

- ❖ Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada de las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Evaluación

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados. La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas:

Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- ✓ Observación directa, examen físico.
- ✓ Examen de la historia clínica.
- ✓ Señales y Síntomas específicos, Observación directa, Entrevista con el paciente o Examen de la historia.

Conocimientos:

- ✓ Entrevista con el paciente o Cuestionarios (test).
- ✓ Capacidad psicomotora (habilidades) u Observación directa durante la realización de la actividad.
- ✓ Estado emocional: u Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones, o Información dada por el resto del personal.

Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- ✓ Entrevista con el paciente, o información dada por el resto del personal.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, de esta manera se pueden dar tres posibilidades a las cuales se puede llegar:

1. El paciente ha alcanzado el resultado esperado
2. El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades
3. El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.
En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.¹⁰

Durante esta etapa se decide si el plan ha sido efectivo o si es necesario hacer algún cambio. La evaluación se hace en base a los objetivos propuestos ¿se ha logrado la independencia del paciente en cada una de las necesidades básicas? ¿En qué medida? ¿Se realizaron las actividades como estaban propuestas? ¿Qué cambios hay que introducir? ¹¹

¹⁰ FES Iztacala. "Material complementario enfermería comunitaria: El proceso de atención enfermería". [citado: 6 mayo 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Alo%20Black%20Panter/Desktop/Material%20complementario%20PAE%20Iztacala.pdf>

¹¹ García Gonzales María de Jesús. Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. Editorial Progreso 2002.México pág. 19 -23.

5.- MARCO REFERENCIAL

5.1 Anatomía y Fisiología

El cáncer de recto comparte aspectos en común con el cáncer de colon y en la mayoría de las publicaciones se describen en conjunto como cáncer colorrectal, el cáncer de recto tiene características muy particulares, como son su localización anatómica, el hecho de ser parcialmente extra peritoneal, su drenaje linfático y su comportamiento biológico, que lo hacen diferente, por lo que requiere un manejo diagnóstico y terapéutico distinto.¹²

Es por esta razón que se valora la relevancia de ser incluyentes dentro de la anatomía y fisiología desde el colon normal hasta el recto en condiciones normales y patológicas.

Colon normal

El tubo intestinal se forma durante las primeras semanas del desarrollo embriológico. Hacia fines del primer mes, se extiende desde el estómago hasta la cloaca y a partir de la quinta semana, presenta alargamiento rápido. El pedículo vitelino, que comunica al intestino primitivo (intraembrionario) con el saco vitelino (extraembrionario), es el punto de orientación y referencia que permite establecer, por un lado, la configuración definitiva del tracto intestinal y por el otro, el límite del asa intestinal primitiva entre ramas cefálica y caudal. De la rama cefálica se originan el duodeno, el yeyuno y la porción superior del íleon, mientras que, de la rama caudal, la porción final del íleon y todo el colon.

El colon corresponde a la porción distal de tubo digestivo, mide de 120 a 150 cm y se extiende desde la válvula ileocecal hasta el canal anal; se dirige de la fosa iliaca derecha a la pelvis menor, y describe una curva grande que rodea el intestino delgado. Se reconocen seis segmentos en sentido proximal-distal: ciego, colon ascendente, colon transverso, colon descendente, colon iliaco, asas sigmoideas o sigmoides y recto. **(figura.1)**

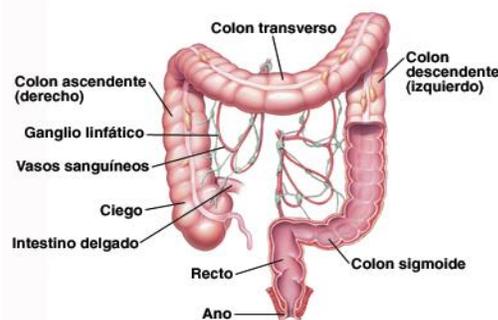


Figura 1. Anatomía del colon.

Fuente: <https://mychart.geisinger.org/Staywel/html/Inpatient/3,88522.html>

¹² Parra, J, Mata, J, Gotera, et al 2012, Op cit, pág. 160

Desde el punto de vista anatómico, el colon ascendente está limitado del colon transverso por la flexura o ángulo hepático, mientras que el colon transverso se continúa con el colon descendente, a través de la flexura o ángulo esplénico.

El intestino grueso, por consideraciones patológicas, se ha dividido en dos porciones esquemáticas: a) el colon derecho, que comprende el ciego, el colon ascendente, el ángulo hepático y la mitad derecha del colon transverso; b) el colon izquierdo constituido por la mitad izquierda del colon transverso, el ángulo esplénico, el colon descendente, el sigmoides y el recto.

Se extiende de la fosa iliaca derecha hasta la altura de la tercera vértebra sacra. En su trayecto describe una especie de cuadro que enmarca al yeyuno íleon y cuya longitud total varía de 1.50 a 1.80 m. Se ha dicho que, en el adulto sano, la longitud del colon es aproximadamente igual a la talla del individuo. Su diámetro disminuye gradualmente en sentido distal; al inicio mide unos 8.5 cm y termina en 2.5 cm aproximadamente.

Configuración externa y relaciones

El colon consiste, igual que el yeyuno íleon, en un tubo revestido por serosa peritoneal que, además de poseer un diámetro más grande, presenta las siguientes diferencias con respecto a aquel.

1. Está recorrido longitudinalmente por tres bandas de poco menos de 1 cm de anchura, llamadas *tenias del colon*.
2. El segmento comprendido entre cada dos tenias presenta surcos perpendiculares a su longitud más o menos equidistante que limitan entre sí porciones dilatadas que le dan un aspecto “abollonado” y a las que se llama *haustros*.
3. La serosa que le reviste presenta, a manera de “colgijes” una serie de pelotones o bandas de tejido graso llamadas apéndices *epiploicos y omentales*.

Ciego

El ciego es un fondo de saco irregularmente cuboide, de aproximadamente 8.5 cm de diámetro por 6.5 cm de altura. La porción inicial del colon, caudal a la desembocadura del íleon; la parte terminal de este llega un poco ascendente a la cara medial del ciego y con él forma un ángulo agudo de apertura caudomedial llamado ángulo ileocecal.

Del ciego se desprende una prolongación tubular, cuya forma recuerda a la del gusano, por lo que recibe el nombre de *apéndice vermiforme*.

Apéndice vermiforme

Es un tubo cilíndrico y liso de longitud muy variable; los hay cortos, de apenas 3 cm, y los hay extremadamente largos, de más de 20 cm. Su diámetro mide de 6 a 8 mm tanto más flexuoso cuando más largo sea; su dirección es igualmente variable. Por lo común se halla “inmerso” entre las asas intestinales. **(figura. 2)**

A menudo se encuentra adosado a las caras posteriores del ciego y colon, razón por la cual se llama *retrocecal* (es importante conocerlo por las dificultades que presenta durante la apendicetomía).

Colon ascendente

Este tramo de colon continua sin límites visibles hacia el extremo craneal del ciego; conforme asciende se torna un poco más dorsal. Su longitud media es de unos 20 cm. En el colon ascendente, las tenias se encuentran perfectamente diferenciadas; una recorre la línea media de la cara anterior; de las otras dos, una de ellas es dorso medial y el otro dorso lateral.

La *cara medial* del colon ascendente se relaciona con las asas del intestino delgado, mientras que es su extremo craneal se relación con la porción descendente del duodeno.

La *cara lateral* del colon ascendente se relaciona con la pared abdominal –formada caudalmente por el transverso y cranealmente por el diafragma; con ella constituye un ángulo diedro llamado *surco paracólico* (parietocólico) derecho, que puede ser ocupado por las asas intestinales.

La *cara posterior* se relaciona con la fascia iliaca y, más cranealmente, hasta alcanzar la porción caudal de la cara anterior del riñón derecho, con el músculo cuadrado lumbar. Salvo ésta, las demás caras están revestidas por peritoneo y, por lo tanto, las relaciones descritas se efectúan por intermedio de él.

Colon transverso

El colon transverso es de longitud muy variable (de 40 a 50 cm) y continua al colon ascendente, con el que forma la flexura cólica derecha. Se dirige hacia la izquierda aplicando a la pared abdominal posterior, a la que abandona cuando alcanza la aorta; después se aleja de ella y se dirige, describiendo una concavidad dorsocraneal, hacia arriba y a la izquierda hasta alcanzar la base del bazo. Ahí, forma, al continuarse con el colon descendente, la flexura cólica izquierda.

En el colon transverso, la tenia ventral se hace caudal pero continua libre, el dorso lateral se torna craneal y se corresponde al omento mayor, motivo por el cual recibe el nombre de *tenia omental*. La tenia que en el colon ascendente era dorsomedial, se vuelve dorsocraneal en el transverso y se corresponde con el mesocolón, por lo que se llama *tenia mesocólica*. En el colon transverso, los haustrs alcanzan su mayor profundidad y los apéndices epiploicos se disponen en una sola hilera, siguiendo a la tenia omental. Algunos de estos últimos se confunden parcialmente con el omento mayor.

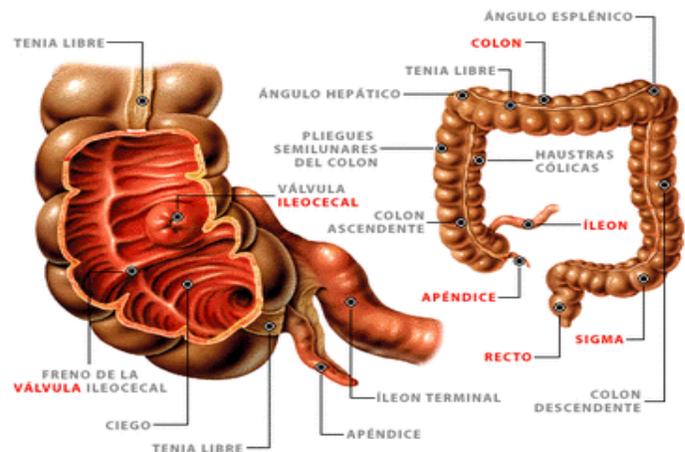


Figura 2. Anatomía del ciego y apéndice vermiforme.

Fuente: <http://vitruvioidigestivo.weebly.com/intestino-grueso.html>

La *flexura cólica derecha* forma un ángulo de apertura caudomedioventral, que adopta una posición dorsocaudal al hígado, ventral al riñón derecho, lateral al duodeno y medial al diafragma; generalmente se une con este último mediante un ligamento llamado frenocólico derecho.

La *porción proximal* o fija del colon transverso, que se extiende de la flexura hasta donde se cruza con la arteria mesentérica superior, se relaciona, ventral y cranealmente, con la superficie caudal del hígado y la vesícula biliar, a la que puede unirse con el ligamento hepatocólico. Su cara inferior se halla en relación con a las asas del intestino delgado. La *cara posterior* cruza, de derecha a izquierda a la posición caudomedial del riñón derecho, la porción descendente del duodeno y la cabeza del páncreas.

La *porción distal* o móvil, mucho más extensa, describe, en forma variable, una concavidad craneal que generalmente se relaciona con la curvatura mayor del estómago. Su cara anterior está cubierta por el omento mayor, por medio del cual se relaciona con la pared abdominal, en tanto que su cara inferior se relaciona con las flexuras del intestino delgado.

En la cara posterior de esta porción se inserta un meso, de anchura variable, cuya raíz se dirige a la izquierda y arriba, cruzando arriba cruzando a la cabeza páncreas y pasado craneal al ángulo duodenoyeyunal; sigue el borde inferior del cuerpo del páncreas y alcanza la cara anterior del riñón izquierdo.

En esa parte el mesocolón transverso es ya muy corto; así que el colon se relaciona directamente con el riñón; desde aquí se continúa con el colon descendente, formando la flexura izquierda (ángulo esplénico).

La *flexura cólica izquierda*, más alta, más profunda y más aguda, pero menos móvil que la derecha, se une al diafragma mediante el ligamento frenocólico izquierdo. En este ligamento y en la cina de la flexura se apoya el bazo. La flexura cólica izquierda se coloca en un plano casi parasagital (es decir, la rama del colon transverso es ventral y la del descendente, dorsal) y queda situada entre el estómago, por adelante, en tanto que el riñón y el diafragma quedan por detrás. Lateralmente, dicha flexura se aplica al plano costal, que, en el nivel de la línea axilar media, corresponde a la costilla decima o undécima.

Colon descendente

El colon descendente, situado más profundamente que el ascendente, se extiende de la flexura cólica izquierda hasta un plano convencional, tangente a la cresta iliaca, en cuyo lugar se continua con el colon sigmoide, después desciende casi verticalmente aplicado a la pared dorso lateral del abdomen, Su longitud, muy variable, es como término medio de 20 cm; su diámetro mide aproximadamente 3 cm. Las tenias, es su porción proximal, están bien diferenciadas: una ventral y dos posterolaterales, las cuales, conforme desciende esta parte del colon, se tornan menos nítidas.

Los apéndices epiploicos se disponen en dos hileras adyacentes a la tenia libre y a la mesocólica.

El colon descendente se relaciona, por sus caras anterior y medial, con las flexuras del intestino delgado; su cara lateral forma, junto con la pared abdominal, el receso para cólico izquierdo, y su cara posterior se aplica en la porción craneal al canal formado por el riñón y el diafragma. Caudal a éstos, el colón descendente se relaciona con los músculos cuadrado lumbar y transversos.

Colon sigmoide

El colon sigmoide también se le conoció con el nombre de *colon iliopélvico* ya que tiene dos porciones que se comportan de diferente manera una *iliaca o fija*, de 15 a 18 cm, que se extiende del plano crestileo al borde medial del psoas, musculo al que esta aplicado en toda su extensión por su cara dorsal; y otra *pélvica o móvil* que cuanta con un meso que le permite amplia movilidad. Este segmento de longitud variable, alcanza de 10 a 40 cm y termina a la altura de la tercera vértebra sacra, continuándose ahí con el recto.

Recto

El recto es la parte del intestino grueso que continua al colon, se extiende, en sentido distal, hasta la fascia del elevador del ano , donde se continua con el canal (conducto) anal recibe su nombre a su trayecto casi rectilíneo .¹³

No existe una definición anatómica uniformemente aceptada para el recto. Con frecuencia se considera que comienza en los últimos 15 cm del intestino grueso; que es donde suelen detectarse cambios en la musculatura de la pared del intestino grueso y donde se convierte en un órgano retroperitoneal. Sin embargo, a la hora de planificar la estrategia terapéutica de los tumores que asienten en esta zona, se entiendo por “recto” la zona de intestino grueso localizada por debajo del pliegue peritoneal, lo que se sitúa en los últimos 12-15 cm, dependiendo de las personas y existe un amplio consenso para aceptar que el recto termina en la línea pectínea a 1.2 cm por debajo del anillo anorrectal.

El recto puede dividirse en tres partes en función de la localización de las válvulas de Houston: tercio inferior, situado entre 3-5 cm. No obstante, cabe tener en cuenta que existe cierta variabilidad interpersonal en la localización de estas válvulas, que pueden oscilar entre 1-2 cm.

Con mayores especificaciones se encuentra situado en la pared posterior de la excavación pélvica, siguiendo muy de cerca la concavidad sacra; se inicia a la altura de la tercera vértebra sacra, donde termina mesosigmoide, y termina casi frente al vértice del cóccix. Su longitud varía de 12 a 15 cm. El diámetro en su parte media (o ampolla rectal) de 4 a 6 cm en sentido transversal, entonces es aplanado sagitalmente y sus paredes anterior y posterior contactan entre sí. En estado de repleción puede alcanzar hasta 8 cm de diámetro. **(figura. 3)**

¹³ Palacios B. Eduardo Blanco. “Tratamiento Neoadyuvante en el cáncer de recto: comparación de esquemas de radio quimioterapia”. Tesis doctoral, Hospital Universitario San Cecilio de Granada 16 de mayo de 2011 [citado 20 junio 2018] Disponible en: <file:///C:/Users/Alo%20Black%20Panter/Desktop/tX%20NEOADYUVANTE%20CA%20RECTO%20UNIVERSIDAD%20DE%20GRANADA.pdf>

La irrigación se debe a la arteria rectal superior, considerada terminal de la mesentérica inferior, llega al recto por la porción terminal de la mesosigmoide, ahí generalmente se divide en dos ramas, una derecha y otra izquierda, con numerosas anastomosis (transversales) entre sí, irrigan la mayor parte de este órgano.

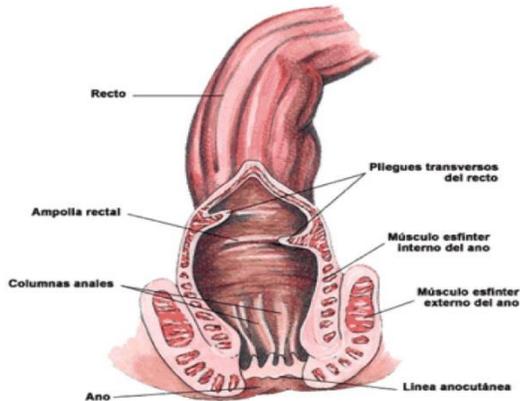


Figura 3 Anatomía de recto y ano

Fuente: <http://www.anatomiahumana.ucv.cl/efi/esplac/recto.gif>

De forma accesoria el recto recibe por su cara posterior ramos pequeños que provienen de la arteria sacra medial, por su cara lateral, a través de los pliegues rectouterinios y rectovesicales, también recibe ramificaciones de la arteria rectal medial, que proceden de la iliaca interna o de una de sus ramas viscerales; en su porción más caudal, cerca del canal anal, una pequeña zona es irrigada por ramitas de la arteria rectal inferior. El drenaje venoso desde el colon y recto superior es vía circulación portal; mientras que es recto distal drena a la circulación portal y a la vena cava inferior, esto tiene una implicación clínica clave; ya que, por lo tanto, neoplasias del recto distal pueden metastatizar al pulmón más fácilmente que las neoplasias proximales, cuyo primer punto de metástasis en el hígado ¹⁴ (figura.4)

neoplasias proximales, cuyo primer punto de metástasis en el hígado ¹⁴ (figura.4)

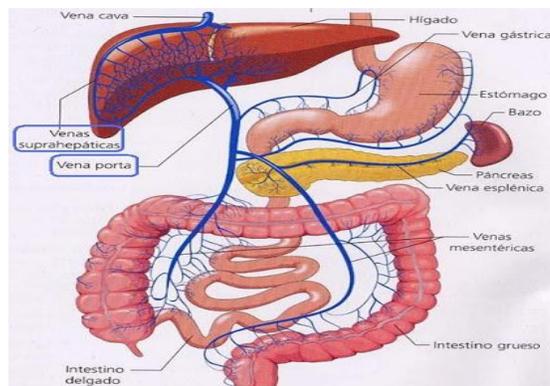


Figura 4. Drenaje venoso del colon y recto.

Fuente: <http://sistemaporta.blogspot.com/2015/>

Un rico plexo venoso submucoso forma troncos que en la porción craneal drenan en las venas rectales superiores, que a su vez se originan a la mesentérica inferior.

También hay en el recto venas rectales mediales, acompañantes de sus arterias homónimas, que fluyen hacia la vena hipogástrica después de formar un plexo perimuscular craneal al diafragma pélvico. Por último, en la porción caudal se unen a las venas de la canal anal.

¹⁴ Palacios B. Eduardo Blanco, 2011 *Ibidem* pág. 15

Las venas rectales superiores carecen de válvulas y gracias a los aumentos de presión, frecuentes sobre todo en la mujer durante el embarazo; éstas se dilatan patológicamente de tal manera que constituyen las llamadas *hemorroides internas*.

La anastomosis entre las venas rectales superior e inferior forma una importante comunicación entre los sistemas venosos de la porta y de la cava.

Adyacentes a la musculatura rectal se encuentran varios linfonodos pararectales. La linfa que en estos ha hecho relevo drena, en última instancia siguiendo el mismo camino que la circulación venosa; la porción craneal, hacia los linfonodos mesentéricos interiores; la porción media, hacia los linfonodos sacros e iliacos; y la porción caudal se hunde al del canal anal.

Los nervios del recto proceden de los plexos rectales superior y medio, los que a su vez lo hacen del mesentérico inferior y del hipogástrico inferior, respectivamente.¹⁵

El colon descendente y el recto reciben inervación parasimpática por los nervios viscerales pélvico y simpático, y por los plexos mesentéricos inferiores y hemorroidales.

El drenaje linfático se realiza a través de vasos linfáticos que siguen el trayecto de los vasos sanguíneos

5.2 Cáncer de Recto: epidemiología

Panorama mundial de cáncer de colon y recto

Según los datos de Globocan del año 2012 más de 65% de los nuevos casos ocurrieron en países con niveles altos o muy altos de desarrollo humano; casi la mitad de los nuevos casos estimados ocurrieron en Europa y las Américas; siendo ahora el tercero más común en las áreas con alto desarrollo humano con altas tasas de incidencia registradas en los hombres de Europa Central (Eslovaquia, Hungría, la República Checa), así como República de Corea. Por el momento es una enfermedad de los países desarrollados, sin embargo, se está observando su aumento en su incidencia y mortalidad en los países que están en transición hacia los niveles más altos de desarrollo, mientras que se prevé que en los países de altos ingresos se estabilice e incluso empiece a disminuir debido a las acciones ya instauradas para su control.

En el continente americano, la prevalencia es más elevada en países con mayor desarrollo humano como Canadá, Uruguay y Estados Unidos.¹⁶

¹⁵ Rogelio F. Santoyo, Salvador De Lara Galindo. "Corpus Anatomía Humana General". Volumen II. Editorial Trillas. Pág. 915 -936.

¹⁶ World Health Organization (WHO). GLOBOCAN 2012. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.[citado 12 de septiembre 2018] Disponible en :publications.iarc.fr/Databases/Iarc-Cancerbases/GLOBOCAN-2012-Estimated-Cancer-Incidence-Mortality-And-Prevalence-Worldwide-In-2012-V1.0-2012

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública, sólo 1 de cada 5 casos tiene antecedentes hereditarios, los hábitos de vida poco saludables se consideran importantes factores de riesgo.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Cancerología, el cáncer de colon y recto es el cuarto más frecuente en México. Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) este tipo de cáncer es la causa de alrededor de 700 mil muertes en el mundo cada año, cifra que representan casi 10% de los 8 millones de vidas que cobran todas las modalidades de cáncer.

El cáncer de colon es una enfermedad que se desarrolla debido al crecimiento descontrolado de células en cualquiera de las cuatro porciones del colon o en el recto. De acuerdo con el Instituto de Salud Pública, 95% de los casos de cáncer colon-rectal comienza en las glándulas productoras de mucosa encargada de proteger el interior del colon y el recto.

De acuerdo con el Instituto de Salud Pública y el Instituto Nacional de Cancerología, el cáncer de colon es una enfermedad silenciosa, los síntomas suelen presentarse en etapas avanzadas

El 90 % de los casos se presentan en mayores de 50 años y la relación de hombre mujer es de 1:1 en donde se identifican los principales factores de riesgo encontrando que los factores dietéticos tienen un papel importante, sin olvidar los factores genéticos, que ocupan un 30 % de los casos.

El tratamiento es multidisciplinario y la cirugía es fundamental para el control local, preservar el tránsito intestinal y mantener la función esfinteriana. Entre el 60 y 70 % de los casos, al diagnóstico se presenta como enfermedad localizada y la cirugía se realiza con fines curativos, logrando así, una supervivencia de 75 a 90 % a cinco años; sin embargo, la presencia de metástasis ganglionares disminuye la supervivencia entre 40 y 50 %, por lo que el tratamiento adyuvante tendrá mayor impacto para el pronóstico.

5.3 Etiología

Con base a las características clínicas, epidemiológicas y genéticas se distinguen los siguientes tipos: a) esporádico, b) familiar, c) hereditario y d) asociado a enfermedades inflamatorias (colitis ulcerosa crónica idiopática)

Cabe mencionar que la mayoría de los estudios sugieren como principal factor etiológico el factor dietético; que éste es responsable de los casos esporádicos y representa un 70 a 80 %.

Será también el consumo de grasas el que favorezca la promoción de la carcinogénesis con relevancia el tipo de grasa y la calidad de esta; están descritos otros factores dietéticos como la ingesta de fibras, calcio, vitamina C y E, selenio y antiinflamatorios no esteroideos como reductores de riesgo de padecer la enfermedad. La obesidad, el consumo de alcohol y tabaco incrementan considerablemente el riesgo.

El cáncer hereditario que corresponde de un 10 a 15 % de los casos tiene dos grupos; el relacionado con pólipos (como los pólipos adenomatoso familiar y los síndromes de poliposis

hamartomatosa como el de Cowden y sus variantes, el de Bannayan-Riley –Rubalcaba, el de poliposis juvenil y el de Peutz-Jeghers) y el síndrome no polipósico (síndrome de Lynch) transmitido de forma autosómica dominante; este corresponde del 2 al 4 % de las neoplasias colorrectales.

Será de suma importancia que sean valorados los familiares de primer grado ya que incrementa de 4 a 5 veces la predisposición hereditaria que se relaciona con polimorfismos proteicos de los cuales el más conocido es del gen APC que se caracteriza por tener una región hipermutable y solo se encuentra en los judíos Askenazi este se presenta en un 6 % de la población en general y corresponde hasta un 28 % de los casos de carcinoma colorrectal.

La enfermedad inflamatoria intestinal también predispone al cáncer colorrectal y la colitis ulcerosa crónica idiopática incrementa 20 veces más en la población general; en la enfermedad de Crohn el riesgo es tres veces mayor, se mencionan otros factores como la radioterapia pélvica, el consumo de alcohol y algunas infecciones parasitarias entre ellas está la schistosomiasis.

5.4 Prevención

Se considera de suma importancia la modificación de los hábitos dietéticos disminuyendo el consumo de grasas en incrementado considerablemente el consumo de agua, fibras, frutas y verduras, así como la realización de actividad física aeróbica, de las personas que tienen algún padecimiento polipósico que este sea tratado con polipectomía, colectomía total o proctocolectomía; se dice que el uso de suplementos que contienen calcio, vitamina D o antiinflamatorios como el ácido acetilsalicílico o celecoxib han demostrado la reducción de riesgo en pacientes con adenomas.

5.5 Aspecto macroscópico y tipos histológicos

Las neoplasias colorrectales se clasifican según su aspecto macroscópico, el tipo histológico, el nivel de invasión, el mecanismo de carcinogénesis involucrado; este análisis permitirá tener una mayor precisión del pronóstico.

Los carcinomas pueden ser: 1) exofítico/fungante, con crecimiento más voluminoso de la neoplasia hacia la luz intestinal; 2) endofítico/ulcerado, con crecimiento de la neoplasia al espesor de la pared intestinal; 3) infiltrante difuso (linitis plástica), con crecimiento endofítico poco aparente y 4) anular, con afección de toda la circunferencia de la pared intestinal y constricción de la luz intestinal.

Tipo histológico

Dentro de la clasificación más aceptada es la manejada por la OMS es la siguiente:

Neoplasias epiteliales

- ❖ Adenoma: tubular, vellosa, tubulovellosa y serrada.
- ❖ Adenocarcinoma (95 a 98 %): adenocarcinoma usual, adenocarcinoma mucinoso, carcinoma de células de anillo de sello, carcinoma de células pequeñas, carcinoma epidermoide, carcinoma adenoescamoso, carcinoma medular, carcinoma indiferenciado.
- ❖ Carcinoide (neoplasia neuroendocrina bien diferenciada).

Neoplasias no epiteliales: lipoma, leiomioma, tumor del estroma gastrointestinal, leiomioma, angiosarcoma, sarcoma de Kaposi, melanoma.

Nivel de invasión El carcinoma incipiente o temprano se define como aquel que se extiende en la mucosa y submucosa, se presenta de manera excepcional con metástasis ganglionar y puede ser de tres tipos I) polipoide o exofítico; II) plano y III excavado. El tipo II o plano se subdivide a su vez en: IIa) plano elevado; IIb) plano propiamente dicho y IIc) plano deprimido. Los tipos II y III son los más frecuentes.

El carcinoma avanzado es aquel que se extiende más allá de la capa muscular propia, subserosa, serosa y tiene infiltración a órganos adyacentes.

5.6 Mecanismo de carcinogénesis

El modelo de carcinogénesis del cáncer colorrectal se ha establecido una secuencia de los cambios genéticos correlacionadas con etapas específicas de la progresión tumoral. **(figura.5)**

Los sistemas de control de proliferación celular afectados en la carcinogénesis son: las rutas de transducción de señales mitogénicas, el ciclo celular y la apoptosis, entre otros.

Dos grandes síndromes, como la poliposis colónica y en cáncer colorrectal hereditario no polipósico representan el 10-15% de los CCR hereditarios; el 85-90 % restante es de tipo esporádico y gracias a los estudios de genética molecular realizados en los dos primeros, se ha podido establecer un modelo genético extensible para los casos esporádicos. ¹⁷

¹⁷ Palacios B. Eduardo Blanco, 2011, Op cit., pág. 20

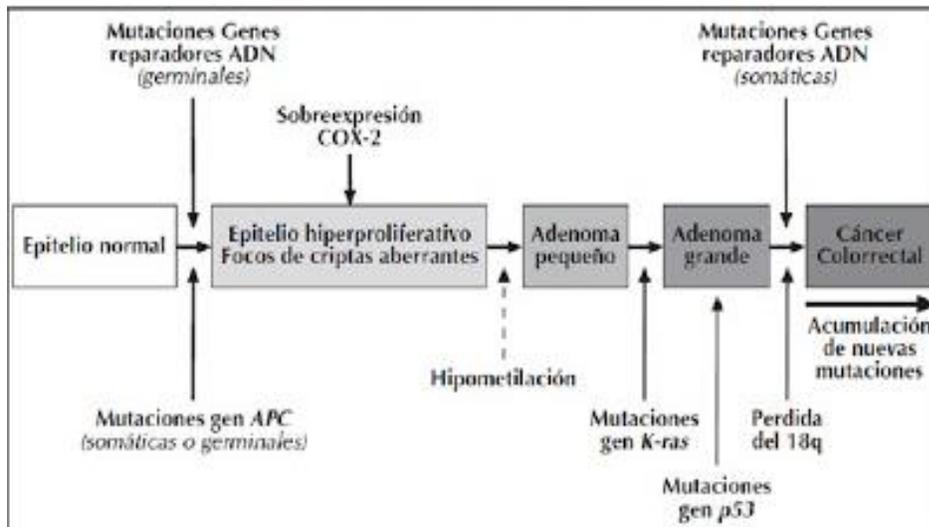


Figura 5. Modelo de carcinogénesis secuencial de cáncer colorrectal.

Fuente:

<http://cancercolonyrecto.blogspot.com/2009/04/carcinogenesis.html>

El modelo más conocido es el de Vogelstein, que basa su origen y desarrollo del carcinoma colorrectal a partir del adenoma.

Los mecanismos de carcinogénesis pueden estar relacionados con diversas alteraciones genéticas y por lo tanto dar lugar a tres grupos de carcinomas:

1. Asociados a la inestabilidad cromosómica (mutaciones, pérdidas alélicas, pérdida de la heterocigocidad, amplificaciones cromosómicas, y translocaciones este es el caso de la mayoría de los carcinomas esporádicos y de los carcinomas hereditarios asociados a pólipos.
2. Los asociados con inestabilidad intragénica o microsatelital (microsatélites hMLH1 y hMLH2) como el 15 % de los carcinomas hereditarios con pólipos.
3. Los combinados. **(figura.6)**

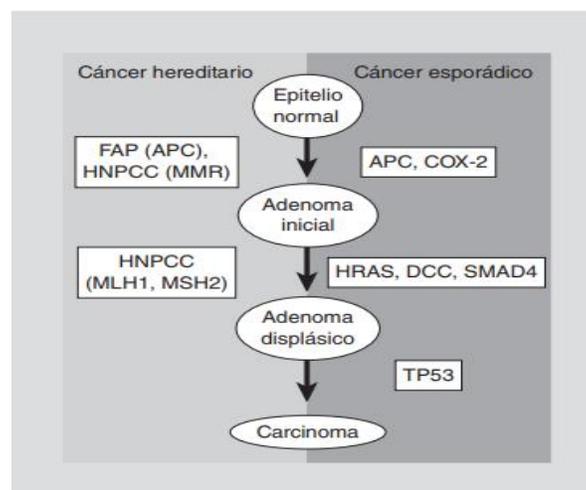


Figura 6. Modelo genético de CCR (adaptado de Fearon y Vogelstein).

Fuente: https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM_150_2014_2_154-164.pdf

5.7 Cuadro clínico

En la enfermedad localizada (60 a 70 % de los casos) los tumores invaden la pared del colon, cruzan la serosa e invaden órganos adyacentes; en el 30 % de los casos los tumores se localizan en la porción derecha del colon, cursan asintomáticos hasta que su crecimiento alcanza grandes dimensiones y se manifiestan con heces líquidas, dolor abdominal difuso, masa palpable, fatiga, pérdida de peso y síndrome anémico.

Un 60 % se localiza en la porción izquierda de colon se manifiesta con obstrucción intestinal, dolor cólico, disminución en el calibre de las heces y hematoquecia.

Del 10 al 20 % se localiza en el recto, se presenta síntomas obstructivos, disminución del calibre de las heces y al tacto rectal se presenta un tumor palpable.

Existe también la población de pacientes asintomáticos quienes generalmente cursan con enfermedad avanzada y por ende tienen peor pronóstico; así como aquellos con obstrucción o perforación en donde el tratamiento requiere de adyuvancia.

De un 40 a 70 % de la población presenta enfermedad ganglionar, este caso es diagnosticado en la resección; se consideran ganglios regionales adyacentes al colon, arteria marginal, arcadas vasculares y vasos principales; en estos pacientes la enfermedad localmente avanzada se manifiesta con pérdida de peso, fatiga y anemia.

En cuanto a metástasis a distancia del cáncer de colon; éstas generalmente son a hígado con un 40 a 60 %, la cavidad peritoneal con un 30 a 40 % y un 30 % en el pulmón y con un porcentaje menor las suprarrenales, ovarios y hueso.

Para los tumores de recto las metástasis a distancia son más frecuentes a pulmón por diseminación a través de la vena cava inferior, a diferencia del colon que lo hace por la vena porta.¹⁸

5.8 Diagnóstico

Para el diagnóstico del cáncer de recto es necesario realizar primero historia clínica completa con un examen físico detallado con tacto rectal, realizar estudios de laboratorio como biometría hemática completa con pruebas de función renal y hepática, antígeno carcinoembrionario, radiografía de tórax, así como tomografía computarizada, resonancia magnética nuclear y ultrasonido endorrectal.

La colonoscopia es el estudio diagnóstico de elección ya que visualiza por completo el colon y el recto, permite tomar biopsias para su confirmación histopatológica y en su caso para la

¹⁸ Herrera G. A; Namendys S. S; et. al. "Manual de Oncología, Procedimientos Médico Quirúrgicos: cáncer colorrectal". Editorial MC Graw Hill. Capítulo 51 pág. 342-345

resección de pólipos; así como descartar tumores sincrónicos o multicéntricos; se deberá efectuar la rectosigmoidoscopia rígida para evaluar la distancia entre el límite del tumor y el margen anal ya que esto permitirá planear mejor el tratamiento quirúrgico.

La etapa histopatológica representara el principal factor pronóstico para los pacientes con cáncer rectal, el sistema TNM (tumor-nódulo-metástasis) es más usado para estadificar el cáncer de colon y recto.

Según la American Joint Committe on Cancer (AJCC) Se basa en la profundidad de la invasión local, extensión o involucro a ganglios linfáticos y presencia de metástasis a distancia de la enfermedad. La supervivencia a cinco años varía de 90% en las primeras etapas a menos de 10% en la etapa IV. El simple examen físico detallado puede ayudar de inicio a la estadificación del cáncer rectal, aunque en etapas muy tempranas de la enfermedad los pacientes se encuentran generalmente asintomáticos y en etapas más avanzadas la sintomatología pudiera orientar hacia la progresión de la enfermedad, de tal forma, el sangrado transrectal, la disminución o el cambio en el calibre de las heces o el tenesmo reflejan generalmente una etapa más avanzada.

El tacto rectal se debe realizar de rutina para valorar la fijación o involucro del complejo esfinteriano, la distancia del anillo anorrectal e incluso el tamaño del tumor y sus características. Aun así, el tacto rectal no es un método confiable de estadificación, ya que tiene una precisión predictiva de la etapa de cerca de 60%.

Ultrasonido transrectal

El método diagnóstico más utilizado para realizar la estadificación inicial es el ultrasonido transrectal de 360 °, cuya sensibilidad y especificidad son diferente de acuerdo con el grado de profundidad: 94 y 84%, respectivamente, para cánceres con invasión a la muscular y 94 y 69%, respectivamente, para invasión a tejido perirrectal. Se considera el método ideal pero solo en etapas tempranas de la enfermedad, ya que en etapas avanzadas o en cierto tipo de tumores donde se encuentra mayor reacción del tejido analizado se puede sobrevalorar la etapa.

Una limitante corresponde a la realización del estudio en rectos previamente radiados ya que esto imposibilita la obtención de imágenes transversales

Cuando se detectan ganglios linfáticos detectados por ultrasonido transrectal mayores a 0.5 cm tendrán una probabilidad de ser metastáticos, en contraste con aquellos menores de 4 mm que presentan una posibilidad de solo 20%. La eficacia del ultrasonido transrectal para identificar involucro metastático a ganglios perirrectales es de aproximadamente 70 a 75%.

Resonancia magnética

La resonancia magnética nuclear tiene ventajas sobre otros métodos diagnósticos: comparada con el ultrasonido transrectal, permite mayor visualización de estructuras, depende menos del operador y, a diferencia del ultrasonido transrectal, permite valorar tumores estenóticos. La RM puede ser útil para evaluar el involucro a ganglios meso rectales ya que, debido a diferentes criterios, como contorno y homogeneidad, pueden predecir metástasis a ganglios linfáticos. Otra

ventaja que ofrece la resonancia magnética nuclear es que puede identificar metástasis ganglionares no incluidas en la pieza quirúrgica; a pesar de ello, la eficacia para identificar ganglios perirectales involucrados es baja, con una sensibilidad de 64 y una especificidad de 58%, con una precisión de 60 a 70% en la estadificación a ganglios.

Tomografía axial computarizada

La eficacia de la TAC para estadificar el Ca, rectal se observa que es menor a la comparación con el ultrasonido transrectal y la resonancia magnética nuclear, principalmente por su imposibilidad para distinguir las distintas capas de la pared rectal, así como tejidos blandos. Toma importancia al evaluar, el involucro de tumores rectales superiores a estructuras pélvicas. La tomografía axial computarizada tiene una sensibilidad para estadificar tumores locales de recto.

No se considera un método para evaluar el compromiso de los ganglios linfáticos. También se realiza de forma rutinaria con contraste oral e intravenoso para detectar metástasis a distancia y se considera el estándar de oro tiene mayor precisión para detectar metástasis en hígado y pulmón.¹⁹

La rectosigmoidoscopia rígida se utiliza para evaluar la distancia entre el límite distal del tumor y el margen anal; con esta información permitirá evaluar con claridad el tratamiento quirúrgico.

Las pruebas moleculares para buscar mutaciones en el oncogén *K-ras* en células que se desprenden de la superficie del adenoma temprano y que se pueden obtener por materia fecal; estas pruebas han demostrado ser altamente específicas y sensible, y entre ella se incluyen pruebas de inmunohistoquímica fecal y el panel de DNA fecal.²⁰

5.9 Marcadores tumorales cáncer colorrectal

Un marcador tumoral se puede definir como un componente que es identificable y es secretado por la célula tumoral; la presencia de un marcador tumoral en cuantías supra – fisiológicas indica la presencia de enfermedad neoplásica; siendo estos potencialmente útiles en el cribaje para el diagnóstico precoz (marcadores diagnósticos); la determinación del pronóstico (marcadores pronósticos), la predicción de la eficacia del tratamiento (marcadores de seguimiento); el control clínico tras la cirugía primaria del tumor; la monitorización del tratamiento de la enfermedad avanzada y dentro del objetivo de la determinación de marcadores tumorales será la obtención de resultados clínicos favorables que permita aumentar el periodo libre de enfermedad, incrementar la sobrevida y la mejoría en la calidad de vida.

¹⁹ Decanini T. C; González A. J; et al. "Cáncer de recto. Diagnóstico, estadificación y tratamiento Curso de Postgrado de Cirugía Endoscópica". sede American British Cowdray Medical Center, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F. Volumen 79, No. 5, septiembre-octubre 2011. [Citado 8 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66221420015.pdf>

²⁰ Herrera. G. A; 2017, Op cit. Cap. 51 Cáncer de colon y recto. Pág. 346.346

Dentro del estadiaje de la enfermedad para su diagnóstico esta la determinado por el tamaño tumoral, el grado de diferenciación citológica y la afectación ganglionar; estos datos constituirán el indicador pronóstico más utilizado en los pacientes con cáncer colorrectal; sin embargo también se recurre complementariamente a la valoración de los marcadores tumorales que son determinados tanto en tejido tumoral como en sangre periférica; el valor pronostico radicara en la relación que se establece con el tamaño tumoral o con la presencia de metástasis a distancia.

Los marcadores establecidos por las diferentes guías oncológicas proponen el estudio de la sangre oculta en heces para el diagnóstico precoz en personas mayores de 50 años; la determinación de antígeno carcinoembrionario en el seguimiento postoperatorio de pacientes subsidiarios de quimioterapia sistémica o resecciones quirúrgicas, la inestabilidad de los microsatélites para identificar aquellas personas que deben realizarse estudio genético de MLH1, MSH, MSH& , PMS2 para identificar el cáncer colorrectal hereditario no polipósico, la mutación de APC en el diagnóstico de la poliposis adenomatosa familiar.

La determinación más empleada es la sangre oculta en heces, mediante el test de guayaco o bien mediante los testo inmunofenológicos, de acuerdo con la NCCN la cuantificación de la sangre oculta en heces debe realizarse en tres muestras sucesivas obtenidas durante la complementación de una dieta preestablecida.

Dado que la sensibilidad y la especificidad de la sangre oculta en heces son respectivamente del 40 -80 % y del 70% de las diferentes investigaciones se han centrado en la determinación fecal de ciertos genes mutados en las fases tempranas de la enfermedad neoplásica. Dichos genes tales como: K-ras, TP53, APC, L-DNA, BAT-26, genes metitaldos específicos de la inestabilidad de los microsatélites, alcanzan una especificidad del 95 % y una sensibilidad del 60-90%.

También se ha llevado a cabo la determinación del DNA fecal para cuantificar los valores de diferentes microRNAs en heces como la sobreexpresión de miR-21 y de miR-106^a las lesiones neoplásicas colorrectales y la hipermetilación del promotor de miR-34b en heces, presente hasta en un 75 % de los pacientes con cáncer colorrectal con correlación con el estadio tumoral.

Se ha evidenciado en heces la sobre-expresión de miR-20a, miR-21, miR-92, miR-96, miR-106a, miR-203 y miR-326, y niveles bajos de miR-16, miR-125b, miR-126, miR-143, miR-144, miR-145, miR-320 y miR-484-5pcientes con cáncer colorrectal con correlación con el estadio tumoral.

Los marcadores tisulares están encaminados a establecer el pronóstico de la enfermedad neoplásica colorrectal entre los cuales se incluyen la timidilato sintetasa, enzima que es participante en la síntesis del DNA y que esta es cuantificada para determinar el pronóstico y predicción de la respuesta terapéutica por ser diana de los diferentes citotóxicos; la dihipropirimida deshidrogenasa que es enzima que participa en la metabolización del 5-fluoracilo y la timida fosforilasa que determina la respuesta terapéutica en cáncer colorrectal.

Se determina la inestabilidad de los microsatélites en beneficio a determinar el estudio de la actividad del sistema de reparación de los efectos del DNA y este se establece para conocer el

beneficio de la quimioterapia adyuvante a la cirugía en estadios iniciales del cáncer colorrectal con su relación a la respuesta terapéutica y asociación a un mejor pronóstico.

La mutación con TP53 se correlaciona con el grado de diferenciación tumoral ante el riesgo de desarrollar metástasis y con la respuesta peor al tratamiento radioterápico en las neoplasias rectales.

La pérdida de la heterocigocidad del brazo largo del cromosoma 18 ha demostrado una relación con un peor pronóstico; entre los genes localizados a este nivel se encuentran SMAD-4, SMAD-22 y el DCC que codifica un receptor involucrado en la apoptosis; en la adhesión celular y en la supresión tumoral.

Se recurre a la valoración de la ploidía para determinar el pronóstico de la enfermedad; la presencia de aneuploidía y el elevado índice de DNA se ha relacionado con una mayor recidiva tumoral y una mejor sobrevida en cáncer colorrectal estadio III, se analiza otro parámetro de la sobrevida en el cáncer colorrectal lo que constituye el análisis de proliferación, expresado por el porcentaje de células en fase S del ciclo celular.

La frecuencia de las mutaciones a nivel de K-ras se determina en función que aumenta el tamaño del adenoma y en el cáncer colorrectal se ha determinado en un 50 a 90%.

El incremento de los valores de antígeno carcinoembrionario sugiere la progresión de la enfermedad; en pacientes con metástasis hepática la evolución de los niveles del antígeno y CA 19-9 se ha relacionado con la respuesta radiológica tras quimioterapia preoperatoria con una sensibilidad y especificidad del 90 %.

Tomando en cuenta que el proceso de angiogénesis es uno de los principales procesos fisiopatológicos implicados en el pronóstico de la enfermedad se ha determinado la relación pronóstica–predictiva entre el cáncer colorrectal y la angiogénesis en conjunto con la coagulación de la fibrinólisis y del sistema plasminógeno. El factor de decrecimiento del endotelio vascular (VEGF) ha mostrado cifras elevadas de especificidad y eficacia que le confieren un papel clave en la regulación angiogénica.²¹

5.10 Vías de diseminación

Principalmente son por contigüidad, linfática y hematogena.

A través de la diseminación local o directa; infiltra diferentes capas del colon, incluso invade órganos y estructuras adyacentes como asas intestinales, vejiga, vagina, próstata. También existe una diseminación longitudinal a través del asa intestinal, aunque ésta es más tardía. Se ha descrito la diseminación por implantación; generalmente puede ocurrir en el acto quirúrgico

²¹ Menéndez S. P; Villarejo C. P; et alt. “Marcadores Tumorales en el cáncer colorrectal” Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Rev. Cirugía y cirujanos Volumen 81, No. 2, marzo-abril 2013 [citado 15 mayo 2018] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2013/cc132p.pdf>

al descamarse las células tumorales, lo cual puede provocar recidivas en la anastomosis o incluso en la propia herida quirúrgica; también se puede producir esta descamación a cavidad abdominal, lo que explicaría la presencia de metástasis ováricas en mujeres.

La diseminación linfática es importante en la hora de establecer la amplitud de la exéresis quirúrgica del segmento intestinal o los ganglios linfáticos correspondientes, Dicha diseminación se produce a través de los linfáticos intramurales o epicólicos (pared del colon), intermedio a lo largo de las arterias cólica y sigmoide, y los extramurales en los orígenes de mesentéricos superiores e inferiores en sus ramas. Habitualmente siguen un orden anatómico a través de los vasos cólicos, Alrededor del 40 % de los casos presentan afectación ganglionar al diagnóstico. **(figura.7)**

La diseminación hematogena se produce a través de los vasos de la pared colorrectar a la mesentérica inferior, y de ésta mediante el drenaje portal al hígado, órgano más frecuentemente afectado por las metástasis del cáncer de colon, y de aquí a otra localización, siendo el pulmón el segundo en frecuencia. Los tumores localizados en tercio inferior de recto drenan a cava inferior, motivo por el cual pueden dar lugar a metástasis pulmonares, óseas, cerebrales, etc., en ausencia de metástasis hepáticas.

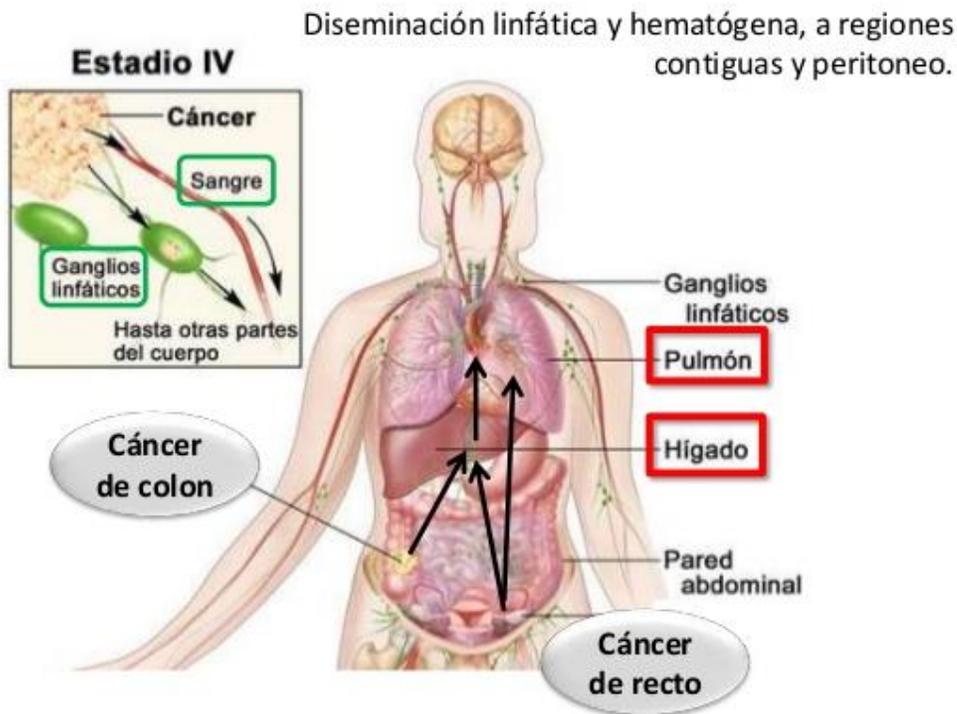


Figura 7. Vías de diseminación linfática y hematogena de CCR.

Fuente: <https://es.slideshare.net/ugcfarmacigranada/cncer-colorrectal-17635668>

La siembra peritoneal es poco frecuente, aunque de pronóstico infausto; inicialmente aparecen nódulos cerca del tumor primitivo, invadiendo en fases más avanzadas todo el peritoneo parietal, epiplón y peritoneo de vísceras vecinas; pudiendo a su vez, aparecer ascitis.²²

5.11 Estadificación

El proceso de clasificación y estadificación permiten establecer el pronóstico de la persona y plantear un mejor tratamiento. La supervivencia a 5 años en tumores que se limitan a la pared intestinal es de 85 % y los que presentan metástasis ganglionares la cifra es de un 50 %.

Dentro de los factores que influyen para determinar la supervivencia son el tipo histológico, alteraciones moleculares y los bordes quirúrgicos.

El sistema de estadificación que se emplea con más frecuencia para el cáncer colorrectal es el sistema **TNM** del *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* que se basa en tres piezas clave de información:

- ✓ La extensión (tamaño) del tumor (**T**): ¿Cuán lejos el cáncer ha crecido hacia la pared del colon o del recto? Estas capas, de la interior a la exterior, incluyen:
- ✓ El revestimiento interno (mucosa), la capa en la que comienzan casi todos los cánceres colorrectales. Esta incluye una capa muscular delgada (*muscularis mucosae*).
- ✓ El tejido fibroso que se encuentra debajo de esta capa muscular (*submucosa*).
- ✓ Una capa muscular gruesa (*muscularis propria*).
- ✓ Las capas delgadas más externas de tejido conectivo (la *subserosa* y la *serosa*) que cubren la mayor parte del colon, pero no el recto.

- ✓ La propagación a los ganglios (nódulos) linfáticos adyacentes
- ✓ La propagación (metástasis) a sitios distantes²³

La estadificación del cáncer colorrectal del sistema AJCC el cual entro vigor en enero de 2018.

²² Palacios B. E; 2011, Op cit, pág. 29

²³ American Cancer Society "Detección temprana, diagnóstico y clasificación por etapas del cáncer colorrectal" [citado 5 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html>

Etapa AJCC	Agrupamiento para establecer la etapa	Descripción de la etapa*
0	Tis N0 M0	El cáncer se encuentra en su etapa más temprana. Esta etapa también se conoce como carcinoma in situ o carcinoma intramucoso (Tis). No ha crecido más allá de la capa interna (mucosa) del colon o del recto.
I	T1 o T2 N0 M0	El cáncer ha crecido a través de la capa muscular de la mucosa (muscularis mucosae) hasta la submucosa (T1), y también es posible que haya crecido hasta la muscular propia (T2). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
IIA	T3 N0 M0	El cáncer ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto, pero no ha atravesado estas capas (T3). No ha alcanzado órganos adyacentes. No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
IIB	T4a N0 M0	El cáncer ha crecido a través de la pared del colon o del recto, pero no ha crecido hacia otros tejidos u órganos adyacentes (T4a). El cáncer aún no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a sitios distantes (M0).
IIC	T4b	El cáncer ha crecido a través de la pared del colon o del recto y está unido o crece hacia otros tejidos u órganos adyacentes (T4b). El cáncer aún no se ha propagado a los

	N0 M0	ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a sitios distantes (M0).
IIIA	T1 o T2 N1/N1c M0	El cáncer ha crecido a través de la mucosa hasta la submucosa (T1) y también es posible que haya crecido hasta la muscular propia (T2). Se propagó a entre 1 y 3 ganglios linfáticos adyacentes (N1) o hacia áreas de grasa cercanas a los ganglios linfáticos, pero no a los ganglios en sí (N1c). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	O	
	T1 N2a M0	El cáncer ha atravesado la mucosa hasta la submucosa (T1). De 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos están afectados por la propagación del cáncer (N2a). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	T3 o T4a, N1/N1c M0	El cáncer ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto (T3), o a través del peritoneo visceral (T4a), pero no ha alcanzado los órganos adyacentes. Se propagó a entre 1 y 3 ganglios linfáticos adyacentes (N1a o N1b) o hacia áreas de grasa cercanas a los ganglios linfáticos, pero no a los ganglios en sí (N1c). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	O	
	T2 o T3	El cáncer ha crecido hacia la muscular propia (T2) o hacia las capas más externas del colon o del recto (T3). De 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos están afectados por la

IIIB	N2a	propagación del cáncer (N2a). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	M0	
	O	
IIIC	T1 o T2, N2b	El cáncer ha crecido a través de la mucosa hasta la submucosa (T1) y también es posible que haya crecido hasta la muscular propia (T2). Se propagó a siete o más ganglios linfáticos adyacentes (N2b). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	M0	
	O	
IIIC	T4a	El cáncer ha crecido a través de la pared del colon o del recto (incluyendo el peritoneo visceral), pero no ha alcanzado los órganos adyacentes (T4a). De 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos están afectados por la propagación del cáncer (N2a). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	N2a	
	M0	
	O	
	T3 o T4a	El cáncer ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto (T3), o a través del peritoneo visceral (T4a), pero no ha alcanzado los órganos adyacentes. Se propagó a siete o más ganglios linfáticos adyacentes (N2b). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
N2b		
M0		
O		
T4b	El cáncer ha crecido a través de la pared del colon o del recto y está unido o crece hacia otros tejidos u órganos adyacentes (T4b). Se propagó por lo menos a un ganglio	

	N1 o N2 M0	linfático cercano o hacia áreas de grasa cercanas a los ganglios linfáticos (N1 o N2). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
IVA	Cualquier T Cualquier N M1a	El cáncer pudo o no haber crecido a través de la pared del colon o del recto (Cualquier T). Podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes. (Cualquier N). El cáncer se propagó a un órgano distante (tal como el hígado o el pulmón) o a un grupo de ganglios linfáticos distantes, pero no se ha propagado a partes distantes del peritoneo (el revestimiento de la cavidad abdominal) (M1a).
IVB	Cualquier T Cualquier N M1b	El cáncer pudo o no haber crecido a través de la pared del colon o del recto (Cualquier T). Podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (Cualquier N). El cáncer se propagó a más de un órgano distante (tal como el hígado o el pulmón) o a un grupo de ganglios linfáticos distantes, pero no se ha propagado a partes distantes del peritoneo (el revestimiento de la cavidad abdominal) (M1b).
IVC	Cualquier T Cualquier N M1c	El cáncer pudo o no haber crecido a través de la pared del colon o del recto (Cualquier T). Podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (Cualquier N). Se ha propagado a partes distantes del peritoneo (el revestimiento de la cavidad abdominal) y puede o no haberse propagado a órganos o a ganglios linfáticos distantes (M1c).

Las siguientes categorías adicionales no se enumeran en la tabla anterior:

- **TX:** No se puede evaluar el tumor principal debido a falta de información.
- **T0:** No hay evidencia de un tumor primario.

- **NX:** No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales debido a falta de información.²⁴

5.12 Tratamiento

La base del tratamiento para pacientes con esta neoplasia es la resección quirúrgica que, en la mayoría de las ocasiones, resulta curativa.

Para tumores de recto medio y superior, la resección anterior baja suele ser el método de elección.

En las lesiones del tercio inferior se puede practicar una resección abdomino-perineal o una ultra baja con anastomosis colo-anal, dependiendo del compromiso del esfínter anal. El objetivo de la cirugía consiste en lograr una resección (resección completa, macroscópica y microscópica); se espera una adecuada escisión total mesorrectal, mayor número de ganglios linfáticos, y márgenes distal y radial negativos.

La elección quirúrgica dependerá de la localización del tumor, de la profundidad de la invasión y de la evaluación preoperatoria respecto a las metástasis; esta cirugía dependerá en gran medida de la anatomía quirúrgica está se refiere a las marcas anatómicas que determinan la resecabilidad y preservación del esfínter.

El National Cancer Institute recomienda localizar el tumor en relación con el margen anal, el cual empieza en el espacio interesfintérico. Otro punto de referencia será establecer el límite superior del canal anal en el anillo anorrectal.

Escisión total del mesorrecto

La resección del recto con anastomosis primaria no fue un procedimiento común sino hasta finales de 1940. Antes de esta época, la cirugía del recto consistía generalmente en la creación de una estoma permanente. Los recientes avances en las técnicas quirúrgicas para el tratamiento del cáncer de recto, han permitido que la resección primaria con anastomosis sin colostomía o ileostomía sea ahora la regla más que la excepción.

La escisión total del mesorrecto, en conjunto con la resección anterior baja del recto o la resección abdomino-perineal, incluye la disección precisa con la remoción total del mesorrecto, desde el sitio distal hasta al tumor, todo como una sola unidad. Al contrario de las disecciones ciegas del mesorrecto, la remoción del mesorrecto debe ser profunda y bajo visión directa. Se deben preservar los nervios autonómicos, practicar hemostasia completa y evitar la lesión de las coberturas del mesorrecto. La reducción de márgenes positivos se reduce de 25 % en cirugía convencional a 17 % en casos de resección total del mesorrecto.

²⁴ American Joint Committee on Cancer. Bone. In: *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017: 471. [citado 10 mayo 2018] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28094848>

Estos pacientes debido a la cirugía meticulosa presentan un mayor tiempo operatorio y aumento de las fístulas anastomóticas. Las anastomosis de 3 a 6 cm del margen anal tienen un riesgo de 17 % de fistulización, por eso, en algunos centros se practica rutinariamente una ostomía de protección.

La cirugía convencional rectal está asociada con una incidencia significativa de disfunción sexual y urinaria probablemente relacionada con el daño del plexo autonómico parasimpático y simpático debido a la disección ciega.

Resección abdomino-perineal

Esta cirugía se utiliza cuando el tumor compromete el esfínter anal o está tan cerca que no es posible salvar el mecanismo esfinteriano sin alcanzar un adecuado margen distal. También, hay pacientes con tumores de recto medio y con pobre continencia anal que se benefician de la resección abdomino-perineal, aun cuando sean candidatos para tratamientos más conservadores.

Dentro de la Incisión y exploración el abdomen es incidido por la línea media. En pacientes delgados generalmente se mantiene la incisión por debajo del ombligo. Igualmente, se pueden hacer incisiones transversas sin interferir con el sitio de la ostomía definitiva y otra opción es realizar la resección por vía laparoscópica con la extracción de la pieza quirúrgica a través del perineo 30; sin embargo, están por determinarse los beneficios de la cirugía laparoscópica en estos pacientes.

Resección total del mesorrecto

Una correcta resección del mesorrecto comienza con la ligadura de la arteria hemorroidal superior o la arteria mesentérica superior. Una vez se avanza a la resección presacra, se debe tener cuidado de no lesionar los nervios simpáticos; la disección es justo anterior o medial a estos nervios. Usando el electrocauterio o las tijeras, se rechazan estas estructuras posteriores y se deja intacto el mesorrecto. La disección anterior es tal vez una de las partes más difíciles en los hombres. Se debe intentar incluir las dos hojas de la fascia de Denonvillier. Esta fascia está compuesta por peritoneo, el cual se encuentra entre las vesículas seminales, la próstata anterior y el recto posterior. En mujeres, el peritoneo se incide a nivel de la bolsa de Douglas y el tabique recto-vaginal se separa.

Resección baja de recto con preservación de esfínteres

Esta resección se caracteriza por la resección baja de recto con preservación de esfínteres se ha convertido en el procedimiento de elección para los cánceres de recto medio y distal, demostrando su eficacia. La resección baja de recto incluye la disección y anastomosis por debajo de la reflexión peritoneal con ligadura de las arterias hemorroidales superiores y media. La resección baja de recto extendida incluye, además, la movilización completa del recto, con división de los ligamentos laterales y movilización posterior a través de la fascia de Waldeyer hasta la punta del coxis. Además, se hace la disección del plano entre la pared anterior del recto y la vagina en mujeres, o la disección entre el recto y la próstata hasta su borde inferior en hombres, con el objetivo de lograr un margen distal al tumor de 2 cm.

Anastomosis colo-anal

El último procedimiento para la conservación de esfínteres es la resección ultra baja de recto con anastomosis colo-anal. La cirugía preserva los mecanismos esfinterianos en tumores muy bajos de recto, en los cuales el margen distal es el mínimo para una cirugía aceptable según los criterios oncológicos. La anastomosis colo-anal se puede hacer con una bolsa en J debido a la gran capacidad de dicha bolsa, es posible mantener la función anorrectal, especialmente en etapas tempranas del posoperatorio. Se crea doblando la parte distal del colon entre 5 y 8 cm para crear un canal común entre las dos partes del colon. Después se hace la anastomosis en la región anal. Otra alternativa a la bolsa en J es la coloplastia. Esta cirugía es similar a una estricturoplastia: el colon distal se divide en sentido longitudinal por 8 a 10 cm, a 4 o 6 cm del margen del colon distal.

Tratamiento local

Aunque la resección baja de recto y la resección abdomino-perineal son las principales modalidades de tratamiento para muchos cánceres de recto distal, están asociadas a una morbimortalidad importante.

La selección apropiada de los pacientes es el punto clave para el tratamiento exitoso de los cánceres de recto por medio de resección local.

Los tumores candidatos a resección local deben ser de menos de 4 cm de diámetro y con menos de 40 % de compromiso de la circunferencia. La distancia del tumor a la línea dentada es importante, ya que determina el tipo de tratamiento. Los tumores con menos de 5 cm desde la línea dentada son candidatos a resección transanal, mientras que aquellos en el recto medio pueden requerir una resección transcoccígea o cirugía microscópica transanal. Los tumores fijos son probablemente transmurales y no serían candidatos para escisión local. En los tumores T2, la sola resección local no es suficiente y se requiere tratamiento adyuvante.

Los criterios de selección para la escisión local son los siguientes:

- ❖ Tumores de menos de 4 cm de diámetro
- ❖ Tumores con menos de 40 % de compromiso de la circunferencia
- ❖ Tumores a 10 cm de la línea dentada
- ❖ Tumores móviles al examen rectal
- ❖ Lesiones T1, T2 en ultrasonografía
- ❖ Sin compromiso linfático

Resección laparoscópica para cáncer de recto

La implementación de la cirugía laparoscópica colorrectal ha aumentado significativamente en la última década. Este fenómeno se debe fundamentalmente a un incremento del tratamiento laparoscópico del cáncer de colon, luego que la seguridad de los resultados a largo plazo fuera demostrada. Sin embargo, el porcentaje de pacientes portadores de cáncer de recto tratados por esta vía continúa siendo bajo, debido a la mayor dificultad técnica del procedimiento, a una curva de aprendizaje prolongada y a la imposibilidad eventual al momento de dividir el recto

distal al tumor con las suturas mecánicas disponibles. Estas razones son las que, se especula, podrían favorecer el compromiso de los márgenes quirúrgicos afectando negativamente los resultados oncológicos a largo plazo.²⁵

Dentro del tratamiento utilizado cabe mencionar que hoy en día se está utilizando la laparoscopia para el tratamiento de neoplasias intraabdominales, incluyendo la proctectomía. Parte de este procedimiento se realiza por laparoscopia y la cirugía se completa en forma tradicional; en particular, la exploración y la movilización del colon y del recto se hacen por vía laparoscópica, y la ligadura del pedículo vascular se hace con clips laparoscópicos o con equipos de ligadura por radiofrecuencia. La disección pélvica se puede llevar a cabo laparoscópicamente con una buena visualización; sin embargo, la anastomosis aún se practica extracorpóreamente.

La principal pregunta sobre la cirugía laparoscópica para la proctectomía es si provee el mismo tejido resecado que con la técnica tradicional o si existen cambios en la biología del cáncer que afecten la supervivencia o la recurrencia. Con respecto a esto, se ha reportado recurrencia sobre la herida de los trocares en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica.

Proctectomía robótica

Operar dentro de los confines de la pelvis para practicar una buena escisión total del mesorecto es técnicamente demandante con la laparoscopia; los sistemas robóticos son útiles cuando el campo operatorio es pequeño y se requiere una disección completa y exitosa. Se tienen reportes recientes sobre la facilidad de la cirugía robótica para el tratamiento del cáncer de recto. La potencial ventaja consiste en obtener un ángulo cómodo para la entrada de los instrumentos en la pelvis, lo cual provee al cirujano de una visión en un ángulo como si estuviera sentado en el tórax del paciente. Se reporta igual éxito que con la proctectomía laparoscópica. La proctectomía robótica ofrece mejor visión de los nervios, disminuye la tasa de disfunciones sexuales y vesicales, sin embargo, es una técnica nueva en desarrollo que requiere estudios más rigurosos antes de que su uso pueda ser estandarizado para el tratamiento del cáncer de recto

Resección ampliada para cánceres avanzados de recto

Algunas veces el cáncer de recto invade órganos adyacentes o la pared abdominal. Cuando esto ocurre, se ha demostrado que una resección extendida del cáncer, junto con los órganos comprometidos, puede producir tasas de supervivencia de más de 50 %. Los pacientes con adherencias inflamatorias a órganos vecinos muestran una supervivencia mayor que aquellos con infiltración tumoral, pero la diferencia generalmente no se puede realizar en el tiempo quirúrgico. Los órganos que generalmente están comprometidos en la infiltración por cáncer de

²⁵ Gustavo R, Hernán V; et al. "Tratamiento Laparoscópico del Cáncer de Recto. Resultados Oncológicos a Largo Plazo" Sección de Cirugía Colorrectal, Hospital Italiano de Buenos Aires. Rev. Argent. Cirugía., 2013; 105 (2): 52 – 59. [citado 21 de junio de 2018] Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/racir/v105n2/v105n2a02.pdf>

recto, son el útero, el intestino delgado, la vejiga y la pared abdominal. Aproximadamente 5 % de los pacientes se presentan con lesiones rectales avanzadas²⁶

En el recto las tasas de recidiva local son de 30 a 40 % y este porcentaje se ve incrementado cuando existe afección ganglionar, por lo que la radioterapia y quimioterapia tienen un papel fundamental en la adyuvancia y neoadyuvancia.

La quimiorradioterapia pre quirúrgica es el tratamiento de referencia para los pacientes con cáncer rectal en estadios II y III y se utiliza con cualquiera de las siguientes pautas aceptables

- 1) Fluouracilo. 225 (mg/m²) día de infusión continua los días de la radioterapia. Esta pauta se ha convertido en un tratamiento de referencia de E.U. y Europa.
- 2) Capecitabina. 825 mg/m² dos veces al día los días de la radioterapia. Esta pauta comparada con el fluorouracilo en el tratamiento pre quirúrgico en un amplio estudio del ECOG, pero dada la no inferioridad en la enfermedad metastásica, es una pauta aceptable.
- 3) Fluorouracilo. 400mg/m² en inyección I.V. rápida y ácido folínico en dosis de 20 mg/m² en inyección I.V. rápida durante 4 días las semanas 1 y 5.

Quimioterapia post quirúrgica

Pauta postoperatoria recomendada para los tumores en estadio II y III:

- 1) AF5FU 2 s
- 2) Pauta de fluorouracilo en inyección intravenosa rápida semanal.

Si el paciente no recibió quimioterapia pre quirúrgica, se recomiendan las siguientes pautas para la quimioterapia postquirúrgica:

- 1) Fluorouracilo y ácido folínico en altas dosis (pauta semanal de Roswell-Park)

Esta pauta se administra durante una tanda antes de la quimiorradioterapia y luego durante dos tandas tras finalización de la quimiorradioterapia

- 2) FOLFOX 6m
- 3) Capecitabina ²⁷

Terapias blanco para enfermedad metastásica

Se ha demostrado eficacia de dos medicamentos de terapia blanco los cuales son Bevacizumab, un anticuerpo inhibidor del factor de crecimiento del endotelio vascular y el Cetuximab; un anticuerpo inhibidor del receptor del factor de crecimiento epidérmico, en pacientes con cáncer colorrectar metastático usados tanto en la primera como en la segunda línea en combinación con la quimioterapia.

²⁶ Pedroza A. Tratamiento quirúrgico del cáncer de recto, revisión bibliográfica. Rev. Colombiana Cir. 2014; 29:230-42. [citado 8 mayo 2018] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v29n3/v29n3a8.pdf>

²⁷ Roland t. Skeel. Samir N. Khlief. "Manual de Quimioterapia del cáncer". Editorial Lippincott, Williams & Wilkins 8va edición. pág. 145-146

Se dice que la sobreexpresión de EGFR en carcinoma colorrectar metastásico se asocia a una pobre evolución clínica y también se ha identificado que un 90 % de los tumores tienen esta sobreexpresión y son más agresivos.

El Cetuximab es un anticuerpo monoclonal quimérico humano/murino tipo inmunoglobulina 1, su efecto antitumoral se logra gracias a que cuenta con una afinidad más potente que el ligando natural al dominio extracelular de EGFR; este medicamento se utilizó en combinación con el oxaliplatino; así mismo la combinación de cetuximab con folfox produjo respuestas objetivas de un 72 % y supervivencia libre de progresión de 10.2 meses.

El panitumumab es un anticuerpo monoclonal totalmente humano tipo IgG2 que se une al EGFR con mayor afinidad al ligando natural; se encuentra aprobado por la FDA para el manejo de carcinoma colorrectar metastásico en pacientes que expresan EGFR que progresan después de regímenes de quimioterapia con fluoropirimidas, irinotecan y oxaliplatino.

El Bevacizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une al VEGF-A previene la neovascularización y es recomendado para el tratamiento de primera línea en combinación con quimioterapia basada en fluoropirimidas solas (Capecitabine) o estas combinadas con irinotecan y oxaliplatino; este fármaco se utiliza como segunda línea con las mismas alternativas de combinación.²⁸

Tratamiento de Radioterapia

El tratamiento radiante es un arma de gran fuerza y valor en los pacientes con cáncer de recto, como tratamiento inicial curativo combinado con quimioterapia o cirugía, o como tratamiento paliativo para aliviar síntomas.²⁹

Históricamente solo la cirugía era el tratamiento de elección para tumores rectales. Los estudios sugieren que la falla pélvica es la forma más común de recurrencia, estando en un rango entre un 15 % - 64 % dependiendo del estadio de la enfermedad, siendo mayor en estadios avanzados T3-T4 y N+

Estudios aleatorizados han demostrado que radioterapia y quimioterapia mejoran el control local y sobrevida global, disminuyen la recurrencia implementándose como tratamiento estándar. Los distintos esquemas de quimioterapia y radioterapia han demostrado mejor tasa de control local, sobrevida libre de enfermedad, preservación del esfínter con una toxicidad aguda y tardía en rangos aceptables. Las indicaciones dependen del estadio de la enfermedad y del tipo de técnica quirúrgica utilizada.

Indicación: en pacientes estadio II (T3-T4 N0) y estadio III (T1-4 N1-2)

T1 y T2 de alto riesgo (tumores mayores de 3 cm, compromiso de más del 30 % de la circunferencia de la pared, cercanos a la margen anal, pocos diferenciados, márgenes

²⁸ Herrera. G. A; 2017, Op cit. Cap. 51 Cáncer de colon y recto Pág. 353.354

²⁹ Auspacia Sociedad Cubana de Coloproctología "Consenso Nacional de Cáncer de recto"2013 [citado 15 junio 2018] Disponible: <http://files.sld.cu/coloproctologia/files/2013/11/consenso-nacional-rev-cancer-de-recto-23-11-20131.pdf>

estrechos, con embolismo linfovascular) con escisión local, deberían completar tratamiento quirúrgico o recibir radioterapia-quimioterapia. Estadio II /III resecable deben ir a tratamiento adyuvante preoperatorio de radio y quimioterapia. En aquellos que se trate con cirugía como primera elección deben recibir quimioterapia por 2 ciclos y luego concurrencia de quimioterapia y radioterapia y continuar tratamiento sistémico. Estadio III (T4/ no resecable) deben recibir radioterapia y quimioterapia preoperatoria y evaluar entonces posibilidad de tratamiento quirúrgico. En aquellos centros que cuenten con radioterapia intraoperatoria considerar su uso a una dosis de 12,5-15 Gy a la isodosis del 90 % o braquiterapia para enfermedad macroscópica y continuar con la adyuvancia con quimioterapia. Estadio IV M+: hay que individualizar el tratamiento incluyendo combinación de quimioterapia sola o quimioterapia, cirugía y radioterapia

La radioterapia conformada o radioterapia por estereotaxia extra craneal puede ser considerada en pacientes muy bien seleccionados con un número limitado de metástasis hepáticas y/o pulmonares o bajo algún protocolo de investigación y no debe ser utilizada en aquellos potencialmente quirúrgicos.

En caso de enfermedad recurrente debe ser individualizado el tratamiento y planificar el mismo basándonos en la terapia inicial. En pacientes que no recibieron radioterapia previamente considerar el uso de radioterapia y quimioterapia siguiendo iguales técnicas de irradiación, y posteriormente cirugía. En pacientes previamente irradiados se sugiere radioterapia intraoperatoria, o re irradiación con intensidad modulada o braquiterapia. El uso de radioterapia preoperatoria es preferible por que se obtiene cito reducción tumoral que facilita la resección quirúrgica, los tejidos están más oxigenados nos permite preservar el esfínter, no se irradian las anastomosis, sin embargo, pueden estar sobre tratando a pacientes en estadios más precoces, obteniéndose respuestas patológicas completas de un 11,4 % en pacientes con tratamiento combinado vs 3,6 % en no combinado.

Radioterapia preoperatoria

- ❖ Tejido más oxigenado
- ❖ Menor irradiación del intestino delgado y colon
- ❖ Aumenta respuestas patológicas completas y posibilidad de preservar el esfínter
- ❖ Disminuye las siembras celulares al momento de la cirugía
- ❖ Anastomosis proximal con colon no irradiado

Radioterapia posoperatoria

- ❖ Conocimiento del estadio patológico
- ❖ Lecho quirúrgico hipóxico
- ❖ Mayor volumen de intestino delgado irradiado

Técnicas de radioterapia

Inmovilizador personal. Posición prona preferiblemente.

Planificación tridimensional guiada por imágenes tomográficas (3D), con doble contraste.

Marcador en la margen anal. Marcar cicatriz perineal y debe realizarse con vejiga llena. Cortes tomográficos cada 3 mm.

Delinear: tumor y/o lecho tumoral con un margen de 2 a 5 cm, incluir ganglios pre-sacos, cadenas iliacas internas y las cadenas iliacas externas en T4 y cicatriz perineal en casos operados.

Dosimetría computarizada. Múltiples campos.

Curvas de histograma dosis - volumen para disminuir toxicidad a tejidos sanos y maximizar dosis en tumor.

Dosis: 45 Gy - 50,4 Gy a la pelvis con fracción de 1,8 Gy. Más dosis adicional al área afecta por campos laterales opuestos para dosis total 54 Gy si no hay asas intestinales en el campo de tratamiento.

Las restricciones a los tejidos sanos deben ser las siguientes:

- ❖ Intestino delgado: 45-50 Gy.
- ❖ Cabeza femoral y cuello: 42 Gy.
- ❖ Vejiga: 65 Gy - Recto: 60 Gy.

Las referencias anatómicas para el campo de tratamiento son: borde superior del campo L5-S1; inferior 3 cm por debajo del volumen tumoral inicial o por debajo de agujero obturador. Lateral 1,5 cm por fuera de la pelvis verdadera. En el campo lateral el límite posterior incluye todo el sacro, y en el límite anterior por detrás de la sínfisis del pubis en T3, por delante de la sínfisis en T4.³⁰

5.13 Pronóstico

Para que se vea establecido el pronóstico de los pacientes se debe de realizar un análisis de los factores que lo acompañan; tanto clínico como patológicos y moleculares.

Factores pronósticos clinicopatológicos

Edad

Se ha observado una menor supervivencia en pacientes jóvenes, el cual podría explicar por la existencia de una mayor incidencia de tumores mucinoso, de comportamiento más agresivo y diagnosticados en estadios más avanzados. Si se viera ajustado el estadio no parece existir diferencias en relación con los pacientes de edad más avanzada. Cuando se han estudiado la supervivencia por estadios y el pronóstico según la edad, se pierde el papel del valor pronóstico de la edad en el análisis multivalente frente a otros factores pronósticos como el estadio o el grado de diferenciación y resumiendo es un factor de pronóstico de dudoso valor.

³⁰ Parra, J, Mata, J, Gotera, et al "Consenso Nacional Cáncer Colorrectal Diagnóstico y Tratamiento" Revista Venezolana de Oncología. 2012; 24(2):160-189. [citado 20 de junio de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375634872006>

Sexo

Los resultados son contradictorios en el CCR, aunque se ha observado al igual que en los tumores sólidos, un ligero aumento de la supervivencia del sexo femenino.

Estado general

La presencia de síntomas es un factor pronóstico desfavorable ya que generalmente suele ir asociado al diagnóstico en estadios más avanzados. Entre los síntomas asociados a un peor pronóstico se encuentra la presencia de sangrado, anemia, pérdida de peso, obstrucción y perforación.

Localización del tumor primario

La localización rectal suele tener un peor pronóstico, fundamentalmente derivado por la dificultad para una cirugía oncológica adecuada y el porcentaje elevado de recaída local. En los últimos años se está mejorando los porcentajes de recaídas locales gracias a los tratamientos preoperatorios y a la inclusión de la escisión total de mesorrecto. Por otra parte, también se habla de un peor pronóstico en los localizados en el colon derecho, probablemente debido a un diagnóstico más tardío.

Localización de la enfermedad metastásica

La presencia de carcinomatosis peritoneal y de metástasis pulmonares se asocia a peor pronóstico, principalmente debido a una peor respuesta a los diferentes tratamientos quimioterápicos.

Elevación del antígeno carcinoembrionario

Diversos análisis han correlacionado niveles altos de elevación de antígeno carcinoembrionario (CEA) preoperatorios con un peor pronóstico. Es un marcador útil para el seguimiento y la detección de recurrencia locales y metástasis a distancia. Con sensibilidad del 80 % y especificidad del 70 %. También tiene su utilidad para la monitorización de la respuesta del tratamiento.

Grado de diferenciación

Este dependerá del pleomorfismo nuclear, hipercomasía y de la actividad mitótica celular. Además, se analiza la capacidad de la célula para formar estructuras que la diferencien o la capacidad para producir mucina. La mayoría de los sistemas de estratificación lo hacen en tres o cuatro grados. Es un factor pronóstico independiente demostrado en estudios multivalentes. Se ha correlacionado con el riesgo de invasión vascular, ganglionar y afectación metastásica a distancia.

Tipo histológico y morfología tumoral

Los adenocarcinomas mucinosos y de células en anillo de sello, con frecuencias del 17 al 1-2% respectivamente, suelen tener peor pronóstico que los adenocarcinomas clásicos. El carcinoma medular con frecuencia se asocia a MSI, disfunción de los genes reparadores de ADN. Los

tumores ulcerados presentan una mayor diseminación, un peor pronóstico, con menores supervivencias que los exofíticos.

Invasión vascular /linfática/perineural

Esta se asocia a una mayor presencia de metástasis locales y a distancia y a un peor pronóstico con una menor tasa de supervivencia.

Estadio tumoral

Este es el factor pronóstico más importante y determinante de supervivencia. A diferencia de otros tumores el tamaño tumoral no tiene valor pronóstico, es la afectación a través de la pared definida por la T en la clasificación TNM que tiene el papel pronóstico. LA afectación ganglionar es, detrás de la presencia de metástasis a distancia, el factor pronóstico más importante; se requiere para que el estudio ganglionar sea correcto la resección de al menos 12 ganglios. Existen en la actualidad discrepancias para distinguir entre N1 y N2.

Factores pronósticos moleculares

P53

El gen que codifica la proteína supresora p53 se encuentra localizado en el brazo corto del cromosoma 17. Es un activador transcripcional y desempeña un papel importante en la inducción de apoptosis mediada por *bax* y *bcl12*. Las alteraciones de *p53* generalmente son mutaciones y deleciones, y suelen ser un acontecimiento tardío en el desarrollo de Cáncer Colorrectal. La detección por inmunohistoquímica no implica necesariamente que el gen se encuentra mutado. Los resultados acerca del valor pronóstico de *p53* son contradictorios, y en los metaanálisis se observa gran heterogeneidad metodológica de los trabajos. Se ha asociado a peor evolución ya a menor beneficio del tratamiento adyuvante.

K-ras

El oncogén *ras* se encuentra localizado en el cromosoma 12, codifica proteínas localizadas en la membrana celular y actúa como iniciador del ciclo de proliferación, Aparece en estadios precoces del proceso de tumorigénesis, encontrándose mutado en el 50% de los casos de CCR

Inestabilidad de microsatélites

La inmunohistoquímica es altamente sensible y específica para la detección de MSI. Aparece en más del 80 % de los CCR no polipósicos y en el 15 % de los esporádicos. La presencia de inestabilidad en dos o más de los cinco marcadores conocidos se considera alta, en uno solo es bajo, y en ninguno ausente o estable. En los tumores esporádicos la metilación del ADN provoca la mayoría de los casos de MSI. Los pacientes con inestabilidad alta presentan mejor pronóstico que los de baja o ausente y, por otra parte, éstos se benefician del tratamiento basados en 5-FU ³¹

³¹ Palacios B. Eduardo Blanco, 2011, Op cit, pág. 33-37

6. METODOLOGÍA

6.1 Estrategias de investigación; estudio de caso

- ❖ El presente estudio de caso se llevó a cabo dentro del Instituto Nacional de Cancerología durante las prácticas clínicas de la Especialidad de Enfermería Oncológica dentro del primer periodo del semestre comprendido en las fechas del año 2017 y se brindó un seguimiento de caso hasta el mes de enero del 2018.
- ❖ Se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería poniendo en ejecución las 5 etapas consecutivas las cuales son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.
- ❖ Se hizo uso de una amplia revisión bibliográfica; revisión del expediente electrónico (INCAnet) y revisión del expediente físico.
- ❖ Mediante el formato de Valoración integral se aplicó el proceso de atención de enfermería que está basado en las 14 necesidades humanas del modelo del Virginia Henderson (anexo 2) y posteriormente se integraría dicha información en el formato de plan de cuidados de valoración exhaustiva y focalizada; posteriormente se realizan los diagnósticos de enfermería formato PES, poniendo en práctica la evaluación continua del proceso en base a las respuestas humanas de la paciente con la finalidad de una intervención asertiva y puntual; se brinda un tríptico de características informativas para la persona y sus familiares sobre cuidados de heridas quirúrgicas y drenajes; se brindó una guía de apoyo nutricional para paciente ostomizado; se da seguimiento vía telefónica y se realizó una valoración dentro del INCan.

6.2 Selección del caso y fuentes de información

Para el desarrollo del presente estudio de caso, se seleccionó a una persona adulta mayor de nombre María Magdalena, en la quinta década de la vida; paciente del Instituto Nacional de Cancerología siendo tratada a cargo del servicio de cirugía oncológica de gastroenterología con un diagnóstico de cáncer de recto del tercio inferior actualmente en el 5 piso de hospitalización cursando su séptimo día post operatorio de una cirugía de Resección Interesfintérica Laparoscópica +Colon anastomosis +Ileostomía de protección; es valorada el día 7 de Noviembre del 2017 brindando un seguimiento hasta Enero del 2018.

Se realizó una búsqueda bibliografía científica e investigación documental continua respecto a la enfermedad de cáncer colorrectal en bases de datos como PubMed, Scielo, Enfermería

Global, Revista Médica del Hospital General de México, Consenso Nacional de Cáncer de Recto en Sociedad Cubana, Scirus, CIUDEN, Google Académico, base de datos de la biblioteca virtual de la ENEO y UNAM; así como consulta bibliográfica de libros, uso del expediente físico y electrónico en el sistema del Instituto (INCAnet) estas fueron las fuentes de datos consultadas más relevantes como fuente de obtención de datos personales se usó el interrogatorio de manera directa a paciente y familiares así mismo se ha consultado información sobre la aplicación del proceso de atención de enfermería para personas con cáncer colorrectal dentro de lo cual se ha obtenido poca información sobre este tema en particular.

6.3 Consideraciones éticas

Un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional, que exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

Hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

Se destaca por resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente.

Que debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- ❖ Al hombre como un ser biopsicosocial dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad
- ❖ La sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político
- ❖ A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive
- ❖ A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.

La enfermera, a través del cuidado, pone en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencial, su deseo de vivir. El cuidado es una actitud que trasciende las

dimensiones de la realidad humana. Tiene un significado de auténtico humanismo ya que conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque la primera está en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios.

Y a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.

Dentro del código de Ética para las enfermeras y los enfermeros en México hace referencia a los siguientes principios éticos fundamentales dentro de los cuales se retoman los más importantes:

Beneficencia y no maleficencia. - Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Justicia. - Es la atención de enfermería, no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Autonomía. - Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus derechos y de debe reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones producto de sus valores y convicciones personales.

Valor fundamental de la vida humana. - Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

Privacidad. - El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Confiabilidad. - El profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Tolerancia. - Se deberá de admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

Terapéutico de totalidad. - Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección.

Doble efecto. - Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.

Dentro del decálogo del código de ética, para el personal de enfermería se enuncian estos 10 principios que han sido aplicados para la elaboración del estudio de caso.

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.³²

Consentimiento informado

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y

³² Comisión Interinstitucional de enfermería "Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México" México: 2001 [citado el 15 junio 2018] Disponible en: <http://hmasqueretaro.mx/pdf/codigo-etica-enfermeros.pdf>

las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo a los valores u objetivos de cada persona. Por lo tanto, no es ya el médico el único que decide la mejor alternativa.

El consentimiento informado consta de dos partes:

a. Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas *competentes* en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas *incompetentes* por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

b. Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:

- ❖ Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.
- ❖ Intervención quirúrgica.
- ❖ Procedimientos para el control de la fertilidad.
- ❖ Participación en protocolos de investigación.
- ❖ Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- ❖ Procedimientos invasivos.
- ❖ Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
- ❖ Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

En los casos de urgencias en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares, y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por medio

del *privilegio terapéutico* hasta estabilizarlo y entonces poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aun cuando la familia lo autorice.

Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED).³³

³³ Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, “Consentimiento informado”. Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud, 2010, citado [15 de junio de 2018] Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html

7. PRESENTACIÓN DEL CASO

Ficha de Identificación

Nombre: C. Z. María Magdalena

Fecha de Nacimiento 11/02/1968

Edad: 49 años

Sexo: Femenino

Peso actual: 79.6 kg

Ocupación: Ama de casa

Religión: católica

Fecha de ingreso. 31 de octubre 2017

Servicio y número de cama: Quinto piso hospitalización cama 503

DX Actual: Ca de recto

(Adenocarcinoma moderadamente diferenciado G2 de tipo intestinal invasor)

Servicio tratante: Cirugía

Alergias y patologías concomitantes: Negadas

Estado Civil: casada

Talla: 1.68 ms

Escolaridad: Carrera técnica

CD. De origen: Estado de México

7.1 Antecedentes generales de la persona

Antecedentes personales no patológicos

Procedente del Estado Puebla y residente del Estado de México del Municipio de Nezahualcóyotl. Cuenta con una vivienda propia con todos los servicios básicos; se encuentra casada, actualmente vive con su esposo y con sus 4 hijos 2 varones y 2 mujeres con un ingreso mensual variable a razón de \$ 6,500 pesos mensuales y el proveedor primario es su esposo. Niega toxicomanías, niega alcoholismo y tabaquismo; refiere recibir vacunas de manera ocasional sin embargo desconoce si tiene el esquema de vacunación completo; con hábitos higiénico dietéticos refiere baño diario; cepillado dental 3 veces por día, así como lavado de manos frecuente.

Actualmente no se encuentra laborando y su último nivel de estudios fue carrera técnica; su cuidador primario es su esposo.

Antecedentes heredo familiares

- ❖ Abuela finada a los 83 años con cáncer de endometrio
- ❖ Madre la cual padece Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial

Antecedentes patológicos

- ❖ Retiro de un quiste sinovial en la mano izquierda a los 10 años de edad
- ❖ 1 Cesárea en el año de 2010

7.2 Descripción del caso

Ingreso, evolución, estado actual

La señora María Magdalena con primer contacto en el Instituto el día 21 de Marzo del 2017 refiriendo inicio de sintomatología de 1 año de evolución con presencia de estreñimiento, rectorragia, salida de coágulos de manera ocasional y hematoquecia; acude a Centro de Salud en donde se le indica tratamiento con desparasitante, al no presentar mejoría acude con médico general de forma particular el cual sugiere aumentar la ingesta de fibra y un estudios de extensión, por lo que acude a hospital de segundo nivel (Hospital General Gustavo Baz Prada) en donde le realizan endoscopia reportando tumor en recto desde 3 cm del margen anal, hasta 12 cm, posteriormente le realizan colonoscopia más toma de biopsia; con reporte de tumor de recto con disminución de la luz 50% con RHP adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado motivo por la cual es referida al INCan.

- ❖ El día 10 de abril con reporte de colonoscopia realizada en INCan informando de tumoración polipoide multilobulada que estenosa el 90% de la luz de consistencia pétrea, con fibrina y sitio de friabilidad; con RHP final de adenocarcinoma G2 de tipo intestinal invasor.
- ❖ Se decide ese mismo día inicio tratamiento neoadyuvante con capecitabina 3 gr. x día x 14 días se envían 3 ciclos en total los cuales son concluidos.
- ❖ El día 24 de abril le realizan simulación para inicio de radioterapia.
- ❖ Recibe tratamiento de radioterapia con 50.4 Gy presentando respuesta parcial y es enviada para valoración para manejo quirúrgico.

Análisis de estudios de laboratorio

FECHA DE TOMA	4 de Noviembre del 2017	
Química Sanguínea		
Glucosa sérica	88	Mg/dL
Nitrógeno ureico	9.8	Mg/dL
Urea	21	Mg/dL
Creatinina sérica	0.65	Mg/dL
Calcio	8.7	Mg/dL
Fosforo	3.3	mEq/L
Fosfatasa alcalina	90	ul/L
Magnesio	1.87	mEq/L
Biometría Hemática		
Leucocitos	9.83	Miles/mm3
Eritrocitos	3.45	Millones/mm3
Hemoglobina	9.4	Gr/dL
Hematocrito	29.5	%
Volumen corpuscular medio	85.5	fL

Concentración media de hemoglobina	27.2	Pg
Ancho de distribución de eritrocitos	15.8	%
Plaquetas	247	Miles/mm3
Volumen plaquetario medio	10.4	fl
Neutrófilos%	80.4	%
Linfocitos %	10.3	%
Monocitos %	6.5	%
Eosinófilo %	1.8	%
Basófilo %	0.3	%
Granulocitos inmaduros %	1	%
Normoblastos%	0	%
Neutrófilos absolutos	7.9	Miles/mm3
Linfocitos absolutos	1	Miles/mm3
Monocitos absolutos	0.6	Miles/mm3
Eosinófilos absolutos	0.2	Miles/mm3
Basófilos absolutos	0	Miles/mm3
Granulocitos inmaduros absolutos	0	10³uL
Normoblastos absolutos	0	10³uL

Fecha de toma	7 de Noviembre de 2017	
Examen General de orina	Resultado	Valor de referencia
Nitritos	Negativo	
Cetonas	5	Mg/dl
Glucosa	Negativo	Mg/dl
Proteínas	150	Mg/dl
Urobilinógeno	0.2	Mg/dl
Bilirrubinas	Negativo	Mg/dl
Ph	5	
Color	Amarillo claro	
Aspecto	Turbio	
Densidad	1.017	
Eritrocitos	Incontables	uL
Leucocitos	Incontables	uL
Levaduras	Moderadas	
Bacterias	Abundantes	

Derivado del resultado de los estudios clínicos con los que contaba y eran los más representativos no se observan datos relevantes que impacten o intervengan de forma negativa en el estado de salud o las respuestas humanas de la señora María; se identifican bacterias abundantes en el EGO sin embargo ya contaba con tratamiento para cubrir esta alteración.

Tratamiento farmacológico actual (7 noviembre 2017)

MEDICAMENTO	VÍA	DOSIS	HORARIO
Omeprazol	I.V.	40 mg.	c/24 hrs
Dynastat	I.V.	40 mg.	c/12 hrs
Paracetamol	I.V.	1 gr.	c/ 8hrs
Enoxaparina	S.C.	40 mg.	c/24 hrs
Ciprofloxacino	I.V.	400 mg.	c/12 hrs
Nitrofurantoina	V.O	100 mg.	c/12 hrs

8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

8.1 Valoración según las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson.

Ingresa al quinto piso de hospitalización el día 31 de octubre del 2017; el día 1 de noviembre le realizan primera cirugía de resección Interesfintérica laparoscópica + colon anastomosis + ileostomía de protección.

La identifico el 7 de noviembre cursando su sexto día post operatorio, la entrevista que le realizo es directa y la valoración de sus necesidades es la siguiente:

1. Necesidad de Oxigenación

La señora María Magdalena orientada en tiempo y espacio con un Glasgow de 15 pts, con edad aparente a la cronológica; sin apoyo de oxígeno suplementario con una saturación de O₂ 97 %.

Narinas permeables con cavidad oral semi hidratada sin datos de mucositis, cuenta con todas sus piezas dentales, no halitosis, en cuello tráquea central; no se palpan nódulos, se identifica pulso carotideo; tórax con movimientos de amplexión y amplexación rítmicos se auscultan campos pulmonares bien ventilados; sistema tegumentario semi hidratado con un llenado capilar de 2 segundos; sus signos vitales se valoran dentro de los parámetros normales con T/A de 104/ 63 mmHg, FC 80 x', FR de 19 x', T. 36.6 °c y 0 pts. en la escala visual análoga para valorar el dolor. Refiere que el día previo presento fiebre; se verifica curva térmica del día anterior en donde reporta una temperatura de 38.5 °

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación

Peso actual de 79.6 kg, Talla de 1.68 mts con I.M.C de 28.20, peso actualmente con obesidad grado I. La dieta indicada en hospitalización es una dieta para ileostomizado; se mantiene una ingesta del 90%, le parecen alimentos adecuados en cuanto que está cursando con la adaptación a su estoma y no presenta dificultad a la masticación ni deglución, con una ingesta de agua pura de aproximadamente 1 litro al día.

Cuenta con acceso venoso periférico # 20 Fr en miembro torácico izquierdo funcional y permeable y se hidrata con una Solución Salina de 1000 ml para 8 horas.

A la exploración el abdomen con panículo adiposo es blando y depresible, se auscultan ruidos peristálticos disminuidos; con herida quirúrgica abdominal de abordaje laparoscópico con piel bien afrontada sin datos de enrojecimiento o salida de secreción; con biovac izquierdo situado en hueco pélvico adecuadamente fijo a la piel sin datos de proceso infeccioso drenando líquido serohemático aproximadamente 40 ml.

Refiere una alimentación en su domicilio de 2 comidas fuertes y 1 colación con alimentos que ella prepara; refiere un consumo frecuente de verduras y poca ingesta de fruta, ingesta café y té todos los días y el consumo de refresco era cada 20 días, no ingiere algún suplemento alimenticio; no consume bebidas alcohólicas y refiere que la cuestión económica si influye en los alimentos que compra ya que tiene que equilibrar el dinero para que le alcance para que adquiera alimentos para toda su familia .

3. Necesidad de Eliminación

Portadora de una sonda transuretral la cual se encuentra con fijación en el muslo derecho en la parte interna; esta le permite movilidad sin que esté a tensión; la orina macroscópicamente es clara sin sedimento y no refiere datos de urosepsis; refiere salida de líquido anal de 150 ml de olor fétido.

La porción de intestino correspondiente a la ileostomía presenta color rosado sin datos de eventración, necrosis ni prolapso; con placa y bolsa colectora drenando 300 ml de material de características completamente líquidas.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

La encuentro en su cama con una posición ergonómica en cuanto a su constitución física y capacidad de fuerza, le cuesta trabajo movilizarse fuera de cama debido a que refiere dolor abdominal por la cirugía y el estoma; se mantiene con vendaje abdominal y es apoyada a la movilización por su cuidador primario que se encuentra con ella; posteriormente se valora una marcha firme. Con 19 pts. en la escala de Braden, con 75 pts. en la escala de Barthel siendo dependiente leve; Glasgow de 15 pts., y un Karnofsky de 70 pts.

5. Necesidad de descanso y sueño

La señora María refiere tener un patrón de sueño normal en su domicilio; con 8 horas de descanso al día y ahora que se encuentra hospitalizada menciona tiene dificultad para conciliar el sueño ya que se encuentra con preocupación, cuestión que se le genera debido a su estancia

dentro del Instituto, menciona que las luces se encuentran prendidas todo el tiempo y que el personal hace mucho ruido y tiene el sueño ligero, que se despierta cada vez que entran a su habitación a ponerle algún medicamento o tomarle signos vitales; extraña a su familia en particular a sus hijos y aunque concilia en sueño por la noche en cortos periodos refiere sentirse cansada y un poco somnolienta; la visualizo con facies de cansancio y ojeras sugerentes a poco descanso.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Viste bata hospitalaria lo cual no le genera conflicto y en su vida cotidiana porta ropa de su agrado que va de acuerdo al clima, refiere preocupación por la ropa que vestirá cuando egrese del hospital ya que piensa que la lleostomía será un impedimento para vestir de acuerdo a sus gustos.

7. Necesidad de Termorregulación

Actualmente presenta temperatura de 36.6 grados centígrados, el día previo presenta un pico febril de 38.5 °C; esta situación es referida por Magdalena y se corrobora en los registros de enfermería; la fiebre fue controlada con medios químicos (Paracetamol 1gr. I.V.) que posteriormente le manejan con un horario de cada 8 hrs; la coloración de la piel se valora normal en cuanto a su tonalidad tegumentaria.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

En su domicilio su rutina de baño es diaria así acompañada de cambio de ropa limpia, realiza un cepillado dental frecuente; su esposo y sus hijos le ayudan a mantener su hogar limpio y ella apoya en esas medidas conforme a sus capacidades. No cuenta con fauna nociva.

Se realiza aseo dental cada vez que ingiere alimentos y la cavidad oral está limpia

En su estancia hospitalaria se baña en regadera, su baño ha sido diario asistido con su esposo, posteriormente se realiza hidratación tegumentaria y a expensas de herida de sitios quirúrgicos abdominales, lleostomía, biovac; no presenta lesiones en otra parte de su cuerpo.

Hace especial referencia a la salida de líquido anal; posterior a la cirugía este líquido era de características sanguinolentas de color rojo brillante el cual fue evolucionando a ser de color rojo oscuro; los médicos le han referido a María que es liquido residual por el procedimiento; sin embargo María continua reportando al momento salida de líquido sanguinolento de olor fétido el cual se corrobora en el pañal que porta, refiere que la región perianal se encuentra todo el tiempo húmeda y que le cuesta mucho trabajo estar completamente sentada.

9. Necesidad de evitar peligros

Como factor biofisiológico valorado en esta necesidad encuentro que el día de ayer presentó un pico febril de 38.5 ° y corroboro información visualizando las notas de Enfermería y el registro de curva térmica; refiere salida de líquido anal de aproximadamente 150 ml de olor fétido proveniente de la anastomosis el cual es corroborado con la inspección de un apósito y pañal que muestra María.

Muestra una comunicación clara, sin limitación física para comunicarse, visualizo alteración en el estado de ánimo de María y refiere tristeza debido al proceso de enfermedad que enfrenta y todo lo que tiene que ver con la cirugía y la hospitalización aparte extraña a sus hijos; ella es muy perceptiva y cooperadora a los cuidados que se le brindan; menciona que le ha sido difícil la aceptación del diagnóstico de cáncer y todo el proceso que ha tenido que vivir, sin embargo su familia funge un papel muy importante como fuente de apoyo emocional . Presenta un ECOG de 2 pts.

10. Necesidad de comunicarse

Es una persona con facilidad para comunicarse con el personal de salud y con sus familiares, no presenta alguna limitación; su estado de ánimo por el momento es optimista y expresa abiertamente sus sentimientos y refiere que pese a sentirse un poco decaída anímicamente tendrá la fortaleza para salir adelante por ella y por su familia. María en la vida cotidiana refiere que ha llegado a responder con agresividad como mecanismo de defensa ante las situaciones difíciles; actualmente sus necesidades sexuales no son cubiertas debido a que desde antes de ser diagnosticada pensaba que no sería conveniente debido a toda la sintomatología que venía presentando; menciona que su esposo es muy comprensivo con ella respecto a que no practican relaciones sexuales

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Profesa religión católica, y es muy apegada a acudir a las actividades de culto; menciona que Dios y su fuente de fe la ayudan a sentirse bien espiritualmente y a salir de momentos difíciles.

Actualmente refiere estar afectada emocionalmente debido al estoma que le han realizado; que como ha cambiado su físico no se percibe como la misma de antes y tendrá que cambiar su vestuario y tratar de adaptarse a su cambio corporal; que no lo puede ver porque le da miedo y le pone nerviosa saber que tiene una parte del intestino fuera de su estómago y aún no lo asimila así que prefiere no mirarlo (sic); cabe mencionar que a la hora del baño en regadera su esposo le ayuda a sus cuidados de curación de heridas y colocación de la placa y bolsa colectora; visualizo facies de preocupación al escucharla hablar de su cambio corporal; también menciona que aunque conoce lo difícil de su proceso tiene deseo de adaptarse a los cambios para integrarse progresivamente a sus actividades diarias.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Actualmente no trabaja y se dedica a actividades del hogar mismas que refiere son valoradas por su familia; menciona que antes de enfermarse daba clases de zumba, aerobics, vendía ropa deportiva y le gustaría retomar esta actividad y espera que la estoma no tenga inconveniente o que sea un impedimento; sin embargo, se siente con preocupación y al mismo tiempo trata de mantenerse positiva, ya que le han mencionado la posibilidad de una reconexión intestinal dependiendo de su evolución de salud.

13. Necesidades de jugar/participar en actividades recreativas

María ha cambiado la realización de sus actividades recreativas debido a que desde antes que se enterará de su padecimiento de cáncer, ella ya comenzaba a presentar sintomatología que física y psicológicamente limitaban la realización de estas actividades; refiere que jugaba con

sus hijos y veía televisión, sin embargo, últimamente ya no era tan frecuente. Actualmente en hospitalización no realiza actividades recreativas y eso hace que esté enfocada esperando nuevas noticias de su recuperación, muestra facies de aburrimiento, menciona que si le agradaría hacer alguna actividad que despejara su mente.

14. Necesidad de aprendizaje

María es una mujer que sabe leer y escribir; muestra interés por la información que se le brinda respecto a cuidados hospitalarios; su capacidad de aprendizaje es buena ya que es muy perceptiva y receptiva; María ya ha recibido anteriormente información sobre el cuidado del biovac; de las heridas quirúrgicas y de la ileostomía y comenta deseos de ampliar sus conocimientos; hoy en día, su esposo es el que le ayuda al cambio de la placa y bolsa colectora; ya que María no quiere ver el estoma por que le da miedo y se pone nerviosa de saber que tiene fuera el intestino; menciona que es muy difícil para ella la limpieza de la zona anal ya que es una parte sensible y le genera impacto emocional la cirugía que le realizaron a nivel rectal; su esposo y María refieren desconocer los signos y síntomas de alarma que se puedan presentar en el domicilio y muestran muchas dudas respecto a los cuidados de las heridas así como medidas higiénico–dietéticas; su esposo muestra interés y apoyo por tratar de entender el proceso por el cual cursa María.

8.2 Jerarquización de necesidades alteradas

- 1. Necesidad de aprendizaje**
- 2. Necesidad de higiene y protección de la piel**
- 3. Vivir según sus valores y creencias**
- 4. Necesidad de descanso y sueño**
- 5. Necesidades de jugar/participar en actividades recreativas**

8.3 Diagnósticos de Enfermería

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Exhaustiva	7 de Noviembre 2017			08:00 -14:00		Cirugía –oncológica Hospitalización				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Aprendizaje	F. F	F.C	F. V	Ayuda	X	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento	X					
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Visualizo a María receptiva y perceptiva, mostrando voluntad y disposición para el aprendizaje. 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Refiere deseos de aprender nuevos conocimientos, así como ampliar los ya adquiridos de los cuidados del biovac, heridas quirúrgicas, e ileostomía. ❖ Refiere que le cuesta trabajo realizar el aseo de las heridas abdominales y aseo de la región perianal ya que le genera nerviosismo y le impacta emocionalmente. ❖ María y su esposo refieren desconocer los cuidados de las heridas en domicilio y derivaciones y muestran interés por el aprendizaje 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cursa su 6° Post operatorio de Resección Interesfintérica Laparoscópica + Colon anastomosis. ❖ 2 Heridas quirúrgicas de 2 cm en el abdomen ❖ Biovac en hueco pélvico ❖ Ileostomía 				
Diagnostico										
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud M/P refiere deseos de aprender el manejo del biovac, heridas quirúrgicas y la ileostomía.										
Objetivo de la persona										
Realizar los cuidados de las heridas quirúrgicas sin miedo así como cuidados de biovac e Ileostomía para evitar complicaciones.										

Resultado esperado.

María y su esposo aprenderán los cuidados del manejo de heridas, drenaje y estoma dentro del hospital e integrarán ese conocimiento en su domicilio para evitar malos cuidados que conlleven a complicaciones como un proceso infeccioso e identificarán los signos y síntomas de alarma.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación
Educación en el cuidado de heridas	<ul style="list-style-type: none">❖ Enseñar a María y a sus cuidadores primarios los procedimientos de cuidado de herida en domicilio.❖ Asistencia en la higiene por parte de sus cuidadores primarios; esta actividad se realizará hasta obtener mayor confianza de María para la realización de su cuidado higiénico❖ Curación de heridas diariamente posterior al baño en regadera y estas se cubren con gasa estéril y micropore.❖ Cubrir la herida abdominal con un apósito estéril y aplicar vendaje abdominal.❖ Enseñanza sobre el manejo del biovac, cuantificación, registro y características del líquido drenado.❖ Monitorizar las características de las heridas (laparoscópicas, de biovac), incluyendo drenajes, color, tamaño y olor.❖ Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.❖ Cambio de posición y utilización mecanismos de alivio de presión en este caso se utiliza una dona para sentarse sobre las superficies (cama, silla, reposit)❖ Se sugiere acudir a Atención Inmediata en caso de presentar fiebre, enrojecimiento, salida de secreción sugerente de un proceso infeccioso.	<p>El proceso de educación está estrechamente ligado con el proceso de comunicación; las enfermeras deben de asegurar que las intervenciones educativas y las instrucciones se corresponden con la capacidad de alfabetización en salud de las personas; un aspecto muy importante del cuidado de enfermería es el mantenimiento de la integridad de la piel, el cuidado de heridas y proporcionar una información oportuna sobre el manejo de estas; las intervenciones para el cuidado de la piel son fundamentales para garantizar una atención de alta calidad.</p> <p>Es importante conocer las expectativas de la persona, debido a que este y su familia deben estar involucrados en el cuidado de la herida.</p> <p>Es de suma relevancia la planificación y la anticipación de las necesidades de la persona sobre el cuidado de la herida y los materiales o recursos para el autocuidado ya que es imprescindible trabajar junto al paciente para establecer la forma de mantener los cuidados y favorecer la cicatrización de heridas, tanto si el</p>

<p>Cuidados de la ostomía</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Educar a María y sus cuidadores primarios sobre la utilización del equipo y cuidados de la ostomía. ❖ Invitar a los familiares de María que muestren el uso correcto del equipo y se familiaricen con la instalación de la placa y bolsa de drenaje. ❖ Evaluar los cuidados de la ostomía por parte de María y sus familiares y posteriormente realizar una demostración para los cuidados y mantenimiento del estoma. ❖ Acompañar en el cambio de la placa y bolsa a María e identificar acciones que se tengan que modificar o mejorar para facilitar el adecuado manejo del estoma. ❖ Se realiza una evaluación continua del aprendizaje adquirido, así como su puesta en práctica. ❖ Se brinda enseñanza en cuanto a las características normales del estoma y se dan ejemplos precisos de las complicaciones tales como infección, dehiscencia mucocutánea, sangrado, hundimiento, retracción, prolapso, abscesos y lesiones cutáneas. ❖ Se instruye a María y sus cuidadores sobre una dieta adecuada, los cambios esperados y alterados en función a la evacuación. 	<p>paciente está en el hospital como si está en su domicilio.³⁴</p> <p>La educación al paciente ostomizado tiene como objetivo primordial, la reinserción a la vida anterior a la cirugía que implica como condición indispensable, la total independencia del paciente en el manejo de su ostomía³⁵</p> <p>Será de vital importancia el proceso educativo porque reduce las complicaciones postoperatorias, disminuye los estados depresivos y el estrés en el paciente y su familia, logra la reintegración laboral precoz, mejora la aceptación del problema, acelera la rehabilitación y reduce las ideas y conductas suicidas.</p> <p>Las medidas educacionales a las personas portadoras de una ostomía son un aspecto esencial a tener en cuenta, pues se contribuye a que aprendan a manejar su ostomía con éxito y esto es clave para mejorar su calidad de vida, ayuda a minimizar problemas como miedo, vergüenza, problemas con la imagen corporal, sexualidad, aumenta la confianza personal para tomar decisiones independientes, entre otras, es decir, consiguen buenos resultados en general, esta medidas educativas se consideran las intervenciones de mayor beneficio para los</p>
--------------------------------------	--	---

³⁴ Potter A. Patricia, Perry G. Anne "Fundamentos de Enfermería" Editorial Manual Moderno 2015, octava edición, capítulo 48 Integridad de la piel y cuidado de heridas, pág. 1183-1202

³⁵ Martí M. Luis, Estrada de Ellis Silvina "Enfermería en curación de heridas" Bueno Aires 2012 [citado 15 Julio 2018] Disponible en : <file:///C:/Users/Alo%20Black%20Panter/Desktop/articulos%20estudio%20de%20caso/Cuidados%20de%20Enfermeria%20en%20las%20Heridas.pdf>

		<p>ostomizados tanto antes como después de la intervención.</p> <p>Concretamente dentro del rol de enfermería es importante resaltar y que se haga hincapié en que son los profesionales que pasan el mayor tiempo con el paciente por lo que su intervención será muy influyente debiendo educar en todos los aspectos de la atención al ostomizado y a sus familiares (tanto a nivel físico, psicológico, social, económico, familiar).³⁶</p>
<p>Evaluación</p>	<p>María se muestra más tranquila respecto a la información que se le ha brindado en conjunto con su esposo quien es su cuidador primario; hacen referencia a que pondrán en práctica tanto en el hospital como en domicilio las medidas higiénicas y de protección para las heridas que tiene.</p> <p>Su esposo realiza el cambio de placa y bolsa de ostomía, practicando la técnica de cambio, cuantificación y observación de las características de drenaje de la ileostomía.</p>	

³⁶ Gómez del Río, Nazaret. Et al. "Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado" ENE. Revista de Enfermería 2012 [citado 21 julio 2018] Disponible en: [file:///C:/Users/Alo%20Black%20Panter/Downloads/279-1161-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Alo%20Black%20Panter/Downloads/279-1161-2-PB%20(1).pdf)

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Exhaustiva	7/Nov/ 2017			8:00 - 10:00		Cirugía –oncológica Hospitalización				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Higiene y protección de la piel	F. F	F.C	F. V	Ayuda	X	I	PD	D	DT	DP
			Acompañamiento							
			Suplencia							
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Región perianal continuamente húmeda. ❖ Salida de líquido anal de características sanguinolentas de color rojo brillante el cual fue evolucionando a ser de color rojo oscuro y al momento salida de líquido sanguinolento de olor fétido. 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Magdalena refiere sentirse incomoda, y con mala higiene. 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cursa su 6° día de Post operatorio de Resección Interesfintérica Laparoscópica + Colon anastomosis 				
Diagnóstico:										
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea perianal R/C salida de líquido con características sanguinolentas por región anal de manera continua con olor fétido, la zona se encuentra continuamente húmeda.										
Objetivo de la persona:										
Sentirse cómoda, higiénica y seca.										
Resultado esperado:										
Mantenimiento de la región perianal seca e integra; evitar la formación de lesiones y la mejoría del confort.										
Intervenciones	Acciones					Fundamentación				
Cuidados perineales	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mantener en la medida que sea posible el periné seco, con el cambio de pañal o apósito. ❖ Limpieza del periné con regularidad. ❖ Mantener a María en una posición cómoda al estar sentada; realizando una dona que tenga la función de 					La higiene perianal es el cuidado de la piel de la región entre la vulva y el ano; este es esencial para prevenir la infección del tracto urinario y el daño de la piel, reducir la susceptibilidad a las úlceras por presión y promueve la comodidad, especialmente en				

	<p>evitar el contacto directo de la región perianal con el asiento, ya sea de la silla, reposet o cama.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Documentar en la hoja de enfermería las características del liquido ❖ Instruir a María y a sus cuidadores primarios sobre la inspección del periné para detectar signos patológicos, infección, pérdida de la continuidad de la piel o lesiones así como exudado anómalo. 	<p>paciente con incontinencia fecal o urinaria; esta incontinencia es uno de los factores principales para el desarrollo de la dermatitis entre otros factores como son los cambios en el pH de la piel, humedad, daño de la piel causada por la mezcla de orina y las heces y los daños causados principalmente por las enzimas fecales, como proteolíticas y lipolíticas; cuando orina y heces se mezclan, las bacterias existentes convierten la urea de la orina en amoníaco, lo que hace que la piel tenga un pH más alcalino.</p> <p>Las medidas de contención incluyen el uso de productos absorbentes para minimizar el disconfort en los pacientes y la prevención de lesiones incluye la detección oportuna en los pacientes de alto riesgo, la implementación de la higiene diaria elimina la suciedad y los irritantes y evita dicha exposición a irritantes y bacterias.</p> <p>Dichos cuidados deben de garantizar la dignidad y privacidad de la persona.³⁷</p>
<p>Evaluación</p>	<p>María y su esposo comprenden la importancia del mantenimiento de la higiene de la región perianal y pondrán especial cuidado en el aseo, el cambio de pañal y apósito continuamente para mantener el área seca, limpia e integra.</p>	

³⁷ Flores A. Clara Inés, Romero B. Ángela “Higiene perianal y cuidados en la incontinencia”. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario “Reyna Sofía” 2010 [citado 20 julio 2018] Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b5_higienes_perianal.pdf

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Exhaustiva	7/11/2017			11:00		Cirugía –oncológica Hospitalización				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Vivir según sus valores y creencias	F. F	F.C	F. V	Ayuda	X	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento	X					
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Visualizo facies de disgusto y preocupación al hablar de su cambio corporal. 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Refiere no querer ver la estoma ya que le da miedo y se pone nerviosa por el hecho de saber que tiene una porción de intestino por fuera. ❖ Refiere que como ha cambiado su físico no se percibe como la misma de antes y tendrá que cambiar su vestuario y tratar de adaptarse a su cambio corporal ❖ Es dependiente para la realización de los cuidados del estoma ya que es apoyada por su esposo. 			Portadora de una ileostomía.				
Diagnóstico: Trastorno de la imagen corporal R/C alteración en la auto percepción M/P no querer visualizar el estoma, no querer brindarle cuidados como aseo, colocación de la placa y bolsa colectora; facies de preocupación y disgusto por su cambio corporal y la referencia de no ser la misma de antes.										
Objetivo de la persona: María quiere adaptarse lo más pronto posible a su condición para poder integrarse a sus actividades diarias.										
Resultado esperado: María integrará sus conocimientos para comprender la importancia de la aceptación de su ileostomía y la adaptación en beneficio a su estado emocional y de salud; tendrá										

una actitud positiva y alentadora para enfrentar los cambios previsibles en su imagen corporal y trabajará continuamente para tener una percepción positiva de sí misma.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación
<p>Mejorar el afrontamiento y apoyo emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se brinda la orientación con un enfoque sereno y tranquilizador. ❖ Animar a María a expresar los sentimientos de inquietud acerca del cambio de imagen corporal. ❖ Se determina con María y su esposo que la portación del estoma no deberá aislarla de su familia, amistades o entorno social externo. ❖ Integrar a María a que participe de los cuidados de la ileostomía y se fomente el afrontamiento progresivo hacia la aceptación de su cambio de imagen corporal. ❖ Se fomenta la participación de grupos de apoyo para pacientes con ostomía después del alta hospitalaria. ❖ Se ayuda a María a identificar la importancia de la separación de los sentimientos del aspecto físico con la valía personal. ❖ Se clarifican conceptos equivocados y negativos de la ileostomía y colostomía. 	<p>El afrontamiento se revela como un proceso complejo y multifactorial que está condicionado tanto por el entorno (sus demandas y recursos) como por la subjetividad (la interpretación del mundo exterior e interior). Este comienza con el significado que se le da a la ostomía. La persona recientemente ostomizada se centra en los aspectos más funcionales de ésta, resultando secundaria la imagen corporal. Esta interpretación puede estar condicionada por el momento en el que tienen lugar el estudio pudiendo variar a medida que evoluciona el proceso de adaptación o con el retorno al ambiente socio-familia y mediante una adecuada intervención del personal de enfermería los pacientes son capaces de combinar un número muy variado de estrategias de afrontamiento.</p> <p>Las estrategias dirigidas al afrontamiento y apoyo emocional se centran en la solución de problemas que resultan imprescindibles para lograr la autonomía</p>

		<p>del paciente intuyéndose una buena adaptación socio familiar.</p> <p>Las intervenciones deben dirigirse hacia los aspectos valorados por los pacientes como más conflictivos, a la vez que se potencian y refuerzan las conductas adaptativas o se reconduce el proceso en caso de aptitudes poco idóneas.³⁸</p>
<p>Mejora de la imagen corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se ayuda a María a determinar la importancia de los cambios reales en su cuerpo a nivel de su funcionamiento en beneficio a su estado de salud. ❖ Se comenta la importancia que tiene el arreglo personal en cuanto a higiene y estética para el estado emocional. ❖ Se brinda orientación anticipatoria para el cuidado de su imagen corporal y se sugiere se adapten las prendas de vestir de su agrado, que estas sean cómodas para que tenga confianza y seguridad de estar en su casa o salir de su domicilio. 	<p>Dado que las ostomías comprometen aspectos fundamentales del desarrollo psíquico, como son la autoestima, la autonomía y las habilidades sociales, además de las consecuencias potencialmente graves para la salud física, se deduce la importancia que tiene un apropiado conocimiento y manejo de este tipo de pacientes para lograr su recuperación a una vida normal. Y serán las enfermeras las que tengan un papel clave en el cuidado de pacientes con estoma, tanto antes como después de la intervención quirúrgica.</p>

³⁸ Begoña M. Martín, Panduro J. Rosa M^a, et al. "El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas". *Index Enferm* 2010 [citado 20 julio 2018] pág. 115-119. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200009&lng=es.

		<p>Se interviene de forma continua en ayudar a los pacientes ostomizados para entender su diagnóstico y pronóstico, la adaptación a la vida con un estoma, la enseñanza de habilidades en el cuidado e higiene del estoma, y en el abordaje de las cuestiones referidas a las redes familiares y de apoyo, el empleo, la aceptación de la nueva imagen corporal y resolución de sus miedos y dudas en las relaciones sexuales.</p> <p>Dichas acciones dirigidas para reducir o minimizar el impacto psicológico del estoma en los pacientes ostomizados para mejorar su calidad de vida, no solo como base fundamental del cuidado sino también en la vigilancia tras el alta, ejerciendo un rol asistencial y docente ³⁹</p>
<p>Evaluación</p>	<p>María visualiza el estoma en varias ocasiones, toca la placa y la bolsa colectora; hace referencia a que brindara apoyo a su esposo en el cambio ya que ella aún no tiene la suficiente confianza para realizar el procedimiento sola.</p> <p>Valora e identifica la importancia del mantenimiento de la imagen corporal en cuanto a estética e higiene, visualizo facies relajadas posterior a la orientación y refiere estar tranquila porque tiene más información de cómo puede ser su arreglo personal cuando regrese a su domicilio.</p>	

³⁹ Gómez del Río, Nazaret. Et al. 2012 Op cit.

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Exhaustiva	7 de Noviembre 2017			11: 00		Cirugía –oncológica				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Vivir según sus valores y creencias	F.F	F.C	F. V	Ayuda		I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento	X					
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Visualizo facies de tristeza, estado de astenia, adinamia y periodos de silencio y pensamiento constante. ❖ Visualizo que es muy perceptiva y cooperadora. 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Refiere tristeza debido a la cirugía que le realizaron, al proceso de hospitalización y que se encuentra lejos de la convivencia con sus hijos. ❖ Refiere que ha sido difícil la aceptación del diagnóstico de cáncer y todo el proceso referente a su enfermedad. 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Su familia es una fuente de apoyo importante en el proceso de enfermedad. 				
Diagnostico Baja autoestima situacional R/C dificultad para enfrentar emocionalmente el proceso de enfermedad y tratamiento así como los cambios del estado de salud M/P verbalización de sentimiento de tristeza y visualización de astenia y adinamia.										
Objetivo de la persona Mejorar el estado de ánimo para enfrentar mejor los procesos de su enfermedad y tratamientos.										
Resultado esperado Lograr una mejoría en el estado de ánimo y potenciar las emociones positivas para que María enfrente de la mejor manera las situaciones que le acontecen en el proceso de enfermedad y tratamiento.										
Intervenciones	Acciones					Fundamentación				
Apoyo emocional y potenciación de la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Explorar con María lo que ha desencadenado las emociones. ❖ Abrazar y tocar a María para proporcionar apoyo. ❖ Fomentar la convivencia con sus hijos a través de video llamadas y la comunicación constante con ellos 					El proceso de hospitalización genera alteraciones emocionales cuyos sentimientos varían en intensidad. El desconocimiento del cuadro clínico, la rutina impuesta por el hospital, el				

<p style="text-align: center;">Mejorar el enfrentamiento</p>	<p>con la finalidad de fortalecer su lazo familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. ❖ Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. ❖ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. ❖ Favorecer la conversación como medio de disminuir la respuesta emocional. ❖ Remitir a María al servicio de psicooncología. <ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar la comprensión de María en el proceso de enfermedad. ❖ Proporcionar un ambiente de aceptación y ayudar a María a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. ❖ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico ❖ Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de tristeza. ❖ Tratar de comprender la situación de María sobre la situación estresante. ❖ Alentar el uso de fuentes espirituales como el apego a sus creencias. 	<p>distanciamiento de familiares, de residencia y sus objetos, y la incertidumbre en cuanto al tratamiento y expectativas generadas por la cura y el alta hospitalaria son causas de cambios en el área emocional.</p> <p>El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente. Por tanto, la atención dispensada debe ser integral, considerando la totalidad y complejidad del ser humano, abarcando tanto la dimensión física psicológica, asociando el cuidado instrumental (medicación, curativos, higiene entre otros) al cuidado expresivo, que engloba el aspecto psicosocial, el relacionamiento y el apoyo emocional.</p> <p>Teniendo en cuenta que la promoción del apoyo emocional ha alcanzado resultados positivos en el proceso de recuperación de los pacientes, los cuidados instrumentales, expresivos deben complementarse con las medias de enfrentamiento en situaciones complejas o de difícil percepción para la</p>
---	---	--

		<p>persona, de esta forma es posible reducir o inclusive sanar el sufrimiento físico y psíquico provocado por el proceso de enfermedad e internación hospitalaria. En enfermería, se enfatiza, cada vez más, la importancia de la asistencia integral al paciente, considerándolo en su totalidad, a través de acciones que trasciendan el cuidado al físico, abarcando lo emocional, posibilitando una comprensión amplia.⁴⁰</p>
<p>Evaluación</p>	<p>María se muestra empática e interesada por mejorar su capacidad de afrontamiento ante las situaciones en su proceso de enfermedad.</p> <p>Refiere ser fuerte y querer salir adelante por su familia y en especial por sus hijos y visualizo que está más tranquila.</p> <p>Menciona que siempre ha tenido mucha fortaleza para enfrentar las situaciones; sin embargo, este proceso le ha generado muchos sentimientos como enojo y tristeza y ha tenido grandes cambios tanto personales como familiares desde que se enteró del diagnóstico, sin embargo, están dispuesta a mejorar el aspecto anímico porque ya no quiere sentirse mal.</p>	

⁴⁰ Braga, M. M.; Coimbra, V. C. C. et al." Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados". Evidentia. 2012 oct-dic. [citado 16 enero 2018] Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>>

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Exhaustiva	7 de Noviembre del 2017			12: 00		Cirugía –oncológica				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Descanso y sueño	F. F	F.C	F. V	Ayuda		I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento	X					
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Visualizo facies de cansancio y ojeras 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Refiere tener un patrón de sueño normal con 8 horas de descanso en su domicilio. ❖ Refiere estar cansada y somnolienta. ❖ Refiere actualmente conciliar el sueño por periodos cortos y despertar frecuentemente. ❖ Refiere que en su hospitalización no ha podido conciliar bien el sueño debido a las luces prendidas la mayor parte del tiempo y las actividades del personal de salud por la noche a la hora de aplicar algún medicamento o revisar los signos vitales ❖ Se encuentra preocupada debido a su hospitalización; a la realización de su cirugía; se encuentra lejos de su familia y en particular extraña a sus hijos. 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ 8 días estancia hospitalaria 				

Diagnóstico: Patrón del sueño alterado R/C obstáculos del entorno (luz hospitalaria encendida, interrupción del sueño por actividades nocturnas del personal) preocupación por la cirugía, hospitalización y extraña la convivencia con sus hijos M/P refiere estar cansada y somnolienta; duerme pocos periodos por la noche y se visualiza con facies de cansancio y ojeras.

Objetivo de la persona

Lograr tener un estado de tranquilidad y serenidad ; así como poder tener un sueño reparador en hospitalización y estar más descansada

Resultado esperado:

Proporcionar elementos a la señora María que le permitan adquirir la capacidad para mantener una mayor serenidad frente a la situación del tratamiento y hospitalización, para de esa forma lograr conciliar el sueño durante la noche y mantener un periodo más largo de descanso y que este sea reparador.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación
<p>Mejorar el sueño</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad en situaciones de estrés psicosocial. ❖ Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso. ❖ Promover un ambiente cómodo, favoreciendo un periodo de sueño corto (siestas) que ofrezca sensación de descanso. ❖ Se sugiere la utilización de un antifaz que cubra los ojos durante la noche y así evitar la incomodidad de la luz encendida. ❖ Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de ir a la cama. ❖ Ayudar a María a limitar el sueño durante el día disponiendo de actividades recreativas que favorezcan la vigilia. 	<p>El descanso y el sueño son situaciones biológicamente necesarias para la salud de la persona. Ayudan a recuperar la energía consumida durante las actividades de la vida diaria. En situaciones de enfermedad las necesidades del mantenimiento del descanso y el sueño se hacen necesarias para los seres humanos, lo que nos lleva a concluir desde el punto de vista de la enfermería, que son actividades de cuidados esenciales y fundamentales para las personas a nuestro cargo dentro de los centros de hospitalización.</p> <p>El abordaje de los cuidados básicos en el descanso es primordial desde el punto de vista enfermero, y la</p>

<p style="text-align: center;">Mejorar el afrontamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ayudar a María a resolver los problemas de forma constructiva. ❖ Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia, tristeza y preocupación ❖ Fomentar un dominio gradual de las situaciones. ❖ Animar a María a desarrollar una relación más estrecha con sus hijos a través de llamadas telefónicas, video llamadas constantes. ❖ Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones, miedos. ❖ Ayudar a María a identificar sistemas de apoyo disponibles por parte de sus familiares, amistades y equipo de salud. ❖ Animar a María a clarificar los conceptos equivocados sobre la hospitalización y miedos del proceso de cirugía. 	<p>formación básica en este sentido ha de acometerse, desde el punto de vista institucional, partiendo de trabajos como el que presentamos. El descanso correcto puede suponer a la larga incluso disminución de días de estancia, por una más pronta recuperación de los pacientes con el consiguiente beneficio para la sanidad pública, además de conseguir un aumento cualitativo en la calidad de los cuidados enfermeros.⁴¹</p> <p>Las estrategias de afrontamiento son procesos cognitivos y conductuales utilizados para gestionar las demandas internas y externas de las circunstancias estresantes.</p> <p>En lugar de ser un componente estático de la personalidad, el afrontamiento es multidimensional, es decir, las personas hacen frente dependiendo del contexto y los factores de estrés.</p> <p>Como las personas actúan y reaccionan a factores estresantes en general, dependerá de su capacidad para regular sus</p>
--	---	---

⁴¹ Medina Cordero A., Fera Lorenzo D.J, et al." Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso" *Enferm. glob.* 2009 [citado 2018 Ene 17] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es.

		pensamientos, sentimientos y comportamiento. ⁴²
Evaluación	<p>María verbaliza que le ha sido de gran ayuda escuchar un punto de vista diferente respecto a la forma de afrontar las situaciones difíciles que están presentes en este momento que se encuentra cursando por el tratamiento de cirugía, ya que todas las situaciones presentes son nuevas tanto como la enfermedad y los problemas emocionales derivados de mismo.</p> <p>En función de la mejoría de la necesidad de sueño; la señora María tomó siestas por la mañana durante los días de hospitalización de aproximadamente 1 hora, refiere sentirse descansada y durante la tarde se mantiene activa; ha realizado ejercicios de meditación antes de conciliar el sueño nocturno; utiliza el antifaz sugerido y refiere ha dormido por periodos más largos de tiempo durante la noche.</p> <p>Posterior al día de la aplicación de las intervenciones logro visualizar que las facies de María son más serenas y no se observan tan acentuadas las ojeras.</p>	

⁴² Medina Cordero A., Fera Lorenzo D.J, et al." Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso" *Enferm. glob.* 2009 [citado 2018 Ene 17] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es.ez.pdf?sequence=1

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Exhaustiva	7/11/2017			12: 00		Cirugía –oncológica Hospitalización				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Necesidades de jugar/participar en actividades recreativas	F. F	F.C	F. V	Ayuda		I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento	X					
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ No realiza actividades recreativas durante hospitalización. ❖ Facies de aburrimiento 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Refiere cambio de hábitos en la realización de actividades recreativas desde el comienzo de su padecimiento ❖ María se encuentra muy enfocada en espera de nuevas noticias respecto a su recuperación ❖ Refiere agradecerle la idea de realizar alguna actividad que despeje su mente. 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ 8 días estancia hospitalaria 				
Diagnóstico:										
Déficit de actividades recreativas R/C insuficiente promoción de actividades de esparcimiento M/P facies de aburrimiento y estado de alerta mediante cualquier informe de su estado de salud										
Objetivo de la persona:										
Le gustaría hacer alguna actividad que despeje su mente										
Resultado esperado:										
Integración de actividades recreativas durante su estancia hospitalaria para que sean realizadas de forma diaria y continua.										
Intervenciones	Acciones					Fundamentación				
Terapia de actividad y terapia de entretenimiento	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se le brindan a la señora María revistas de su interés, así como material didáctico (sopas de letras, memoramas, anagramas) ❖ Se fomenta el uso de música de su agrado en beneficio a la distracción. ❖ Se sugiere “set list” de musicoterapia para el fomento de la relajación y tranquilidad. 					La terapia ocupacional en el contexto hospitalario visa la promoción de la salud y busca alternativas para potencializar la calidad de vida del paciente, por medio de la re significación de sus actividades y de sus rutinas diarias que fueron interrumpidas debido a la enfermedad y la hospitalización, estas actividades se planean teniendo en cuenta la				

		historia de vida, los valores sociales, culturales y preferencias de la persona. 43
Evaluación	María muestra interés en la realización del material didáctico y la consulta de revistas de su agrado; refiere que ocupara este método para tener ocupada su mente en otras actividades para no estar a la expectativa en todo momento y escucha música de su agrado durante el turno.	

⁴³ Medina Cordero A., Feria Lorenzo D.J, et al." Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso" *Enferm. glob.* 2009 [citado 2018 Ene 17] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-6141200900030

8.4 Valoraciones focalizadas

Posteriormente a la valoración exhaustiva acudo el 8 de noviembre de 2017 a valorar nuevamente a María Magdalena en el mismo servicio encontrando los siguientes datos y enfocándome en una valoración focalizada.

María Magdalena se valora con estado de conciencia alerta, la visualizo con más tranquilidad y se mantiene deambulando y se mantiene fuera de cama; a la valoración de sus signos vitales, los cuales son los siguientes: TA 123/73, FC 84 x', RF 19 x', Sat. O2 97 %, EVA de 0 pts., Glasgow de 15 pts. Refiere que el médico realizó paso de visita y le hizo una exploración física, le ha comentado la salida de líquido purulento por el recto; se bañó en regadera y le realizó curación de las heridas abdominales, así como biovac, visualizando heridas limpias sin datos aparentes de proceso infeccioso; con Ileostomía con mínimo drenaje líquido; actualmente con dieta para Ileostomizado baja en residuos, blanda y con abundantes líquidos; con buena tolerancia a la misma sin dificultad para la deglución; se aplican medicamentos prescritos por el acceso venoso periférico el cual porta. Posteriormente acude médico tratante informándole a María y a su esposo la necesidad de una nueva intervención quirúrgica debido que a la exploración previa encontró datos de necrosis de la colono-anastomosis y fallo de la misma y que los datos del pico febril y la salida de líquido purulento eran datos sugerentes del mismo problema; que se tendría que cerrar la Ileostomía y realizar una colostomía de forma permanente; observo a María con facies de preocupación y asombro; realiza diferentes cuestionamientos al médico el cual indica que comentara caso con el demás equipo médico y que se le informará en el transcurso de la tarde sobre la preparación para que pueda ingresar a quirófano y que por el momento se tendrá que mantener el ayuno; posteriormente el médico se retira .

María se muestra temerosa y con crisis de llanto; visualizo sus manos temblorosas; su esposo la acompaña, le brinda consuelo y la abraza hasta que deja de llorar; me encuentro todo el tiempo con ella escuchándola y brindándole apoyo; refiere estar consternada por cómo pudo pasar que no funcionara la cirugía; que tiene miedo de volver a ingresar a quirófano y que aunque sabe que su única opción será que el cirujano realice la colostomía permanente, no asimila el hecho de tener que vivir con ella; que tenía esperanza en que su vida volviera ser la misma después del cierre quirúrgico del estoma y que ahora su panorama cambia radicalmente y se siente frustrada y desesperada ante la noticia del ingreso a quirófano; refiere que se quiere sentir mejor de estado de ánimo que no quiere tener miedo ante las adversidades ya que estas noticias le impactan de manera negativa en su estado emocional.

Le brindo a María privacidad ya que realiza múltiples llamadas a sus familiares y cuando habla con ellos se encuentra llorando.

Informo al jefe de servicio del nuevo ingreso de María a quirófano la cual me menciona no tener información de esta situación, corroboro indicaciones médicas en las cuales no hay cambio ni indicación de preparación e ingreso a quirófano.

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio					
Focalizada	8 de Noviembre del 2017			8:00 -14: 00		Quinto piso de hospitalización, Cirugía					
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							X
				Suplencia							
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios					
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Crisis de llanto ❖ Visualizo a María con facies de preocupación, miedo, asombro y manos temblorosas. 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ No asimila el hecho de ser portadora de una Colostomía permanente ❖ Refiere frustración y desesperanza debido al reingreso quirúrgico. ❖ Refiere estar consternada respecto a la razón del fallo de su cirugía 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Al paso de visita médica realizan exploración física; posteriormente informa a María y esposo el fallo de la Colonoanastomosis y datos de necrosis, así como la nueva intervención quirúrgica para cierre de ileostomía, desmantelamiento de la anastomosis y la realización de una colostomía permanente. ❖ Salida de líquido purulento por la herida quirúrgica anal. 					
Diagnóstico:											
Labilidad emocional R/C impacto anímico por noticia de re intervención quirúrgica M/P llanto, facies de preocupación, manos temblorosas, desconcierto de ingresar nuevamente a quirófano, desesperanza y la no asimilación de ser portadora de una Colostomía permanente.											
Objetivo de la persona. Refiere querer sentirse mejor emocionalmente, ya que estos cambios en su vida le generan impactos negativos en sus emociones.											

Resultado esperado. Mejorar el estado emocional respecto al impacto que genere el informe del reingreso al quirófano y obtener una mejoría en el manejo de sus emociones así como generar un ambiente de tranquilidad en la disminución de la sensación de ansiedad y miedo.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación
<p>Disminución de la ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Para dirigirme a María utilizo un enfoque sereno; que brinde seguridad. ❖ Brindo acompañamiento durante su crisis de llanto y trato de respetar el espacio personal de María. ❖ Cuando se encuentra más tranquila explico el procedimiento quirúrgico, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar, pre y post procedimiento quirúrgico. ❖ Trato de comprender la perspectiva de María sobre la situación estresante que está pasando y procuro no sobrecargarla de información innecesaria. ❖ Proporciono información objetiva, respecto al procedimiento, y pronóstico. 	<p>Existe un gran interés en el personal de enfermería relacionado con la ansiedad del paciente, ya que siempre se valora al paciente de forma holística. Así pues, el asesoramiento incluye acciones dirigidas a proporcionar información y a la enseñanza de técnicas y formas de autocuidado, necesidades inmediatas, que además van a satisfacer otras necesidades fundamentales, como las de comunicación y seguridad.</p> <p>Con la información se pueden aclarar dudas, creencias erróneas, temores a lo desconocido. Al verbalizar sus emociones y dudas respecto al procedimiento se podrá mejorar la comprensión y minimizar el estrés. La información preoperatoria como variable significativa en la reducción de la ansiedad del paciente quirúrgico es conocida.⁴⁴</p> <p>La ansiedad es un problema de elevada incidencia en los</p>

0005&Ing=es.

⁴⁴ Medina Cordero A., Feria Lorenzo D.J, et al." Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso" *Enferm. glob.* 2009 [citado 2018 Ene 17] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&Ing=es.ez.pdf?sequence=1

[sminucionDeAnsiedadEnPacienteQuirurgicoMedianteU-3724055%20\(1\).pdf](#)

		<p>hospitales, hecho que da lugar a numerosas complicaciones para los pacientes quirúrgicos, pudiendo aumentar el tiempo de recuperación, entorpeciendo la cicatrización, generando complicaciones durante la intervención, favoreciendo la aparición de depresión, aumentando el número de días de estancia hospitalaria, así como la sensación de gravedad perciben la ansiedad de la misma forma.⁴⁵</p>
<p>Mejorar el afrontamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Trato de animar a María y fomentar un ambiente de aceptación respecto a las nuevas situaciones que se vayan generando durante su hospitalización. ❖ Aliento a María sobre una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. ❖ Ayudo a María a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad los cambios en el estilo de vida que se pueden generar. ❖ Apoyo a María a clarificar conceptos erróneos sobre el proceso del tratamiento quirúrgico y los estomas. 	<p>Las estrategias y recursos de afrontamiento van a disminuir o aumentar el sentimiento de temor, dichas estrategias nos permiten protegernos del miedo; son esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar demandas internas o externas, existen datos que indican que el uso de estrategias de afrontamiento efectivas se asocia a una mejor adaptación al proceso patológico que se trate.⁴⁶</p>
<p>Diminución del miedo y Terapia de relajación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fomento el pensamiento que ha de promover en su persona respecto a la confianza que ha de tener hacia el equipo multidisciplinario de la salud 	<p>A pesar de que las técnicas quirúrgicas han evolucionado con el fin de minimizar el riesgo para la vida, la cirugía</p>

⁴⁵ López V. María. Fundamentos teóricos de la intervención enfermera “disminución de la ansiedad” (NIC) en paciente hospitalizado. Universidad de Valladolid, 2015 [citado el 22 de Enero de 2018] Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/11880>

⁴⁶ Guillén P. F. José. “Información preoperatoria, ansiedad y capacidad de afrontamiento ante el proceso quirúrgico y evolución posoperatoria”. Universidad de Granada, 2013 [citado 2 noviembre de 2018] Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/34013/23077037.pdf;jsessionid=637D7B65E6BBD905C73B838010421586?sequence=1>

	<p>respecto a los cuidados que le sean brindados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se enfatiza la necesidad de la reintervención quirúrgica y se fomenta un estado de tranquilidad y seguridad. ❖ Se fomenta el uso de respiraciones profundas y lentas dirigidas hacia la relajación y propicien tranquilidad y disminución del miedo. ❖ Apoyo a su esposo y lo animo para permanecer con María en esta situación difícil. 	<p>representa un acontecimiento estresante, sobre la que existen preocupaciones sobre la autonomía, las condiciones físicas, las acciones dolorosas, la supervivencia, la recuperación, la separación de la familia, del hogar ; todo ello contribuye a que puedan surgir respuestas emocionales ante el proceso quirúrgico, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias en su recuperación.</p> <p>Los profesionales de enfermería son los que pueden disminuir la ansiedad y el temor ante una intervención quirúrgica, favoreciendo su evolución y recuperación en el postoperatorio.</p> <p>Con el fin de conseguir unos resultados óptimos en una intervención quirúrgica, se debe realizar en esta etapa una preparación psicosocial. Una intervención de enfermería reforzaría el vínculo enfermero-paciente, lo que llevaría a una participación más activa en el proceso de restablecimiento, se independiza más rápidamente de los cuidados de enfermería, mejorando su pronóstico y reduciendo el tiempo de estancia hospitalaria.</p> <p>Para que el paciente asuma su confort físico y psicológico, las actividades de la enfermera</p>
--	--	---

		deberán dirigirse a asesorar y proporcionar la información adecuada para cada uno de los aspectos relevantes del proceso quirúrgico. Esto se conseguiría mediante el abordaje integral del paciente según la perspectiva holística del ser humano. ⁴⁷
Evaluación	María refiere que ha logrado sentir alivio después de la crisis de llanto; posteriormente se muestra analizando la situación; escucha con atención la información sobre la re intervención quirúrgica, sobre lo que pudiera llegar a sentir o percibir durante el periodo pre, trans y post operatorio; le animo a tener confianza en el equipo de salud, visualizo que su respiración es más tranquila y de manera progresiva has disminuido los temblores de manos hasta que ya no los presenta; refiere que por su bienestar tratará de asimilar las situaciones de la mejor manera; sus facies son más relajadas y serenas.	

⁴⁷ Alins M. Sofia “ Diseño de una intervención de enfermería para disminuir la ansiedad perioperatoria y el dolor postoperatorio en un paciente quirúrgico” Facultad de enfermería, Universidad de Lleida 2015 [citado 1 de Agosto 2018] Disponible en : <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/49333/smoraa.pdf?sequence=1>

9. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: C. Z. María Magdalena Edad: 49 años Sexo: Femenino
Fecha de ingreso: 31 de octubre 2017 Fecha de egreso: 13 de noviembre de 2017

La información contenida en este plan de alta se ha brindado a María y su esposo desde el primer contacto con la finalidad de favorecer el aprendizaje y mejoría del autocuidado al egreso hospitalario.

1.- Orientación sobre actividades que el familiar responsable debe realizar:

- ✓ Mantenimiento y fomento continuo de una comunicación efectiva por parte del esposo de Magdalena y sus hijos
- ✓ Realización de una higiene de manos adecuada con la técnica aprendida; antes de la preparación y la ingesta de alimentos y antes y después de ir al baño y ante la manipulación de la herida quirúrgica y estoma.
- ✓ Incentivar a la señora María a mantener una movilidad constante con la realización de ejercicios pasivos de movimientos de brazos y piernas estando en cama, así como la ambulación y deambulación en su habitación y casa
- ✓ Monitorizar los efectos de la actividad en la oxigenación.
- ✓ Fomentar la realización de ejercicios respiratorios (inflar globos tres veces por día o el uso de inspirómetro incentivo cada dos horas.
- ✓ Ayudar a mantener una higiene corporal adecuada.
- ✓ Detectar posibles signos de alarma (datos de infección, retraso de recuperación quirúrgica, sangrado, mal funcionamiento de drenajes, mal funcionamiento del estoma, diarrea o deshidratación).
- ✓ Mantenerse pendiente de que tome la medicación prescrita en horarios establecidos sin saltar dosis y evaluar continuamente si existe la presencia de intolerancia a algún medicamento.
- ✓ Acompañar a la señora Magdalena a sus próximas citas.

2.- Orientación dietética

Las medidas alimentarias en la señora Magdalena son importantes para conseguir un óptimo estado general y un correcto funcionamiento del estoma; se debe considerar situaciones especiales, tales como:

- Introducir los alimentos poco a poco y en pequeñas cantidades.
- Inicia con una dieta baja en fibra; hasta establecer una dieta normal.
- No introducir alimentos nuevos hasta comprobar cómo se toleran los anteriores.
- Comer despacio y masticar bien, con la boca cerrada para evitar la formación de gases.
- Algunos alimentos como la cebolla, ajo, pescado y huevos pueden producir olores desagradables, se sugiere moderar o limitar su consumo.
- Es importante beber una cantidad suficiente de agua (1 -1.5 litros/día), sobre todo entre las comidas.

- Ingerir grasa en moderación incluyendo aquella usada en la preparación de la comida de preferencia aceite de oliva, canola o de maíz.
- Deberá tomar en cuenta que la incorporación de nuevos alimentos será de forma progresiva y a consideración de gustos personales y condición económica; los alimentos a continuación sugeridos, se enuncian como alimentos aconsejados y no aconsejados de acuerdo a sus características:

Alimentos que inhiben el olor:

Frutas y verduras.
Pescados y aves.
Pastas y arroces.
Leche y derivados.
Perejil.
Menta.

Alimentos aconsejados:

Mantequilla.
Yogurt.
Queso fresco.
Cítricos

Alimentos que se deben evitar:

Carne de cerdo
Grasas en exceso
Picantes
Alcohol
Bebidas gaseosas

Alimentos que aumentan los gases y el mal olor:

Legumbres
Cebollas y ajos
Col y coliflor
Frutos secos
Espárragos y alcachofas
Huevos
Cerveza
Especias
Carne de cerdo

La información específica; de forma didáctica se le brinda a la señora María en un tríptico educativo contenido en el **(apéndice 3 “Nutrición en el paciente con colostomía e ileostomía”)**

3.- Medicamentos indicados:

Medicamentos	Dosis	Horario	Vía
Omeprazol	20 mg	c/24 hrs	V.O
Tramadol	50 mg	PRN	V.O.
Metronidazol	500 mg	c/12 hrs	V.O.
Nitrofurantoina	100 mg	c/12 hrs	V.O.
Paracetamol	500 mg	C/8 hrs	V.O.

4.- Registro de signos y síntomas de alarma (Que hacer y a dónde acudir cuando se presentan)

Acudirá al Instituto Nacional de Cancerología en el servicio de Atención Inmediata para una valoración y atención oportuna de lunes a viernes en donde el servicio es de 24 hrs. y los días sábados y domingos podrán asistir al 5to piso de cirugía en el área de curaciones para que sea atendida.

Mantenerse al pendiente de signos y síntomas que puedan representar un riesgo para el estado de salud de la señora Magdalena, tales como:

- ✓ Dolor intenso.
- ✓ Fiebre
- ✓ Olor fétido en heridas.
- ✓ Pérdida de peso.
- ✓ Ausencia de evacuaciones en estoma
- ✓ Evacuaciones líquidas y constantes a través del estoma
- ✓ Distensión abdominal.
- ✓ Sangrado de heridas o ileostomía
- ✓ Incremento en el tamaño de heridas
- ✓ Pérdida del apetito por tiempo prolongado
- ✓ Inactividad o incapacidad para moverse por tiempo prolongado
- ✓ Estados de confusión mental o pérdida del conocimiento
- ✓ Signos de deshidratación
- ✓ Salida de secreción purulenta por las heridas quirúrgicas
- ✓ Grandes pérdidas de líquido a través del estoma

5.- Cuidados especiales en el hogar.

- ✓ Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos para aliviar la tensión muscular.
- ✓ Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.
- ✓ Valorar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento.
- ✓ Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- ✓ Vigilar el proceso de curación de la herida.
- ✓ Cuidar la herida durante el baño, haciendo limpieza con agua corriente y jabón neutro, evitando tallar demasiado.
- ✓ Evitar ejercer fuerza o tensión sobre las heridas y/o los drenajes.
- ✓ Cubrir con una gasa estéril la herida.
- ✓ No realizar ejercicio extenuante o esfuerzo mientras está en proceso de cicatrización la herida y hasta que su fuerza física lo permita.
- ✓ No deberá realizar la curación de la herida con agentes perfumados o utilizar ungüentos caseros.

De forma didáctica se brinda un tríptico a la señora María; contenido en el **(apéndice 1 “cuidado de heridas”)**

Cuidados del drenaje

- ✓ La inserción del drenaje será cubierta con una gasa estéril y una tela de micropore que sostenga la gasa y evite la tensión
- ✓ El drenaje estará de preferencia dentro de una bolsa que se pueda colgar o estará sujeto con un seguro en la ropa de Magdalena para evitar tensión o que este pueda ser desprendido
- ✓ Se evitará que la extensión del drenaje se doble o se jale o esté se mantenga colgando
- ✓ Se observará las características del líquido que esta drenando el biovac y se hará una anotación de la cantidad diaria y esta se entregará en su próxima visita médica.

Se brindó el tríptico educativo como complemento a esta información brindada, contenido en el: **(apéndice 2 “cuidado de drenaje biovac”)**

Cita próxima: 16/11/2017 Consultorio de Gastrocirugía

Nombre del alumno: L.E.O. García Rayo Alondra Guadalupe

10. VALORACIONES FOCALIZADAS EN EL SEGUIMIENTO

8 de diciembre del 2017

Me comunico vía telefónica con la señora Magdalena la cual recibe mi llamada con atención; le informo que el propósito de mi seguimiento es para saber la evolución de su estado de salud; me refiere que si está interesada en darle seguimiento y me comenta los siguientes datos relevantes:

El día 9 de noviembre del 2017 ingreso nuevamente a quirófano menciona que le comentó el médico que salió bien en la cirugía, que le quito una porción del intestino que no servía, que ha cerrado Ileostomía y que le hicieron una Colostomía permanente.

Se corrobora información en INCAnet encontrando que se le realizó liberación de adherencias y necrosis en el colon descendente, desmantelamiento colono-anastomosis, desmantelamiento de ileostomía, anastomosis mecánico lateral con engrapadora y se realizó la maduración de la Colostomía y como hallazgos en la cirugía encontraron necrosis de colon descendente y hueso pélvico con material necrótico.

Posteriormente le dieron cuidados de recuperación en hospitalización y egreso en día 13 de noviembre del 2017.

Menciona que ha pasado momentos difíciles en su domicilio ya que le cuesta trabajo asimilar completamente el impacto que le genera tener el estoma y hace énfasis en la pérdida de la autonomía que tenía para hacer su vida cotidiana refiere querer tener la fuerza para adaptarse a los cambios y pérdidas que ha sufrido ya que acepta que todos los cambios han sido por su bien, sin embargo le ha costado trabajo incorporarse totalmente a sus actividades porque piensa que no está completamente recuperada y que esta insegura ya que se adapta poco a poco a su nueva condición de vida; su esposo le ayuda a su preparación para el baño diario, los cuidados de la herida así como en las actividades del hogar y con sus hijos; días posteriores al egreso acudió a Atención Inmediata por salida de líquido turbio de la herida quirúrgica; fue tratada en domicilio con medicamento antibiótico obteniendo mejoría completa; posteriormente acudió a valoración con los médicos cirujanos indicando interconsulta con médicos de Oncología Médica; su cita la tendrá el 18 de Diciembre.

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Focalizada	8 de Diciembre del 2017			12:00		Se valora a María vía telefónica				
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	X					
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Menciona que ha pasado momentos difíciles en su domicilio ya que no enfrenta completamente el impacto que le genera tener la estoma hace énfasis en la pérdida de autonomía para la realización de su vida cotidiana. ❖ Refiere aceptar que todos los cambios generados han sido por su bien. ❖ Le cuesta trabajo incorporarse a sus actividades cotidianas ya que no se siente completamente recuperada y se encuentra insegura ya que su adaptación ha sido lenta. 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Su esposo le apoya en la preparación para realizar el baño diario, cuidados de heridas, actividades en el hogar y con sus hijos 				
Diagnóstico: Riesgo de pérdida de resiliencia R/C coexistencia de múltiples situaciones adversas en el hogar, consideración de la pérdida la autonomía y constante dificultad de asimilación de ser portadora de una estoma de manera permanente.										
Objetivo de la persona. Querer tener la fuerza suficiente para adaptarse a los cambios y pérdidas que ha sufrido.										
Resultado esperado. Trabajar con María la resiliencia para que adquiriera elementos que le permitan afrontar circunstancias adversas, condiciones de vida difíciles, situaciones potencialmente traumáticas; saliendo fortalecida y con más recursos que le otorguen										

gradualmente una mejor adaptación a los cambios generados por el proceso de enfermedad y los tratamientos.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación
<p>Facilitar el proceso de resiliencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hablo con María y le informo de las características del proceso de duelo, así como de sus etapas. ❖ Se fomenta la expresión de sentimientos respecto a la pérdida de la autonomía y a los cambios y adaptaciones que tendrá que llevar a cabo debido a los cambios generados por la cirugía y enfermedad. ❖ Se sugiere la expresión de sus sentimientos con sus familiares y personas de confianza. ❖ Invito a María a identificar sus fuentes de fortaleza individual, sus fuentes de apoyo familiar y amistades. ❖ Se sugiere identificar las modificaciones necesarias en su estilo de vida en torno a la adaptación de la vestimenta debido al estoma; la integración gradual a sus actividades diarias y la identificación de la valía personal para salir adelante. ❖ Ayudar a María a encontrar auto aceptación. ❖ Animar a María a conversar consigo misma y verbalizar autoafirmaciones positivas a diario. ❖ Se sugiere abstenerse a realizar y escuchar críticas negativas. ❖ Realizó afirmaciones positivas sobre María. ❖ Buscar apoyo con el servicio de psicooncología. 	<p>La resiliencia en relación con el cáncer es más que la aptitud de resistir a la destrucción preservando la integridad en circunstancias difíciles: es también la aptitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades y la posibilidad de construir basándose en las fuerzas propias del ser humano. No es solo sobrevivir a pesar de todo, sino que es tener la capacidad de usar la experiencia derivada de las situaciones adversas para proyectar el futuro, ahí la importancia de evaluar con regularidad y gestionar adecuadamente las emociones de socorro de esta población, ya que los comportamientos resilientes y el afrontamiento efectivo son variables que inciden directamente en la disminución de la mortalidad de los pacientes enfermos de cáncer.⁴⁸</p> <p>La importancia en la oportuna intervención del profesional de enfermería</p>

⁴⁸ Monteagudo C. Yazmín, Vicente G. Aurora. Et al. Estudio de resiliencia en pacientes oncológicos de la AECC en Castellón. *Agora de salud*. vol. III pág. 257-265 enero 2016 [citado 9 octubre 2018] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/299641079_Estudio_de_la_resiliencia_en_pacientes_oncologicos_de_la_aecc_en_Castellon

		<p>radica en conseguir habilidades y actitudes para ayudar a participar al paciente y su familia a adaptarse a todas las fases que experimenten tanto diagnóstico del cáncer como en el tratamiento y sus secuelas, así mismo ayuda en la elaboración del proceso de duelo; con la finalidad de disminuir la sobrecarga y prevenir la “claudicación” individual y familiar.⁴⁹</p>
<p>Evaluación</p>	<p>María comprende y escucha de manera atenta la intervención y las acciones para que mejore su estado de percepción ante el proceso de adaptación de los cambios generados por su condición de salud. Refiere estar tranquila ya que pensaba que solamente ella pasaba por estos sentimientos, refiere pondrá en práctica las actividades sugeridas ya que quiere salir adelante con su familia y reincorporarse a sus actividades diarias.</p>	

⁴⁹ Boó P. José M. “El duelo, cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológicos” Departamento de enfermería. Universidad de Cantabria 2013 [citado 4 de agosto de 2018] Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2182/BooPuenteMJ.pdf>

Posteriormente me comunico con la señora María; la cual acepta mi llamada y hace referencia que acudirá a consulta externa; le solicito una entrevista dentro del Instituto y acepta de manera amigable; posteriormente realizó esta valoración de Enfermería focalizada.

11 de enero de 2018

María Magdalena, se encuentra ubicada en tiempo y espacio; visualizo marcha estable y buen aspecto en relación al aseo general y vestimenta; el cabello hidratado sus tegumentos hidratados sin datos de eritrodisestesia palmo-plantar; se presenta con un buen estado de ánimo; refiere no tener dificultad respiratoria o cardiaca; refiere que viene de Consulta Externa con los médicos cirujanos y que han evaluado el proceso de recuperación de la cirugía y menciona que le dieron noticias buenas respecto a su proceso de recuperación de la cirugía, el día de hoy pesa 64 kg, talla 1.61 mts; el día de mañana tendrá consulta con el Oncólogo Médico en donde iniciará segundo ciclo de Capecitabina por 14 días, el primer ciclo fue iniciado el 18 de Diciembre con la dosis de 3.5 gr. por 14 días y concluido sin eventos adversos; valoro un adecuado aprendizaje sobre el manejo del antineoplásico vía oral; así mismo refuerzo la importancia que tiene el buen apego en cuanto a la toma de la dosis adecuada y la consideración de la toma 30 minutos después de los alimentos, refiere conocer los efectos secundarios de su tratamiento; fortalezo el conocimiento adquirido y no se valoran datos de toxicidad aparente.

María refiere que su estado de ánimo ha mejorado considerablemente, ya que al principio de su cirugía y de la realización del estoma lloraba mucho y hoy en día se encuentra trabajando en el proceso de aceptación de su colostomía permanente; menciona que realiza la higiene del estoma cuando se baña, que lava la bolsa colectora y que también la cambia; que precisa de ayuda solamente para colocar la placa y que esta quede bien fija a la piel; refiere que en el sitio circundante al estoma presenta irritación de la piel debido al pegamento del hypafix y que siente ardor en la piel y dolor Eva 1 pt; refiere que no quiere que se le lesiones la piel ya que es una molestia muy incómoda, inspecciono y visualizo la piel y presenta enrojecimiento sin pérdida de la continuidad; presenta también un abdomen blando y deprecible; a expensas de panículo adiposo y cicatrices adecuadamente afrontadas post quirúrgicas, menciona que en ocasiones presenta inflamación abdominal que asocia a diferentes alimentos; actualmente ingiere en su mayoría carne de pollo con presentación ya sea de caldo o de guisado y que no tiene muchas opciones de alimentos para elegir; que se encuentra aburrída de ingerir los mismos alimentos y que tiene miedo de probar e incorporar nuevos alimentos con el riesgo de que le puede generar algún daño y expresa deseos de querer conocer más alimentos que pueda incluir en la dieta, ingiere 1 litro y medio de agua pura al día. Micción espontánea sin datos de infección urinaria, refiere tener una sensación de piquetes en la región perianal, actualmente no tiene salida de secreción en área perianal y a la valoración sus con miembros pélvicos íntegros.

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Focalizada	11 de Enero del 2018			11:00 -13:00		Se valora paciente dentro del Instituto Nacional de Cancerología				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Higiene y protección de la piel	F.F	F.C	F.V	Ayuda	X	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Visualizo piel con enrojecimiento e irritación en área circundante al estoma sin pérdida de la continuidad, en el lugar que corresponde a la aplicación del pegamento hypafix. ❖ Dolor Eva 1/10 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Refiere a la hora del baño se realiza higiene del estoma, lava la bolsa y se la cambia. ❖ Ardor e irritación en la piel periestomal. 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Portadora de una colostomía permanente 				
Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C visualización de enrojecimiento e irritación en área periestomal, irritación de la piel en el área de fijación con hypafix y EVA 1/10 en la zona de la piel afectada.										
Objetivo de la persona. Refiere que no quiere que se le lesione la piel ya que es una molestia muy incómoda.										
Resultado esperado. Evitar lesiones en la región periestomal y mantener la integridad y el cuidado de la piel.										

Intervenciones	Acciones	Fundamentación
<p align="center">Mejorar los cuidados de la piel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se asesora respecto a los cuidados de la piel irritada, haciendo sugerencia de aplicar spray (protector cutáneo) Nexcare y/o Sensi Care en zona periestomal dejar secar y colocar el parche hypafix. ❖ Lavar con agua y jabón neutro en cada cambio de placa y no generar fricción con algún instrumento de limpieza y secar de manera gentil esponjeando una gasa limpia. ❖ Abstenerse a utilizar jabón perfumado o alcalino en la piel irritada. ❖ Valorar continuamente la integridad de la zona irritada e informar en caso de pérdida de continuidad, aumento de la irritación o enrojecimiento. ❖ Poner más énfasis en una correcta colocación de la placa para que esta pueda tener una duración de más de 10 días y así mantener intacta la piel. ❖ Registrar e informar el grado de mejoría de la piel o en todo caso de la afectación de la piel. 	<p>Una piel periestomal sana e intacta es esencial para prevenir una fuga del aparato de la placa y la bolsa y así mismo para evitar molestias a la persona portadora de una colostomía. Los problemas de la piel periestomal pueden ocurrir con frecuencia y por una gran variedad de razones. Estos problemas incluyen dolor, que puede tener diversas causas. Hay varias maneras de prevenir o tratar problemas de la piel periestomal, que incluyen el uso de diversos accesorios para los cuidados de la piel.⁵⁰</p>
<p>Evaluación</p>	<p>María refiere comprender la información proporcionada para el cuidado de la piel, así como la importancia de mantener la integridad cutánea; menciona que pondrá en práctica las actividades para evitar una lesión.</p> <p>El 17 de enero trato de comunicarme vía telefonía con María y me fue imposible enlazar la llamada; posteriormente envio mensaje de texto para preguntar sobre la evolución de la piel y María me ha contestado refiriendo que no tiene lesiones en la piel periestomal, el dolor y la incomodidad ya no están presentes, que se ha aplicado el spray Sensi Care sugerido, así como la realización más cuidadosa de su higiene.</p>	

⁵⁰ Burch J. "Caring for peristomal skin: What every nurse should know." Br J Nurs. 2010; 19(3):166-170. [citado 22 de Enero 2018] Disponible en : <http://search.proquest.com/docview/733697115?accountid=14555>

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio					
Focalizada	11/01/2018			11:00-13:00		Se valora paciente dentro del Instituto Nacional de Cancerología					
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia					
Aprendizaje	F. F	F.C	F. V	Ayuda	X	I	PD	D	DT	DP	
				Acompañamiento							
				Suplencia							
Datos objetivos		Datos subjetivos				Datos complementarios					
		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Menciona que ocasionalmente presenta inflamación abdominal relacionada a los alimentos que ingiere. ❖ Su alimentación generalmente es a base de carne de pollo en diferentes presentaciones. ❖ Se encuentra aburrida de solamente ingerir carne de pollo. ❖ Expresa deseos de querer conocer alimentos diversos para incluirlos en su alimentación diaria. ❖ Miedo de probar nuevos alimentos ya que no quiere que le genere algún daño la incorporación de nuevos productos alimenticios 				<ul style="list-style-type: none"> ❖ Portadora de una Colostomía permanente hace 2 meses. 					
Diagnóstico: Disposición para mejorar la nutrición R/C expresa deseos de conocer una mayor diversidad de alimentos para incluirlos en su dieta y salir del aburrimiento de los alimentos cotidianos											
Objetivo de la persona: Deseos de conocer una variedad de alimentos que pueda incorporar a la dieta.											

Resultado esperado: Proponerle a María información sobre una variedad de alimentos que podrá incorporar a su comida diaria y así mantener un estado nutricional adecuado.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación
<p>Asesoramiento Nutricional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. ❖ Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. ❖ Se proporciona un tríptico que fungirá como guía alimenticia para María explicando cómo deberá incluir nuevos alimentos; las porciones, y los diversos alimentos que puede incluir; los que son productivos de gas, los que causan olor, cambio de color en las heces, que producen estreñimiento y los que deberá incluir en caso de diarrea o estreñimiento. ❖ Determinar el conocimiento por parte de la paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la modificación de los cambios en la dieta. ❖ Establecer metas realistas a corto y a largo plazo para el cambio del estado nutricional de manera progresiva. 	<p>Después de haberse completado la cicatrización y la ostomía funcione normalmente, la mayoría de las personas pueden volver a una dieta normal. Sin embargo después de este tipo de cirugías requieren de información dietética precisa, por lo que las medidas alimentarias son importantes para conseguir un óptimo estado de nutrición y un correcto funcionamiento del estoma.⁵¹</p>
<p>Evaluación</p>	<p>Mediante la intervención de enfermería de asesoría nutricional, María refiere ganar confianza para poner le practica la incorporación gradual de nuevos alimentos; menciona que le agradó que le haya proporcionado un tríptico físicamente ya que de esa forma podrá consultar la información cada vez que tenga alguna duda.</p>	

⁵¹ Pat C. Lucía, Espinosa E. Juan Manuel, et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. *Enferm. univ.* 2010 [citado 22 Enero 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000200002&lng=es

11. CONCLUSIONES

El presente estudio de caso estructura elementos que permiten integrar un hecho real; valorando las respuestas humanas de una persona y sus necesidades alteradas en beneficio de la realización de diagnósticos e intervenciones que permitieron colaborar en la mejoría de la condición de salud de María en diferentes etapas del proceso de su tratamiento; así mismo se integra fundamentación científica que aporta evidencia y da soporte a las acciones que se han brindado; siendo de suma importancia el aporte educativo que este estudio ha producido.

La aplicación de planes de cuidados ha permitido brindar un cuidado más personalizado a la señora María Magdalena, ya que permitieron un abordaje de cuidado bajo el enfoque de enfermera-paciente, permitiendo la planeación intervenciones y la ejecución de las acciones lo que colaboró en la asimilación del impacto que generó en María el hecho de ser diagnosticada con un padecimiento de Cáncer de Recto, pero sobre todo permitió mejorar y cambiar los hábitos en cuanto al autocuidado higiénico dietéticos en busca de evitar el daño que puede generar el no apegarse a esta modificación de actitudes; he valorado una mejor adaptación a los procesos emocionales; así como una mejoría en el desarrollo de resiliencia; gracias al plan de alta se han previsto circunstancias que evitaron el ingreso de María al área de Atención Inmediata y hospitalización y eso beneficio a evitar un desgaste emocional, deterioro físico, deterioro de los cuidadores primarios, impacto económico para la familia y para la Institución por los gastos generados por complicaciones; cabe mencionar que su apego ha sido base para su progreso hacía la mejoría.

Como parte de los planes de cuidados se realizó un seguimiento con valoraciones focalizadas en los que se valoraron nuevas respuestas humanas alteradas, adaptando estos nuevos planes de cuidado a la situación personal y al ambiente que la rodea; debido al cambio de número telefónico se pierde comunicación; sin embargo como parte del seguimiento he conocido que María concluyó 4 ciclos de Capecitabina como tratamiento sistémico adyuvante poniendo en manifiesto la respuesta completa al tratamiento y se encuentra acudiendo al Instituto con citas de inicio de seguimiento y vigilancia en Marzo del 2018.

Personalmente concluyo que la elaboración de este estudio de caso me ha permitido ampliar mi conocimiento respecto a esta patología específicamente e integrar los conocimientos de las diferentes especialidades que se dedican al área de estudio y cuidado de los pacientes oncológicos; como profesional me ha enriquecido ya que he descubierto nuevos elementos; afinado mis sentidos y habilidades para poner en práctica la mejora continua de mi labor como enfermera; es muy gratificante observar la evolución que ha tenido la señora María pero sobre todo observar cómo se va materializando el cumplimiento de los objetivos establecidos.

12. SUGERENCIAS

1. Fomentar que sea continua y fundamental la implementación y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el actuar para el profesional en todas las áreas de desempeño, aplicado para todo tipo de personas y escenarios con las cuales se tenga contacto para de esta forma acuñar de forma elemental la integración de las actividades procedimentales con la fundamentación científica en beneficio de las personas y de la profesión.
2. Fomentar el pensamiento crítico y reflexivo en beneficio de las intervenciones que realiza el personal de enfermería, para que estas se brinden con calidad humana y profesionalismo.
3. Realizar un resumen de los estudios de caso que se concluyan así como los ya existentes para su publicación en diversas revistas científicas de enfermería nacional o internacional.
4. Que los estudios de caso sirvan de fundamento científico y que complementen la práctica clínica de enfermería basada en la evidencia.

APÉNDICE 1: Tríptico de “Cuidado de heridas”



Instituto Nacional
de Cancerología



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGÍA

Especialidad en Enfermería Oncológica

ELABORADO POR:

ESTUDIANTE DE LA ESPECIALIDAD DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA



L.E.O. GARCIRAYO ALONDRA
GUADALUPE

**El cuidado del
paciente es de
todos**

**Curación y cuidado
de las heridas**

Los cuidados que usted le brinde a su herida quirúrgica es de vital importancia para el proceso de cicatrización y esto generará una recuperación pronta.

- ❖ Con la finalidad de evitar la infección de la herida, así como otras posibles complicaciones.



¿Qué es una infección del sitio quirúrgico?

Una infección del sitio quirúrgico es una infección que ocurre después de la cirugía en la parte del cuerpo donde se realizó la operación. La mayoría de los pacientes que tienen cirugías no contraen infecciones.

Algunos de los síntomas comunes de una infección del sitio quirúrgico son:

- ✓ Enrojecimiento y dolor alrededor de la herida o del área donde tuvo cirugía.
- ✓ Dolor excesivo
- ✓ Drenaje de líquido purulento de la herida quirúrgica
- ✓ Aumento de la dureza de la zona
- ✓ Fiebre



Cuidados de la herida en casa

- Lavado de manos antes y después de la manipulación de la herida

- Lavado de la herida con agua y jabón neutro.
- La curación de la herida será de preferencia a la hora del baño diario al chorro del agua



- Verificar que este bien afrontada la herida sin datos de pérdida de la sutura o que esta se esté abriendo
- Secara la herida con una gasa estéril
- Cubrirla con una gasa estéril y micropore
- No manipular en caso de no ser necesario
- Deberá de mantener la herida limpia y seca

Asistirá al servicio de Atención Inmediata en caso de presentar síntomas de infección

APÉNDICE 2: Tríptico de “Cuidado de drenaje biovac”



El cuidado del
paciente es de
todos



Instituto Nacional
de Cancerología

Elaborado por:

ESTUDIANTE DE LA ESPECIALIDAD DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

L.E.O. GARCIA RAYO ALONDRA GUADALUPE

UN/M
POSGRADO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

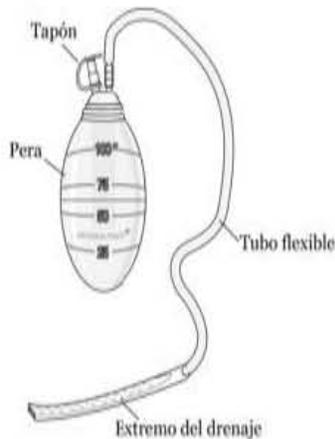
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica



Cuidado de drenaje Biovac

¿Qué es un biovac?

Es un sistema de drenaje de heridas que se utiliza con frecuencia para el drenaje de líquido que esta acumulado en la herida después de la cirugía; es un tubo delgado que está colocado y suturado en su piel y tiene un perilla transparente con numeración para saber con exactitud la cantidad y las características de líquido que drena al día.

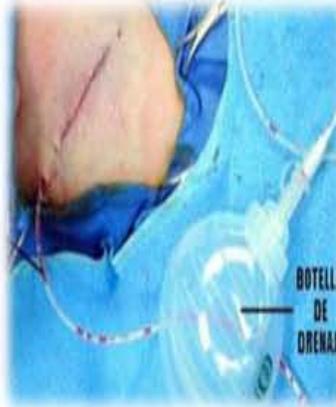


Las recomendaciones generales para el cuidado del biovac son las siguientes:

✓ Lavado de manos

- ✓ Realizar la curación del biovac a la hora del baño con agua corriente y jabón neutro.
- ✓ Secar con una gasa estéril el área circundante al drenaje.

- ✓ Verificar que las suturas que están fijas a la piel y sostienen el biovac estén íntegras y no lesionen la piel.
- ✓ Verificar que no salga líquido a través del orificio en donde está insertado.
- ✓ Cubrir con una gasa estéril el drenaje y colocar un micropore para que se mantenga protegido el sitio en donde está insertado
- ✓ Evitar jalar o tirar fuertemente del tubo ya que este puede desprenderse.



- ✓ Deberá mantener la perilla de drenaje apretada antes de cerrarla para que esta pueda hacer la función de succión y drenar el líquido acumulado en la herida.
- ✓ Sujete el tubo de silicón y con la otra mano jalara hacia abajo a lo largo del tubo con un algodón con alcohol para "ordeñar" el tubo de drenaje y así evitará que este se obstruya, esto lo realizara 1 vez al día

- ✓ Abrirá la perilla, contara y anotara la cantidad de líquido acumulada así como la característica del líquido y traerá la anotación en su próxima visita médica. .

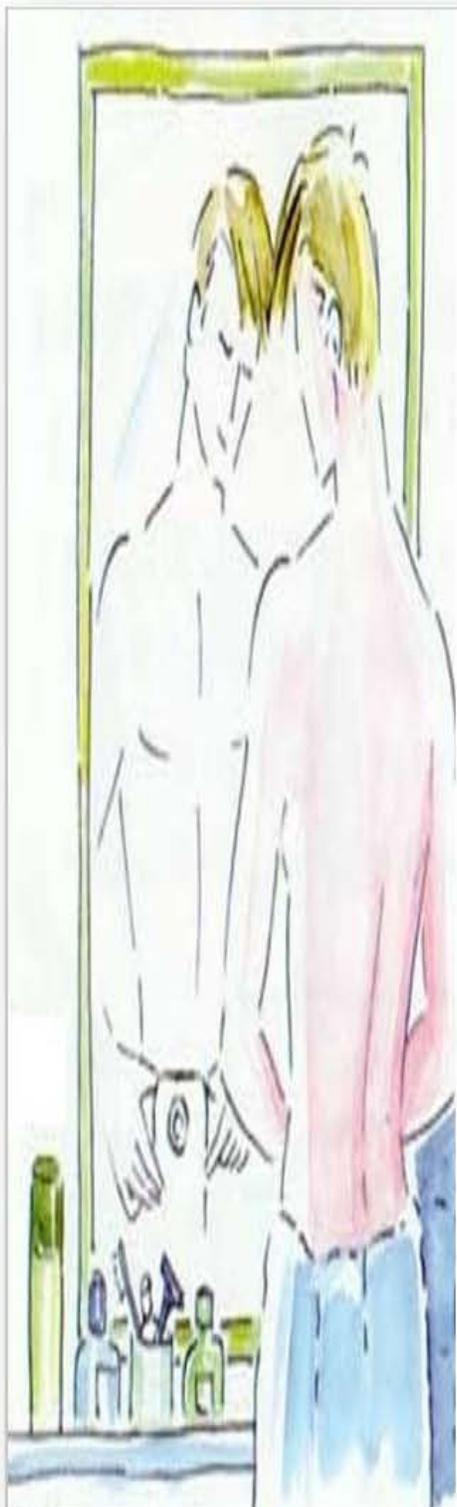


El líquido drenado inicialmente es sanguinolento y evolucionara a ser un líquido amarillo transparente y seroso

Signos y síntomas de alarma

- ✓ Salida de sangre rojo brillante en abundante cantidad.
- ✓ Líquido drenado de color verdoso o turbio y de mal olor.
- ✓ Enrojecimiento o secreción de la piel alrededor del drenaje.
- ✓ Salida accidental del drenaje.
- ✓ Dolor intenso

APÉNDICE 3: Tríptico “Nutrición en el paciente con colostomía e ileostomía”



**Instituto Nacional
de Cancerología**

**UNAM
POSGRADO**

ENEO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica

Elaborado por:

ESTUDIANTE DE LA ESPECIALIDAD DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

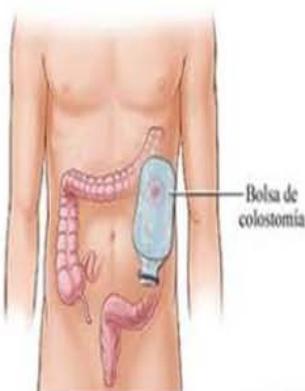
L.E.O. GARCIA RAYO ALONDRA GUADALUPE



**Nutrición en el paciente
con colostomía e
ileostomía**

¿Qué es una colostomía o ileostomía de eliminación?

Consiste en exteriorizar un segmento del intestino ya sea íleon o colon a través de la pared abdominal de tal manera que las deposiciones se recogen en una bolsa adherida a la piel.



Bolsa de colostomía

Cambios en la dieta...



Después de la cirugía será necesario adaptar gradualmente el tipo de alimentos ingeridos con una dieta balanceada que incluye las vitaminas, minerales y calorías necesarias para una buena salud; tomando en cuenta que de esto dependerá el estado de nutrición e hidratación así como la consistencia y característica de las heces.

Recomendaciones generales para dieta

- ✓ Agregar alimentos de forma gradual según la tolerancia, su gusto y su economía.
- ✓ Masticar bien su comida, evitar goma de mascar, usar popotes o saltar comidas ya que esto produce la formación de gas
- ✓ Consumir leche deslactosada o vegetal
- ✓ Evitar aumento excesivo de peso
- ✓ Toma de 6 a 8 vasos de líquidos al día

Se recomienda tomar en cuenta los siguientes alimentos:

Alimentos que aumentan gas y mal olor	Alimentos que inhiben el olor
Legumbres Cebollas y ajos Col y coliflor Frutos secos Huevos Frijoles Cerveza y bebidas con gas Carne de cerdo	Mantequilla Yogurt Queso fresco Cítricos
Alimentos aconsejados	Alimentos que debe evitar
Leche y productos lácteos a tolerancia Frutas y verduras Pescado y pollo Arroz y pasta Leche y derivados Pan blanco, galletas Caldo, consomé.	Carne de cerdo Grasas Picantes Bebidas alcohólicas y gaseosas

Alimentos que dan consistencia a las heces	Evitar alimentos que obstruyen el estoma como:
Verduras Frutas y legumbres Cereales integrales	Cascara de manzana Elote Apio Frutas secas Nueces Naranja Pila Palomitas Semillas



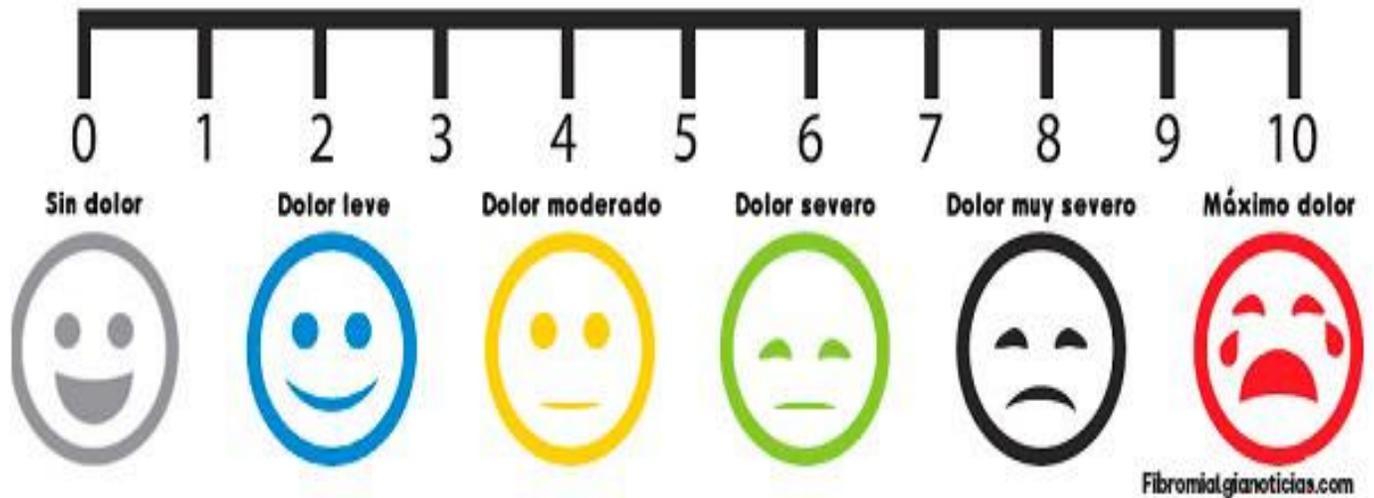
Puede usar los siguientes alimentos en caso de diarrea o estreñimiento:

Alivian estreñimiento	es	Control de la diarrea
Frutas cocidas Vegetales cocidos Frutas frescas Jugo de frutas Agua		Puré de manzana Plátanos Arroz hervido Pan tostado Tapioca

Acudir al servicio de Atención Inmediata en caso de diarrea y grandes pérdidas de líquido a través del estoma o que tenga estreñimiento que no mejora con la dieta.

ANEXO 1. ESCALAS DE VALORACION (EVA, Índice de Barthel, Braden, Karnosfky, Glasgow, ECOG y técnica de higiene de manos)

EVA



Índice de Barthel

Articulos	Incapaz de realizar una tarea	Procura pero inseguro	Moderada ayuda requerida	Ayuda minima requerida	Completamente independiente
H. Personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Alimentacion	0	2	5	8	10
Uso del baño	0	2	5	8	10
Escalera	0	2	5	8	10
Vestirse	0	2	5	8	10
C intestino	0	2	5	8	10
C vejiga	0	2	5	8	10
Movilidad	0	3	8	12	15
Transferencia	0	3	8	12	15
					Total:100

Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

KARNOFSKY

Índice funcional de Karnofsky

Escala	Valoración funcional
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
10	Moribundo
0	Fallecido

GLASGOW

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS): tipos de respuesta motora y su puntuación



La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: **la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

OCULAR

4	3	2	1
ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN

VERBAL

5	4	3	2	1
ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA

MOTORA

6	5	4	3	2	1
ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
			(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	

ECOG



Clasificación Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

Grado	ECOG
0	Actividad normal sin restricción ni ayuda
1	Actividad restringida. Deambula
2	Incapacidad para cualquier actividad laboral. Menos del 50% del tiempo encamado
3	Capacidad restringida para los cuidados y el aseo personal. Más del 50% del tiempo encamado
4	Incapacidad total. No puede cuidar de sí mismo. El 100% del tiempo encamado
5	Difunto

Técnica de higiene de manos

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



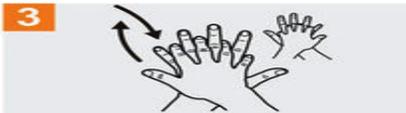
0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



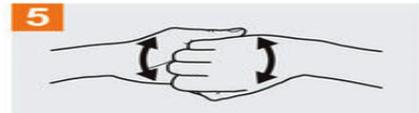
2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



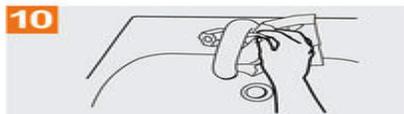
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

ANEXO 2: Carta de consentimiento informado

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN Instituto Nacional de Cancerología		LUGAR 5to Piso C-508 Hospitalización	FECHA 7/Nov/2017	HORA <input type="text"/>
Nombre del paciente (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s)) <input type="text"/> María Magdalena				N° de Expediente <input type="text"/>
Edad 49 años	Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	Ocupación Ama de casa.	Estado civil Casada.	
Domicilio (Calle, Número, Colonia, Localidad, Municipio, Estado). Santa Amalia #13 Col. Estado de México Ciudad Nezahualcoyotl M				

Yo: María Magdalena declaro libre y voluntariamente
 Aceptar participar en el estudio de caso " Accepta " _____

Cuyo objetivo principal es: la participación en la elaboración y aplicación del estudio de caso

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:

Educación sobre el proceso de tratamiento quirúrgico y educación sobre
 y contestar en forma verbal las preguntas referentes a su estado de salud. actualizado.

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: Cent. Coaña Rayo Arellano Escobar

Firma [Firma]

Nombre de la persona, padre o tutor.

Firma Hugo Carrillo Vargas
Carrillo Vargas Hugo

ANEXO 3: Formato de Valoración



1



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

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
 POSGRADO EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

FORMATO DE EVALUACIÓN EXAHUSTIVA BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

I. FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha: _____

Fecha de ingreso: _____

Nombre: _____ Genero: _____ Edad: _____ Estado civil: _____ N° De cama: _____

N°. De Exp: _____ Grupo sanguíneo: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Religión: _____

Lugar de procedencia: _____ Domicilio: _____

II. DATOS SOCIECONOMICOS Y CULTURAL

A) Estructura familiar

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación

B) Estructura económica: Total de ingresos mensuales: _____

C) Medio ambiente: Tipo de vivienda: _____ Servicios con que cuenta: _____

N° de habitaciones: _____ Tipo de fauna: _____

III: ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos: _____

Quirúrgicos: _____

Alergias (reacción experimentada): _____

IV: PADECIMIENTO ACTUAL

Motivo de Ingreso: _____

Diagnóstico Médico reciente: _____

Tratamiento farmacológico prescrito en la actualidad

Nombre	Vía y Dosis	Horario	Motivo

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

SISTEMA RESPIRATORIO:Frecuencia respiratoria x min: _____ Disnea SI NO Características: _____

Vía aérea permeable	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
Intubación orotraqueal	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
Traqueostomía	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>

Ostrucción parcial/total:Nariz Boca Bronquial Pulmonar Causas: _____Oxígeno suplementario: SI NO Tipo de soporte: _____ FIO2: _____ 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: _____ Lat. x min. Presión arterial: ____/____ mm/Hg

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

Ingurgitación yugular: SI NO Dolor precordial: SI NO EVA: ____/____ Localización: _____ Tipo: _____

Iradicación: _____ Duración: _____

Cianosis: SI NO Periferal 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: _____ veces al día. Cantidad: _____ ml. Características: _____

Anuria Oliguria Poluria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia Enuresis

Ardor Retención Color: Normal Hematúrica Colúrica Otros: _____

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

Frecuencia: _____ Duración: _____ IVU frecuentes: SI NO

Sonda vesical Diálisis Hemodiálisis Pañal Otros: _____

Patrón intestinal:

Frecuencia habitual: _____ veces al día. Características: _____

¿Tiene algún hábito que favorezca su eliminación? _____

Normal Estreñimiento Diarrea Incontinencia Flatulencia

Características: Acolia Melena Hematoquecia Esteatorrea Líquida Mucóide Pastosa

Peristaltismo Características: _____ Problemas de hemorroides

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

Duración: _____

Otros patrones de eliminación:

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

STV	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Diaforesis	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Abundante	<input type="radio"/>	Regular <input type="radio"/>
Escasa	<input type="radio"/>	<input 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 física:Deambulación: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón **Postura y movimiento:**Lombosis 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 levemente	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 inmóvil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
<i>Nutrición</i> Patrón de ingesta alimentaria	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
<i>Fricción y roce</i> Roce de piel con sábanas	1. Presente	2. Potencialmente presente	3. Ausente	
Se considera como riesgo de desarrollar úlceras un puntaje menor o igual a 16				
RESULTADOS:				

Actividades básicas de la vida diaria (Escala de Barthel):

Actividad	Valoración	Puntuación
Comer	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
Lavarse	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
Arreglarse	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
Vestirse	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
Micción	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
Deposición	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
Ir al WC	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
Trasladarse sillón / cama	15 independiente 10 mínima ayuda 5 gran ayuda 0 dependiente	
Deambulación	15 independiente 10 mínima ayuda 5 gran ayuda 0 dependiente	
Subir y bajar escaleras	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente	
PUNTUACION TOTAL		
100	≥80	55/40
Independiente	Dependiente leve	Dependiente moderado
		35/20
		Dependiente severo
		<20
		Dependiente total

Valoración del estado de conciencia (escala de Glasgow):

APERTURA OCULAR		RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL	
Espontanea	4	Espontanea, 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 (puntos)					

Valoración de la fuerza muscular (escala Kamosky):

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	
70	Se vale por sí mismo, pero no puede llevar una actividad normal	Incapaz de trabajar, capaz de vivir en el hogar y atender la mayoría de las necesidades personales, requiere diversos grados de asistencia
60	Requiere asistencia ocasional. Cuidados para la mayoría de las cosas	
50	Requiere considerable asistencia y frecuente cuidado médico	Imposibilidad de cuidarse a sí mismo, requiere de atención institucional u hospitalaria equivalente, la enfermedad puede progresar rápidamente
40	Incapacitación. Requiere especial asistencia y cuidados.	
30	Muy incapacitado. Hospitalizado. No muerte inmediata	
20	Muy enfermo. Necesita tratamiento de soporte	
10	Moribundo. Proceso en progresión rápida	
0	Muerte	
RESULTADO		

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 _____ hrs. Noche _____ hrs.

Alteraciones del sueño:

Trastorno 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? _____¿Considera que la limpieza de la ropa es necesaria? SI NO ¿Por qué? _____¿Se siente cómodo con su vestimenta actual? SI NO ¿Por qué? _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORALTemperatura corporal: _____ °C Hipotermia Hipertermia Manifestaciones clínicas: _____Casusa: Neutropenia Infección Lisis tumoral Quimioterapia ¿Esquema? _____

Otros: _____

Radioterapia Sitio _____Cirugía Sitio _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

8.- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL E INTEGRIDAD DE LA PIELColoración de la piel:Palidez Rubicundez Marmórea Ictericia Equimosis Hematoma Petequias Estado de la piel:Hidratada Deshidratada Elástica Seca Úlceras por presiónGrado: I II III IV

Longitud _____ mm

Tamaño _____ mm

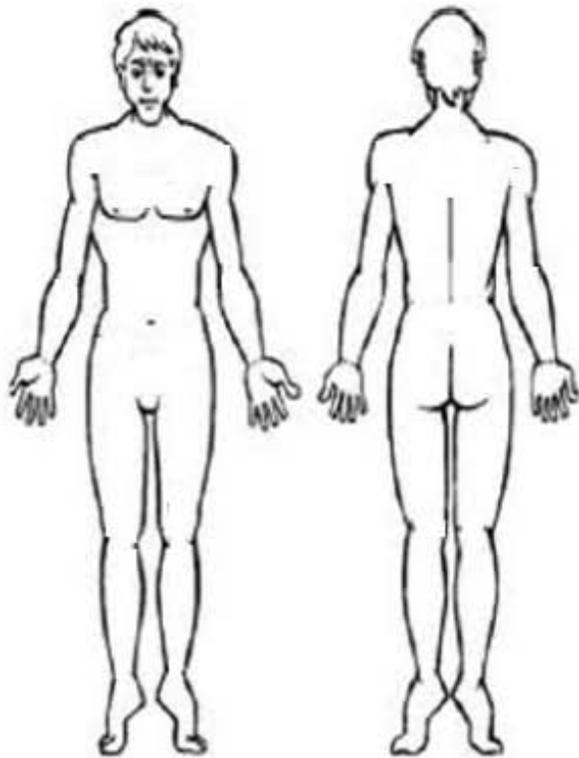
Tipo exudado: Abundante Escaso Purulento Sanguinolento

Profundidad _____ cm

Bordes:Gruesos 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: _____

8.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Etapa de la vida: Adulto joven Adulto mayor Vejez

Estado cognitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Olnubilado Desorientado

Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción: SI NO

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 Reticente Agresivo Negativo Ansioso

Laboratorios

HORA			
LABORATORIO			
HB	HTO	PLAQ	
LEU	NEUT	BAND	LINF
TP	TPT	INR	
GLUC	UREA	BUN	CREA
NA	K	CL	
CAL	MG	F	
CPK	CPK-MB		
TGO	TGP	FA	
BT	BD	BI	
PROT. TOT	ALBUM	GLOB	
pH urinario	Otros		

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

0	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

E	B	R	M
---	---	---	---

 Amigos

E	B	R	M
---	---	---	---

 Trabajo

E	B	R	M
---	---	---	---

 Otros

E	B	R	M
---	---	---	---

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

¿Utiliza mecanismos de defensa?

Negación Evasión Rabia Miedo Agresividad Proyección ¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para usted? SI NO

Datos subjetivos: _____

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

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

¿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 Fétiches Colgijes Tatuajes

Datos subjetivos: _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSECuenta con trabajo actualmente: Si NO ¿A qué se dedica? _____

Como se siente en relación a su trabajo:

Satisfecho Insatisfecho Valorado ¿Tiene alguna limitación para realizar su trabajo habitual? Si No

¿Cuál? _____

El 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? _____

De las anteriores, ¿Cuál es su preferida? _____

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

¿Realiza alguna actividad recreativa realiza dentro del hospital? _____

¿Le gustaría realizar otro tipo de actividad? _____

¿Conoce los grupos y las actividades de ayuda que ofrece la institución? Si No

Datos subjetivos: _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJEConoce el motivo de su ingreso: Si NO ¿Sabe leer y escribir? Si NO ¿Estudia actualmente? Si NO

Especifique grado de estudios: _____

¿Conoce los signos y síntomas de alarma de su padecimiento?: _____

¿Conoce su tratamiento oncológico y los efectos? _____

¿Padece alguna otra enfermedad? Si No

¿Cuál? _____ ¿Que toma? _____

Datos subjetivos: _____

BIBLIOGRAFÍA

1. Orkaizagirre G. Aintzane, Amezcua, et al. "El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado". *Índex Enfermería* 2014 Dic 23(4): 244-249 [citado 4 Enero 2018] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300011
2. Sociedad Española de Enfermería Oncológica. Estándares-General [citado 5 mayo 2018] Disponible en: <https://www.seeo.org/estandares-general/>
3. Organización Mundial de la Salud [OMS] 2017. Cáncer. Nota descriptiva. [citado 1 mayo 2018] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
4. Meza G. Antonio I. "Proceso de Atención de Enfermería basado en la teoría de Dorothea Orem, aplicado a un adulto joven con cáncer de recto en el Hospital General de México, ENEO, UNAM en 2016, México D.F. [citado 1 de agosto 2018]. Disponible en la Biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
5. Hernández G. Claudia V." Proceso de atención de enfermería aplicado en la teoría de Dorothea Orem a un paciente adulto joven con cáncer colorrectal" marzo de 2016, México, D.F. ENEO, UNAM [citado 3 de agosto 2018]. Disponible en: Biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
6. Núñez L. María E. "Estudio de caso aplicado a un adulto mayor bajo la filosofía conceptual de Virginia Henderson por resección abdominal baja por cáncer de recto" en el Instituto Nacional de Cancerología, ENEO, UNAM, 2017, México D.F. [citado 3 de agosto 2018]. Disponible en: Biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
7. Cristina B. Gleaves, Franco O. Magdalena. "Teoría y Modelos de Enfermería, Bases teóricas para el cuidado especializado" Antología, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, división de estudios de posgrado pág. 35-39.
8. Cristina Balan Gleaves, Franco Orozco Magdalena. 2009 Unidad 1 "Grandes corrientes del pensamiento pág. 63-77.
9. Marriner Tomey Ann, Raile Alligood Martha. "Modelos y teoría en enfermería" séptima edición. Elsevier: España, 2011 pág. 55,56.
10. FES Iztacala. "Material complementario enfermería comunitaria: El proceso de atención enfermería". [citado: 6 mayo 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Alo%20Black%20Panter/Desktop/Material%20complementario%20PAE%20Iztacala.pdf>
11. García Gonzales María de Jesús. Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. Editorial Progreso 2002. México pág. 19 -23.
12. Palacios B. Eduardo Blanco. "Tratamiento Neoadyuvante en el cáncer de recto: comparación de esquemas de radioquimioterapia". Tesis doctoral, Hospital Universitario San Cecilio de Granada 16 de mayo de 2011 [citado 20 junio 2018] Disponible en: <file:///C:/Users/Alo%20Black%20Panter/Desktop/tX%20NEOADYUVANTE%20CA%20RECTO%20UNIVERSIDAD%20DE%20GRANADA.pdf>
13. Rogelio F. Santoyo, Salvador De Lara Galindo. "Corpus Anatomía Humana General". Volumen II. Editorial Trillas. pág. 915 -936.

14. World Health Organization (WHO). GLOBOCAN 2012. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. [citado 12 de septiembre 2018] Disponible en: [ublications.iarc.fr/Databases/IARC-Cancerbases/GLOBOCAN-2012-Estimated-Cancer-Incidence-Mortality-And-Prevalence-Worldwide-In-2012-V1.0-2012](http://publications.iarc.fr/Databases/IARC-Cancerbases/GLOBOCAN-2012-Estimated-Cancer-Incidence-Mortality-And-Prevalence-Worldwide-In-2012-V1.0-2012)
15. Herrera G. A; Namendys S. S; et al. "Manual de Oncología, Procedimientos Médico Quirúrgicos: cáncer colorrectal". Editorial MC Graw Hill. Capítulo 51 pág. 342-345.
16. Decanini T. C; González A. J; et al. "Cáncer de recto. Diagnóstico, estadificación y tratamiento Curso de Postgrado de Cirugía Endoscópica". sede American British Cowdray Medical Center, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F. Volumen 79, No. 5, septiembre-octubre 2011. [Citado 8 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66221420015.pdf>
17. Menéndez S. P; Villarejo C. P; et alt. "Marcadores Tumorales en el cáncer colorrectal" Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Rev. Cirugía y cirujanos Volumen 81, No. 2, marzo-abril 2013 [citado 15 mayo 2018] disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2013/cc132p.pdf>
18. American Cancer Society "Detección temprana, diagnóstico y clasificación por etapas del cáncer colorrectal" [citado 5 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html>
19. American Joint Committee on Cancer. Bone. In: *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th Ed. New York, NY: Springer; 2017: 471. [citado 10 mayo 2018] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28094848>
20. Gustavo R, Hernan V; et al. "Tratamiento Laparoscópico del Cáncer de Recto. Resultados Oncológicos a Largo Plazo" Sección de Cirugía Colorrectal, Hospital Italiano de Buenos Aires. Rev. Argent. Cirugía., 2013; 105 (2): 52 – 59. [citado 21 de junio de 2018] Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/racir/v105n2/v105n2a02.pdf>
21. Gustavo R, Hernan V; et al. "Tratamiento Laparoscópico del Cáncer de Recto. Resultados Oncológicos a Largo Plazo" Sección de Cirugía Colorrectal, Hospital Italiano de Buenos Aires. Rev. Argent. Cirugía., 2013; 105 (2): 52 – 59. [citado 21 de junio de 2018] Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/racir/v105n2/v105n2a02.pdf>
22. Roland t. Skeel. Samir N. Khelif. "Manual de Quimioterapia del cáncer". Editorial Lippincott, Williams & Wilkins 8va edición. pág. 145-146.
23. Auspicio Sociedad Cubana de Coloproctología "Consenso Nacional de Cáncer de recto" 2013 [citado 15 junio 2018] Disponible: <http://files.sld.cu/coloproctologia/files/2013/11/consenso-nacional-rev-cancer-de-recto-23-11-20131.pdf>
24. Parra, J, Mata, J, Gotera, et al "Consenso Nacional Cáncer Colorrectal Diagnóstico y Tratamiento" Revista Venezolana de Oncología. 2012; 24(2):160-189. [citado 20 de junio de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375634872006>
25. Comisión interinstitucional de enfermería "Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México" México: 2001 [citado el 15 junio 2018] Disponible en: <http://hmasqueretaro.mx/pdf/codigo-etica-enfermeros.pdf>
26. Potter A. Patricia, Perry G. Anne "Fundamentos de Enfermería" Editorial Manual Moderno 2015, octava edición, capítulo 48 Integridad de la piel y cuidado de heridas, pág. 1183-1202.

27. Martí M. Luis, Estrada de Ellis Silvina “Enfermería en curación de heridas” Bueno Aires 2012 [citado 15 Julio 2018] Disponible en: [ile:///C:/Users/Alo%20Black%20Panter/Desktop/articulos%20estudio%20de%20caso/Cuidados%20de%20Enfermeria%20en%20las%20Heridas.pdf](file:///C:/Users/Alo%20Black%20Panter/Desktop/articulos%20estudio%20de%20caso/Cuidados%20de%20Enfermeria%20en%20las%20Heridas.pdf)
28. Gómez del Río, Nazaret. Et al. “Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado” ENE. Revista de Enfermería 2012 [citado 21 julio 2018] disponible en: [file:///C:/Users/Alo%20Black%20Panter/Downloads/279-1161-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Alo%20Black%20Panter/Downloads/279-1161-2-PB%20(1).pdf)
29. Flores A. Clara Inés, Romero B. Ángela “Higiene perianal y cuidados en la incontinencia”. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario “Reyna Sofía” 2010 [citado 20 julio 2018] Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b5_higienes_perianal.pdf
30. Begoña M. Martín, Panduro J. Rosa M^a, et al. “El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas”. Index Enferm 2010 [citado 20 julio 2018] pág. 115-119. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200009&Ing=es.
31. Braga, M. M.; Coimbra, V. C. C. et al.” Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados”. Evidentia. 2012 oct-dic. [citado 16 enero 2018] Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>
32. Medina Cordero A., Feria Lorenzo D.J, et al.” Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso” Enferm. glob. 2009 [citado 17 Enero 2108] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&Ing=es.
33. Moreno F. Carmen. “Estrategias de Afrontamiento y calidad de vida en los pacientes oncológico”. Facultad de Medicina y ciencias de la Salud 2016 pág. 3 [citado 17 de enero del 2018] Disponible en: https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/263843/TFG_Carmen_Moreno_Fern%20C3%A1ndez.pdf?sequence=1
34. Muñoz Palm R. C. Terapia ocupacional en contextos hospitalarios. TOG (A. Coruña). 2016. [citado 30 agosto 2018]; 13 (23): [12p.]. Disponible en: [file:///F:/Estudio%20Alo/Dialnet-TerapiaOcupacionalEnContextosHospitalarios-5536313%20\(1\).pdf](file:///F:/Estudio%20Alo/Dialnet-TerapiaOcupacionalEnContextosHospitalarios-5536313%20(1).pdf)
35. Carrascosa L. M.T. Aguilar R. Et al “Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual” Asociación española de enfermería en urología núm. 118. 2011 pág. 13 [citado 17 de Enero del 2018] Disponible en: [file:///C:/Users/Alo%20Black%20Panter/Downloads/Dialnet-DisminucionDeAnsiedadEnPacienteQuirurgicoMedianteU-3724055%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Alo%20Black%20Panter/Downloads/Dialnet-DisminucionDeAnsiedadEnPacienteQuirurgicoMedianteU-3724055%20(1).pdf)
36. López V. María. Fundamentos teóricos de la intervención enfermera “disminución de la ansiedad” (NIC) en paciente hospitalizado. Universidad de Valladolid. 2015, [citado el 22 de Enero del 2018] Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/11880>
37. Guillén P. F. José. “Información preoperatoria, ansiedad y capacidad de afrontamiento ante el proceso quirúrgico y evolución posoperatoria”. Universidad de Granada, 2013 [citado 2 noviembre de 2018] Disponible en:

<http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/34013/23077037.pdf;jsessionid=637D7B65E6BBD905C73B838010421586?sequence=1>

38. Alins M. Sofia “ Diseño de una intervención de enfermería para disminuir la ansiedad perioperatoria y el dolor postoperatorio en un paciente quirúrgico” Facultad de enfermería, Universidad de Lleida 2015 [citado 1 de Agosto 2018] Disponible en : <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/49333/smoraa.pdf?sequence=1>
39. Monteagudo C. Yazmín, Vicente G. Aurora. Et al. Estudio de resiliencia en pacientes oncológicos de la AECC en Castellón. *Agora de salud*. vol. III pág. 257-265 enero 2016 [citado 9 octubre 2018] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/299641079_Estudio_de_la_resiliencia_en_pacientes_oncologicos_de_la_aecc_en_Castellon
40. Boó P. José M. “El duelo, cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológicos” Departamento de enfermería. Universidad de Cantabria 2013 [citado 4 de agosto de 2018] Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2182/BooPuentesMJ.pdf>
41. Burch J. “Caring for peristomal skin: What every nurse should know.” *Br J Nurs*. 2010; 19(3):166-170. [citado 22 de enero 2018] Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/733697115?accountid=14555>
42. Pat C. Lucía, Espinosa E. Juan Manuel, et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. *Enferm. univ*. 2010 [citado Ene 22 2018] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000200002&lng=es